



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Camila Antunes Savi

**Atuação do estado de Santa Catarina frente à pandemia por covid-19: uma
análise da gestão estadual**

Florianópolis
20026

Camila Antunes Savi

**Atuação do estado de Santa Catarina frente à pandemia por covid-19: uma
análise da gestão estadual**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Douglas Francisco Kovaeski, Dr.

Florianópolis

2026

Savi, Camila Antunes

Atuação do estado de Santa Catarina frente à pandemia por covid-19: :uma análise da gestão estadual / Camila Antunes Savi ; orientador, Douglas Francisco Kovalski , 2026.

128 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2026.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Políticas de Saúde. 3. Gestão em Saúde. 4. Pandemia de Covid-19. 5. Gestão Estadual em Saúde. I. Kovalski , Douglas Francisco . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Camila Antunes Savi

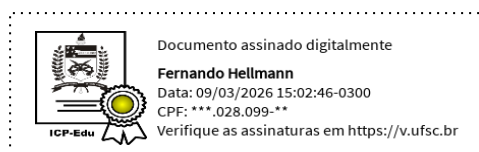
Atuação do estado de Santa Catarina frente à pandemia por covid-19: uma análise da gestão estadual.

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 12 de dezembro de 2025, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

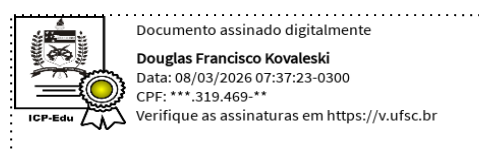
Profa. Bruna Lima Selau, Dra.
Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)

Profa. Marina Bastos Paim, Dra.
Secretaria de Estado da Educação de Santa Catarina (SED-SC)

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.



Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva



Prof. Douglas Francisco Kovaleski, Dr.
Orientador

Florianópolis, 2026.

Dedico este trabalho a todas e todos os usuários do SUS, atores indispensáveis no processo de planejamento e avaliação das ações e serviços do nosso tão amado Sistema Único de Saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os familiares que me apoiaram a participar do processo seletivo para entrar no mestrado e aos amigos pelo apoio para que eu perseverasse e chegasse a conclusão desse trabalho.

Agradeço a minha amada Helena pela compreensão em todos os momentos em que tive que me ausentar para finalizar a pesquisa. Por ter sido minha companheira em diversas aulas de algumas disciplinas do mestrado e por estar sempre com um sorriso no rosto sendo paciente e minha maior apoiadora para que eu persistisse. Todas as minhas ações e planos de vida são sempre pautados nos impactos que conseqüentemente terão sobre a vida dela e a minha. Só nós duas sabemos o quanto foi difícil esse período de nossas vidas no quesito financeiro e gestão de tempo. Obrigada! Eu te amo!

Agradeço aos colegas da turma de mestrado que estiveram comigo em todas as etapas, em especial o Rodrigo, Andressa, Dalila, Matheus e a Márcia que por diversas vezes opinaram, ouviram minhas angústias e colaboraram sempre que possível. À minha amiga Francielle que me acompanhou em toda a etapa de finalização dessa dissertação sendo um refúgio nos dias de ansiedade.

Agradeço, especialmente, ao meu orientador final dessa dissertação, professor Douglas, por ter assumido a minha orientação na reta final. Sem a sua ajuda eu não teria concluído o mestrado. Minha eterna gratidão pela parceria e por acreditar em mim. Esse é o papel de um verdadeiro professor: orientar e mostrar o caminho para o conhecimento e a realização dos projetos. Deus o abençoe!

Me tornar Mestra em Saúde Coletiva além de um sonho é também parte de um caminho que pretendo trilhar em prol da defesa do nosso Sistema de Saúde, bem como, do meu aperfeiçoamento para atuar no SUS e colaborar com melhorias onde quer que eu esteja atuando dentro da Rede de Saúde. Agradeço a Deus por todas as oportunidades profissionais que colocou no meu caminho e me fez ser a enfermeira e sanitária que hoje sou.

RESUMO

O estudo analisou instrumentos jurídicos-normativos publicados pela gestão estadual do SUS em Santa Catarina, durante o primeiro ano da pandemia de covid-19 (2020), com ênfase no alinhamento dessas medidas às recomendações técnicas para o enfrentamento da pandemia emitidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória-descritiva, fundamentada em análise documental normativa. Elaborou-se uma matriz com 65 ações agrupadas por nove eixos derivados do documento técnico *Strategic Preparedness and Response Plan* (SPRP/2020) criado pela OMS para o enfrentamento da pandemia por covid-19. Em seguida, verificou-se nos 229 atos jurídicos-normativos estaduais de 2020 se tais ações foram normatizadas e classificou-se o grau de alinhamento como Alinhado, Parcialmente Alinhado e Não alinhado. Posteriormente, as ações e os eixos foram distribuídos entre três macro dimensões: Gestão, Vigilância em Saúde e Assistência à Saúde para então concluir em que área a gestão estadual do SUS catarinense investiu esforços. O alinhamento global das ações foi de 58,46% demonstrando convergência parcial com as orientações da OMS, mas também uma resposta fragmentada. Quatro eixos apresentaram desempenho superior a 80%, com destaque para o Eixo-3 (vigilância) que atingiu 100%, refletindo a tradição consolidada dessa área no SUS. Em contraste, Comunicação de risco (20%), Pontos de Entrada (35,71%) e Suporte Operacional (35,71%) revelaram importantes fragilidades. A dimensão vigilância obteve o melhor desempenho (72%) em contrapartida Assistência à Saúde apresentou o menor (44,74%). A resposta da gestão pública catarinense mostrou-se heterogênea: embora parte das ações preconizadas pela OMS tenha sido incorporada, persistiram lacunas estaduais que dialogam com a falta de diretrizes nacionais claras, evidenciando a necessidade de coordenação federativa para fortalecer futuras pandemias. Os achados indicam que este método para análise do alinhamento das ações da gestão é adequado e evidencia necessidade de fortalecimento da capacidade de seguir as normas de operacionalizar medidas no nível estadual.

Palavras-chave: Políticas de Saúde; Gestão em Saúde; Pandemia de Covid-19; Gestão Estadual em Saúde; SUS.

ABSTRACT

This study analyzed legal and normative instruments published by the state management of the Brazilian Unified Health System (SUS) in Santa Catarina during the first year of the covid-19 pandemic (2020), emphasizing the alignment of these measures with the technical recommendations for addressing the pandemic issued by the World Health Organization (WHO). This is a qualitative, exploratory-descriptive research study based on normative document analysis. A matrix was developed with 65 actions grouped into nine axes derived from the technical document Strategic Preparedness and Response Plan (SPRP/2020) created by WHO to address the covid-19 pandemic. Subsequently, the 229-state legal and normative acts of 2020 were examined to determine if these actions were standardized, and the degree of alignment was classified as Aligned, Partially Aligned, and Not Aligned. Subsequently, the actions and pillars were distributed among three macro dimensions: Management, Health Surveillance, and Healthcare Assistance, in order to conclude in which area the state management of the Santa Catarina SUS (Unified Health System) invested its efforts. The overall alignment of actions was 58.46%, demonstrating partial convergence with WHO guidelines, but also a fragmented response. Four axes showed performance above 80%, with Axis 3 (surveillance) standing out, reaching 100%, reflecting the consolidated tradition of this area in the SUS. In contrast, Risk Communication (20%), Entry Points (35.71%), and Operational Support (35.71%) revealed significant weaknesses. The surveillance dimension obtained the best performance (72%), while Healthcare Assistance presented the lowest (44.74%). The response from the public administration in Santa Catarina proved to be heterogeneous: although some of the actions recommended by WHO were incorporated, state-level gaps persisted, reflecting the lack of clear national guidelines, highlighting the need for federative coordination to strengthen future pandemic response. The findings indicate that this method for analyzing the alignment of management actions is adequate and highlights the need to strengthen the capacity to follow the norms for operationalizing measures at the state level.

Keywords: Health Policies; Health Management; Covid-19 Pandemic; State Health Management; SUS (Brazilian Unified Health System).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Principais eventos no primeiro ano de pandemia no mundo e no Brasil...37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Princípios e Diretrizes do SUS	21
Quadro 2 - Atribuições da Gestão Estadual do SUS (Lei nº 8.080/1990, Art. 15 e 17	22
Quadro 3 - Dispositivos da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 referentes às Emergências em Saúde Pública	25
Quadro 4 - Principais atribuições da SES-SC estabelecidas pelo Decreto nº 2.400/2022	29
Quadro 5 - Casos e óbitos confirmados por covid-19 em SC, no ano de 2020.....	46
Quadro 6 - Eixos do SPRP/OMS com as palavras-chaves e ações criadas	61
Quadro 8 - Eixos distribuídos de acordo com a dimensão	66
Quadro 9 - Fontes de dados utilizadas na pesquisa	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
CEPI	Coalizão para Inovações em Preparação para Epidemias
CEPEDISA	Centro de Pesquisas de Direito Sanitário da Universidade de São Paulo
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIR	Comissão Intergestora Regional
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CLS	Conselho Local de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ações Pública da Saúde
COE	Centro de Operações de Emergência
COES	Centro de Operações de Emergência em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DIVE	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
DM	Diabetes Mellitus
ESPII	Emergência de saúde Pública de Importância Internacional
EUA	Estados Unidos da América
FMI	Fundo Monetário Internacional
GRAC	Grupo de Ações Coordenadas
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPPRP	<i>Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response</i>
MP	Medida Provisória
MS	Ministério Da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAS	Programa Anual de Saúde
PCI	Prevenção e Controle de Infecções
PIB	Produto Interno Bruto

PPGSC	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
RAG	Relatório Anual de Gestão
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SAP	Secretaria de Administração Prisional
SC	Santa Catarina
SCO	Sistema de Comando de Operações
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SPRP	<i>Strategic Preparedness and Response Plan</i>
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WASH	<i>Water Sanitation Hygienic</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	18
2.1 OBJETIVO GERAL.....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
3.1 PAPEL DA GESTÃO EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA	19
3.2 PANDEMIA POR COVID-19.....	30
3.2.1 Determinação social do processo saúde-doença e a pandemia por covid-19: Contributos da produção crítica Latino-Americana.....	41
3.2.2 A pandemia por covid-19 no estado de Santa Catarina.....	44
3.3 ESTUDOS SOBRE A ATUAÇÃO DA GESTÃO NA PANDEMIA POR COVID-19 PELO MUNDO	51
4 METODOLOGIA	57
4.1 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	57
4.2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	66
4.3 MEDIDAS DE CRITÉRIO E DE ALINHAMENTO	67
4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	68
4.5 LIMITAÇÕES E POTENCIAIS DA PESQUISA	68
5 RESULTADOS.....	69
5.1 ARTIGO: ATUAÇÃO DO ESTADO DE SANTA CATARINA FRENTE À PANDEMIA POR COVID-19. UMA ANÁLISE DA GESTÃO ESTADUAL	69
REFERÊNCIAS.....	89
APÊNDICE A – ATOS NORMATIVOS ESTADUAIS DE SC.....	100
APÊNDICE B – DESCRIÇÃO MATRIZ DAS AÇÕES X ATOS NORMATIVOS.....	125

1 INTRODUÇÃO

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi informada sobre um surto de casos de pneumonia em Wuhan, cidade localizada na província de Hubei, na China. Posteriormente, em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas anunciaram que um novo coronavírus havia sido identificado como o agente causador dessa pneumonia (WHO, 2020a).

Até então, na literatura científica, já haviam sido identificados sete tipos diferentes de coronavírus humanos (HCoVs): HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-CoV (associado à síndrome respiratória aguda grave), MERS-CoV (relacionado à síndrome respiratória do Oriente Médio) e, por último, o novo coronavírus, o qual foi inicialmente chamado de 2019-nCoV. Posteriormente a OMS seguindo as melhores práticas para nomear novas doenças infecciosas humanas, adotou a sigla COVID-19, que procede da abreviação de “Corona Virus Disease” (Doença do Coronavírus), sendo “19” uma referência ao ano de 2019, data dos primeiros casos do agravo na China (Trettel *et al.*, 2023; WHO, 2020b; Fiocruz, 2020).

Na época, definições acerca do comportamento do coronavírus 2019 ainda não estavam completamente elucidadas e pelas suas características de alta transmissibilidade, altas taxas de assintomáticos e a inexistência de um tratamento específico, a doença impôs a elaboração célere de planos de enfrentamento e ajustes na manutenção dos serviços essenciais de saúde (Castro *et al.*, 2020).

A pandemia da covid-19 exigiu decisões rápidas por parte dos gestores de saúde, devido à escassez de evidências científicas, além da falta de tratamentos farmacológicos eficazes e da falta de uma vacina prontamente desenvolvida. O cenário demandou dos gestores decisões rápidas e assertivas para enfrentar a crise, assim, a pandemia da covid-19 trouxe, portanto, inúmeros impactos negativos na vida das pessoas e em suas rotinas. Dentre todos os aspectos da vida humana que sofreram mudanças pode-se ressaltar a desorganização dos sistemas de saúde em todo o mundo (Mendes, 2020).

Nesse contexto, a OMS desempenhou papel central como autoridade internacional de saúde, responsável por coordenar tecnicamente as ações globais frente à pandemia, deste modo, a organização foi responsável por acompanhar continuamente a evolução epidemiológica do vírus, emitir alertas precoces à comunidade internacional, declarar a Emergência de Saúde Pública de Importância

Internacional (ESPII) em janeiro de 2020 e posteriormente classificar a situação como pandemia em março do mesmo ano. Também coube à OMS a emissão periódica de recomendações técnicas voltadas à organização dos sistemas de saúde, vigilância epidemiológica, adoção de medidas não farmacológicas, proteção dos trabalhadores da saúde e comunicação de riscos à população (OMS, 2020a).

Dessa forma, em meio à complexidade do cenário pandêmico, a atuação da OMS configurou-se como referência técnica fundamental para orientar as estratégias nacionais e promover a cooperação global necessária ao enfrentamento da covid-19. Com o apoio de especialistas em virologia e gestão de crises, a instituição emitiu, durante o período de vigência da pandemia, inúmeras notas técnicas com diretrizes voltadas para assistência aos infectados e organização dos sistemas de saúde (WHO, 2020a).

A adoção de boas práticas no enfrentamento de crises sanitárias e na formulação de respostas emergenciais constitui uma prioridade fundamental para a saúde pública, uma vez que tais situações impactam diretamente no cotidiano das populações e das sociedades, com consequências que se estendem nos âmbitos local, nacional e internacional (Kluge *et al.*, 2018; Grisotti, 2016).

Dessa forma, as autoridades governamentais e os gestores de saúde enfrentaram enormes desafios diante do surgimento repentino da covid-19, pois tiveram que assegurar a continuidade dos serviços essenciais prestados pela Atenção Primária em Saúde (APS), ao passo que garantiam a realização de cirurgias de urgência e emergência nos níveis de Média e Alta Complexidade. No entanto, com a concentração de esforços no combate à pandemia, muitos serviços de saúde em diferentes áreas foram temporariamente interrompidos, ficando em segundo plano frente à crise sanitária instalada (Conass, 2023).

Contudo, segundo recomendações da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2020), durante a pandemia da covid-19, a prioridade foi manter em funcionamento, sem interrupções, os serviços essenciais de saúde, a fim de evitar a morbidade e mortalidade indireta, bem como o agravamento das doenças crônicas durante o período da fase aguda da pandemia.

Para garantir a continuidade desses serviços essenciais de saúde e, ao mesmo tempo, enfrentar os desafios impostos pela pandemia, os entes federativos elaboraram ações especializadas dentro de suas competências legais. Cada esfera da federação possui atribuições específicas na gestão do Sistema Único de Saúde

(SUS), o que influenciou diretamente na forma como as instituições públicas de saúde atuaram no combate à covid-19 (Brasil, 1990).

Embora a gestão do SUS e o enfrentamento de toda e qualquer pandemia seja responsabilidade compartilhada pelas três esferas de governo, as principais estratégias e ações ficaram concentradas sob a responsabilidade do governo federal, representado pelo Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2020e).

Dessa forma, em 22 de janeiro de 2020, o MS ativou o Centro de Operações em Emergência (COE/COVID-19), coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA). A iniciativa teve como objetivo orientar a resposta do MS diante da possível emergência de saúde pública. O COE é uma espécie de comitê organizacional temporário cuja finalidade é promover uma resposta coordenada a emergências em saúde pública. No dia 3 de fevereiro de 2020, através da Portaria nº 188, o MS declarou estado de Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em virtude da infecção humana causada pelo novo coronavírus (Brasil, 2020d; 2020e).

A ativação do COE no Brasil está alinhada às diretrizes estabelecidas pelo Regulamento Sanitário Internacional (RSI – 2005), cujo documento é um instrumento jurídico internacional adotado e supervisionado pela OMS que norteia os países na detecção, avaliação, notificação e resposta a eventos que possam representar uma emergência de saúde pública de importância internacional. Nesse sentido, o COE funciona como um dispositivo de articulação interinstitucional e de comando estratégico-operacional para a tomada de decisões rápidas, assegurando a capacidade de resposta do país diante de riscos sanitários, como por exemplo a pandemia por covid-19 (Brasil, 2020e; Anvisa, 2009).

O Comitê de Emergência, previsto no Regulamento Sanitário Internacional (RSI), apoiou a realização de uma missão técnica liderada pela OMS, com o objetivo de fornecer informações à comunidade internacional, auxiliando na compreensão da situação epidemiológica, de seus impactos e das medidas mais eficazes de saúde pública para o enfrentamento do vírus. O Comitê recomendou que a OMS mantivesse a mobilização de suas redes de especialistas técnicos para avaliar continuamente as melhores estratégias de contenção do surto em nível global, além de intensificar o apoio às ações de preparação e resposta, com especial atenção a países e regiões em situação de maior vulnerabilidade (WHO, 2020c).

A pandemia de covid-19 desencadeou uma crise sanitária global sem precedentes, exigindo respostas rápidas e coordenadas em múltiplos níveis de governo. Nesse contexto, a OMS desempenhou um papel fundamental ao fornecer recomendações técnicas internacionais voltadas à contenção da disseminação do vírus e à mitigação de seus impactos sobre os sistemas de saúde.

Embora as orientações da OMS não possuam caráter vinculante aos estados nacionais, elas representam um padrão técnico-científico de referência mundial para o enfrentamento de emergências de saúde pública. A adesão a essas diretrizes representa um importante indicador de governança em saúde, expressando o compromisso dos gestores com boas práticas sanitárias baseadas em evidências científicas (Bharali; Ogbuoji; Yamey, 2024).

Neste sentido, analisar a produção normativa do estado de Santa Catarina (SC), durante o primeiro ano da pandemia, permite identificar o grau de alinhamento da gestão estadual às orientações da OMS, contribuindo para uma compreensão crítica da atuação pública frente à crise sanitária. Tal análise é relevante não apenas para caracterizar as respostas implementadas, mas também para fornecer subsídios à formulação de políticas públicas mais qualificadas em situações futuras de emergência em saúde pública.

Dessa forma, ao verificar o nível de aderência às diretrizes da OMS, é possível entender como o estado de catarinense planejou o enfrentamento à crise da covid-19, no primeiro ano de pandemia (2020). Verificar a forma de condução dessa gestão em âmbito estadual é crucial para entender como se dá o processo de mitigação das crises em saúde contribuindo para que, em futuras pandemias, os gestores estejam preparados para formular estratégias e ações eficazes.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o alinhamento das ações da gestão estadual do SUS de Santa Catarina, no primeiro ano (2020) de pandemia por covid-19 a partir das diretrizes da OMS para a pandemia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A. Sistematizar as recomendações emitidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2020, que orientaram condutas de gestão em crises sanitárias;
- B. Sistematizar os atos jurídicos-normativos referentes à pandemia por covid-19 publicados pela gestão do SUS do estado de Santa Catarina, bem como pela gestão executiva estadual;
- C. Verificar o grau de alinhamento das ações normativas do SUS estadual às recomendações da OMS nas áreas de assistência à saúde, vigilância em saúde e governança/gestão em saúde.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica desse trabalho está dividida em seções, a começar pela “3.1 *Papel da gestão em saúde em situações de emergência em saúde pública*”, capítulo onde se propõe a discussão sobre o papel da gestão em saúde em situações de emergência em saúde pública e os principais dispositivos legais e como se organiza dentro da legislação do SUS com abordagem no manejo de crises sanitárias com foco na gestão estadual.

Na seção “3.2 *Pandemia por covid-19*” é apresentado o contexto geral da pandemia da covid-19, desde o surgimento do vírus, a declaração de emergência internacional pela OMS, os principais desafios enfrentados pelos sistemas de saúde e o impacto da pandemia no Brasil.

A subseção “3.2.1 *Determinação social do processo saúde-doença e a pandemia por COVID-19: Contributos da produção crítica Latino-Americana*” traz a reflexão acerca da pandemia e seus desdobramentos sociais na região latino-americana. Em sequência, na subseção “3.2.2 *A pandemia por covid-19 no estado de Santa Catarina*” é retratada a pandemia no estado de SC com seus recortes epidemiológicos do primeiro ano do agravo, bem como, apresenta ações realizadas pelo governo para o enfrentamento da crise.

Por fim, na seção “3.3- *Estudos sobre a atuação da gestão na pandemia por covid-19 pelo mundo*” consta a revisão de diversos estudos publicados recentemente sobre o comportamento da gestão pública durante a pandemia de covid-19. Foram reunidas evidências nacionais e internacionais sobre as respostas governamentais de diversos países e seus desdobramentos durante o curso da pandemia em suas regiões.

3.1 PAPEL DA GESTÃO EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA

Para o *Centers for Disease Control and Prevention*¹ (CDC) toda emergência em saúde pública é caracterizada por qualquer evento crítico que represente uma ameaça significativa à saúde de uma comunidade ou população, sobretudo quando

¹Em tradução livre “Centros de Controle e Prevenção de Doenças”, agência do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos da América (EUA) referência na área.

há risco de rápida propagação, sobrecarga do sistema de saúde e necessidade de medidas excepcionais de resposta (CDC, 2018).

De acordo com o RSI, considera-se Emergência em Saúde Pública um evento no qual se constitui um risco para a saúde pública de outros Estados por meio da propagação internacional de doenças cujos desdobramentos podem exigir uma resposta internacional coordenada (Anvisa, 2009).

Em linhas gerais, o termo ‘emergência em saúde pública’ refere-se a cenários que exijam intervenções rápidas, com o objetivo de prevenir, reduzir riscos e promover o controle da situação. Esses cenários podem ser representados desde surtos e pandemias até desastres naturais ou falta de assistência adequada à população (Brasil, 2014a).

As crises sanitárias evidenciam as desigualdades estruturais, enquanto o Senado Federal (2020) ressalta que a resposta depende da articulação entre políticas públicas e determinantes sociais. Assim, a noção de emergência em saúde pública ultrapassa o campo estritamente biomédico e assume caráter intersetorial e sistêmico.

A pandemia da covid-19 caracterizou-se como um dos maiores desafios globais da história moderna para os sistemas de saúde (WHO, 2020). No Brasil, a gestão da crise sanitária mobilizou criticamente o SUS, cuja organização e princípios estão definidos na Constituição Federal de 1988 e regulamentados pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 (Brasil, 1988).

O SUS é composto por princípios e diretrizes que compõem sua estrutura básica de funcionamento. O sistema de saúde brasileiro foi constituído e incluído na Constituição Federal de 1988, na Seção II – Da Saúde, nos artigos 196 ao 200. Na Carta Magna, no artigo 196, a saúde no Brasil, é concebida como direito de todos e dever do estado, logo são de relevância pública as ações e estratégias de saúde visando o bem-estar da população. Cabe, portanto, ao poder público, dispor sobre a regulamentação, fiscalização e controle, podendo sua execução ser realizada de forma própria ou por terceiros (Brasil, 1988).

O ‘Quadro 1’, a seguir, apresenta de forma sistematizada os Princípios e as Diretrizes do SUS, acompanhados de suas respectivas definições, conforme o arcabouço vigente:

Quadro 1 - Princípios e Diretrizes do SUS

Princípio/Diretriz	Definição
I - Universalidade do acesso	Todo cidadão tem direito de acessar ações e serviços de saúde em todos os níveis do sistema
II - Integralidade da Assistência	Conjunto articulado e contínuo de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, considerando o indivíduo como um todo em todos os níveis de complexidade do sistema
III - Preservação da Autonomia	Respeito às decisões e a integridade física e moral dos indivíduos no processo do cuidado
IV - Igualdade da assistência	Atenção em saúde livre de preconceito ou privilégios (tratar desigualmente os desiguais conforme suas necessidades)
V- Direito à informação ao usuário	O paciente tem direito à informação sobre seu processo saúde-doença
VI - Transparência sobre a oferta	Divulgação da carta de serviços e de como o usuário pode acessá-los
VII - Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades	A epidemiologia orienta quanto às prioridades, aplicação de recursos, programas e ações
VIII - Participação da Comunidade	Controle social através dos Conselhos e Conferências de Saúde
IX - Descentralização com direção única	Direção única em cada esfera com ênfase na municipalização, incluindo a regionalização e hierarquização
X - Integração Intersetorial	Integração em nível executivo de ações, meio ambiente e saneamento básico
XI - Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população	Compartilhamento de recursos financeiros, materiais, tecnológicos e humanos entre as três esferas de governo
XII - Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência	Os serviços de saúde devem ter resolutividade em todos os níveis de assistência do sistema de saúde
XIII - Evitar duplicidade de meios	Organizar o serviço em um formato que evite redundâncias e desperdícios para fins idênticos
XIV - Atendimento especializado mulheres e vítimas de violência doméstica	Garantir atendimento específico e especializado, bem como, apoio psicológico e cirurgias reparadoras
XV - Proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários e especial atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual praticados contra crianças e adolescentes	Cuidado humanizado e não discriminatório. Identificação e registro de suspeitas de maus tratos e violência sexual. Notificação compulsória e acionamento e encaminhamento para a rede de proteção
XVI - Atenção humanizada	Atendimento humanizado através da prática da escuta ativa e inclusão do indivíduo dando-lhe autonomia no seu processo de cuidado

Fonte: Adaptado de Brasil (1990).

Já em nível estadual, as responsabilidades de gestão do SUS, que combinam, as atribuições comuns aos outros entes federados (art. 15) e específicas estaduais (art. 17) previstas na Lei nº 8.080/1990 encontram-se dispostas no quadro a seguir:

Quadro 2 - Atribuições da Gestão Estadual do SUS (Lei nº 8.080/1990, Art. 15 e 17)
(continua)

Área de atuação da gestão	Atribuições da esfera estadual	Base Normativa
Governança, descentralização e apoio aos municípios	Promover a descentralização para os municípios; acompanhar, controlar e avaliar as redes do SUS; apoiar técnica e financeiramente os municípios; executar ações e serviços de forma supletiva quando necessário.	Art. 17, I–III
Planejamento e instrumentos de gestão	Elaborar e atualizar o plano de saúde; articular a política e os planos de saúde; definir instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização.	Art. 15, VIII, XVIII, I
Vigilância em saúde	Coordenar e, complementarmente, executar ações e serviços de vigilância epidemiológica e sanitária.	Art. 17, IV, “a–b”
Alimentação e nutrição	Coordenar e, complementarmente, executar ações e serviços de alimentação e nutrição.	Art. 17, IV, “c”
Saúde do trabalhador	Coordenar e, complementarmente, executar ações e serviços; participar do controle e avaliação das condições e ambientes de trabalho; editar normas técnicas e padrões de qualidade.	Art. 17, IV, “d”, VII; Art. 15, VI
Meio ambiente e saneamento	Participar do controle de agravos do meio ambiente; participar da política e execução de ações de saneamento básico; colaborar na proteção e recuperação ambiental.	Art. 17, V–VI; Art. 15, VII
Média e alta complexidade	Identificar hospitais de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional.	Art. 17, IX
Laboratórios e hemocentros	Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros; gerir as unidades próprias; implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados.	Art. 17, X; Art. 15, XIV
Insumos e equipamentos	Formular, executar, acompanhar e avaliar, em caráter suplementar, a política de insumos e equipamentos para a saúde.	Art. 17, VIII
Normatização e qualidade	Estabelecer normas suplementares para controle e avaliação de ações e serviços; formular normas e padrões suplementares de controle de qualidade para produtos e substâncias; elaborar normas técnico-científicas.	Art. 17, XI–XII; Art. 15, XVI

Fonte: Adaptado de Brasil (1990).

Quadro 2 - Atribuições da Gestão Estadual do SUS (Lei nº 8.080/1990, Art. 15 e 17)
(conclusão)

Área de atuação da gestão	Atribuições da esfera estadual	Base Normativa
Regulação de serviços privados	Elaborar normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, considerando sua relevância pública.	Art. 15, XI
Portos, aeroportos e fronteiras	Colaborar com a União na execução da vigilância sanitária.	Art. 17, XIII
Informação e indicadores	Organizar e coordenar o sistema de informação em saúde; acompanhar, avaliar e divulgar nível de saúde e condições ambientais; acompanhar, avaliar e divulgar indicadores de morbidade e mortalidade.	Art. 15, IV, III; Art. 17, XIV
Financiamento e orçamento	Administrar recursos orçamentários e financeiros; elaborar a proposta orçamentária do SUS conforme o plano de saúde.	Art. 15, II, X
Pesquisa, estudos e formação de RH	Realizar pesquisas e estudos em saúde; participar da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos.	Art. 15, XIX, IX
Ética e articulação social	Articular-se com órgãos de fiscalização profissional e entidades da sociedade civil para definição e controle de padrões éticos para pesquisa, ações e serviços.	Art. 15, XVII
Poder de polícia sanitária	Definir mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária.	Art. 15, XX
Cooperação e operações externas	Realizar operações externas de natureza financeira (quando autorizadas); propor convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente.	Art. 15, XII, XV
Resposta a emergências	Requisitar bens e serviços em situações emergenciais com indenização; fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.	Art. 15, XIII, XXI

Fonte: Adaptado de Brasil (1990).

Tendo em vista o compromisso e responsabilidade do SUS como garantia de acesso à saúde da população brasileira, torna-se essencial que as ações e estratégias sejam objeto de planejamento criterioso e de adequada estruturação. Na prática, o planejamento do SUS é ascendente e integrado entre as três esferas de gestão de governo, orientado pela regionalização e pelas necessidades territoriais locais e elaborado com a anuência dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) e a pactuação nas instâncias interfederativas: Comissão Intergestora Tripartite (CIT), Comissão Intergestora Regional (CIR) e Comissão Intergestora Bipartite (CIB) (Brasil, 2011a).

O planejamento no âmbito do SUS foi regulamentado no Decreto nº 7.508 de 2011, que o tornou obrigatório para todos os entes federativos. Esse decreto determina que o planejamento deve ser materializado por meio dos planos de saúde, concebidos como resultado de um processo integrado e articulado, contemplando metas específicas. Além disso, o normativo prevê a consideração da oferta de serviços privados de saúde, a elaboração do planejamento estadual de forma regionalizada, e a pactuação no âmbito da CIB das etapas e prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e federal. Essas diretrizes se articulam às Regiões de Saúde e podem ser formalizadas através de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), que integra planos, define responsabilidades, metas, indicadores e mecanismos de monitoramento e avaliação (Brasil, 2011a; 2011c).

O planejamento materializa-se em instrumentos próprios, institucionalizados pela Portaria GM/MS nº 2.135 de 2013 que estabelece o Plano de Saúde (quadrienal), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) (Brasil, 2013b).

Apesar do arcabouço normativo consolidado, estudos apontam que o planejamento ascendente do SUS enfrenta entraves em sua implementação prática. Machado e Viana (2020) observam que a elaboração dos planos frequentemente não reflete as reais necessidades territoriais, resultando em um distanciamento entre o planejamento formal e a execução cotidiana das ações de saúde. Essa limitação se torna ainda mais evidente em contextos de emergência, nos quais a agilidade da resposta nem sempre acompanha a rigidez burocrática dos instrumentos de gestão.

Especificamente, no que se refere ao planejamento para o enfrentamento das emergências em saúde pública, cabe ao governo federal a formulação central das diretrizes e coordenação da maior parte dos recursos necessários. Já a gestão exercida pelos estados federados se pauta na operacionalização dessas políticas, ajustando-as às realidades territoriais por meio da vigilância em saúde, da elaboração de planos de contingência, da organização logística e da edição de normativas específicas, configurando uma atuação mais setorizada e contextualizada (Brasil, 2011b; 2011c).

Ademais, conforme estabelece o Art. nº 6 da Lei do SUS nº 8.080/1990, o campo de atuação do SUS abrange um conjunto de competências que fundamentam sua atuação institucional. Essas competências, sistematizadas no 'Quadro 3', são aqui

apresentadas em diálogo com suas correspondências diretas no enfrentamento das emergências em saúde pública (ESP/EPIIN).

Quadro 3 - Dispositivos da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 referentes às Emergências em Saúde Pública

(continua)

Item do Art. 6	Atuação nas Emergências em Saúde pública	Justificativa	Aplicação na pandemia por covid-19
I - A execução de ações: a) de vigilância sanitária; b) de vigilância epidemiológica; c) de saúde do trabalhador; e d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.	Sim. Núcleo duro.	Fiscalização de produtos e medidas não farmacológicas	Regras para serviços de saúde, máscaras, EPIs.
II- A participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;	Parcial. Dependente do evento.	Central em agravos hídricos, apoio indireto em respiratórios	Indireto na covid-19.
III- A ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;	Parcial. Estratégico.	Treino e ordenação de equipes para preparação/ resposta	Capacitações rápidas, COE, vigilância.
IV - A vigilância nutricional e a orientação alimentar;	Parcial.	Relevante em contextos de insegurança alimentar/desastres	Monitoramento de vulneráveis.
V - A colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;	Parcial. Dependente do evento.	Essencial em emergências químicas/ambientais	Desastres que afetam o ar, água, ambiente laboral.
VI - A formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;	Sim. Núcleo duro.	Abastecimento e política de vacinas/insumos na crise	Vacinas, respiradores, EPIs.
VII - O controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;	Sim. Núcleo duro.	Inspeções e regulação de serviços e produtos críticos	Fiscalização de hospitais e laboratórios.
VIII - A fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;	Parcial. Dependente do evento	Central em surtos de origem hídrica/alimentar	Menos central na covid-19.

Fonte: adaptado de Brasil (1990).

Quadro 3 - Dispositivos da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 referentes às Emergências em Saúde Pública

(conclusão)

Item do Art. 6	Atuação nas Emergências em Saúde pública	Justificativa	Aplicação na pandemia por covid-19
IX - A participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;	Parcial. Dependente do evento.	Crítico em emergências químicas e radiológicas	Não central na covid-19.
X - O incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;	Parcial. Estratégico	Pesquisa/validação rápida de testes, terapias e vacinas	Estudos operacionais e translacionais.
XI - A formulação e execução da política de sangue e seus derivados.	Parcial (apoio)	Garantia de oferta segura em crises e desastres	Planos para manter hemocentros

Fonte: adaptado de Brasil (1990).

O conjunto de competências assinaladas como “Núcleo Duro” refere-se às funções estruturantes e inadiáveis do SUS, aquelas que constituem o cerne de resposta estatal em situações de emergência em saúde pública. Segundo Merhy (2002), o “Núcleo duro” corresponde ao campo tecnológico mais estruturado e normatizado, que sustenta a operacionalização das ações em saúde.

No mesmo sentido, Campos (1999) utiliza o conceito para diferenciar o núcleo de saberes específicos (núcleo duro) do campo de competências compartilhadas entre as profissões e áreas de atuação. No contexto das emergências, o núcleo duro compreende as atribuições que não podem ser suspensas ou relativizadas, por serem indispensáveis à proteção da coletividade, como vigilância epidemiológica, sanitária e a assistência terapêutica integral.

O governo federal, por intermédio do MS, exerce uma função fundamental de apoio aos estados e municípios na atuação diante de emergências em saúde pública (Brasil, 2014a). Sua atuação, em grande parte, baseia-se nas orientações do RSI (2005), que estabelecem mecanismos para detecção, avaliação e resposta a riscos que possam se propagar internacionalmente. O RSI estabelece que “cada Estado Parte deverá desenvolver, fortalecer e manter as capacidades mínimas necessárias para detectar, avaliar, notificar e reportar eventos de saúde pública” (OMS, 2016, p. 13).

Já a gestão estadual ao rastrear ou ser notificada sobre um evento potencialmente emergencial, deve atuar baseada nos instrumentos legais e operacionais próprios. O papel da gestão estadual também envolve a normatização complementar capaz de emitir decretos, leis, portarias e notas técnicas que adaptam, detalham ou ampliam as medidas nacionais às realidades locais (Brasil, 2014a).

No contexto da pandemia por covid-19, a gestão estadual do SUS desempenhou um papel fundamental na articulação das ações regionais, na implementação das políticas nacionais adaptadas às realidades locais e na coordenação das ações intermunicipais de vigilância, monitoramento, assistência e prevenção (Brasil, 2016b; 2018).

Os estados e municípios tiveram obrigações reconhecidas por dispositivos jurídicos. Em abril de 2020, o Supremo Tribunal Federal (STF) reafirmou a competência desses entes para criarem medidas com o objetivo de combater a pandemia do coronavírus. Dessa forma então, estados e municípios puderam estabelecer quarentenas, restrição de atividades e isolamento sem a interferência do governo federal (Brasil, 2020b).

Esse movimento também contribuiu para a ampliação da judicialização da saúde, uma vez que, disputas sobre competências e medidas restritivas chegaram aos STF em diferentes ações, exigindo decisões colegiadas urgentes. Para Santos e Lopes (2023), a pandemia expôs a necessidade de maior clareza no pacto federativo em saúde, pois a indefinição de competências normativas fragilizou a governança e gerou sobreposição de medidas.

Ainda que o governo federal e estados possuam competência concorrente, existe uma soberania evidente das normas jurídicas da União quando se refere ao estabelecimento de normas gerais de Direito Sanitário. Isso é evidenciado na legislação estadual, quando referente às normas gerais, pois não pode contrariar a legislação federal, podendo incorrer na perda de eficácia. Entretanto, na ausência de uma lei federal, os Estados possuem plena competência legislativa, pois têm a prerrogativa de complementar a legislação federal sempre que for necessário para assegurar o direito à saúde. Na falta de normas gerais federais, o estado pode criar suas próprias normas gerais. Com a promulgação de uma lei federal que estabeleça normas gerais, a legislação estadual perde sua validade naquilo que for conflitante. Essa é a lógica estabelecida pela Constituição Federal de 1988 (CF/88). A pandemia revelou que esse método, embora essencial em um país de dimensões continentais

como o Brasil, não tem se mostrado muito eficaz e ainda gera controvérsias jurídicas sensíveis, como as disputas entre a União, os estados e os municípios na criação de normas jurídicas para combater a covid-19 (Brasil, 1988).

Como argumenta Mendes (2020), a ausência de uma coordenação nacional robusta potencializou as desigualdades regionais, transferindo maior pressão decisória aos estados e municípios, muitas vezes limitados em termos orçamentários e dependentes de repasses federais. Nesse sentido, a pandemia evidenciou que a competência concorrente, embora judicialmente clara, não foi suficiente para assegurar a harmonização necessária à efetividade das respostas sanitárias.

A decisão do STF, que assegura aos estados uma competência complementar à da União, permitindo que prevaleçam sobre as normas gerais federais quando a legislação regional ou local for mais protetiva à saúde, ajudou a clarificar os limites das competências entre União e estados, mas não contribuiu para a harmonização do sistema jurídico nacional (Santos; Lopes, 2023). Diante desse cenário de disputas normativas entre os entes federados, e da necessidade de clareza quanto à competência de cada esfera federativa, torna-se primordial compreender como essas responsabilidades se materializam no âmbito estadual.

No caso catarinense, estudos recentes apontam que, em 2020, a Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES-SC) assumiu protagonismo na edição de atos normativos de contingência, nem sempre em consonância integral com o governo federal ou com as recomendações internacionais (Trettel *et al.*, 2023). Essa realidade reforça a importância de analisar, de forma detalhada, como tais competências se materializam no âmbito estadual e até que ponto dialogaram com as orientações da OMS.

A delimitação das atribuições da SES-SC ganha relevância, pois é nesse nível, que se operam a maior parte das ações de coordenação, planejamento e execução das políticas públicas de saúde (Governo do Estado de Santa Catarina, 2022).

O Decreto nº 2.400 de 30 de dezembro de 2022, destacado no 'Quadro 4' a seguir, estabelece as funções institucionais e delimita as principais responsabilidades na condução da política de saúde no estado de SC.

Quadro 4 - Principais atribuições da SES-SC estabelecidas pelo Decreto nº 2.400/2022

Atribuições da SES-SC	
I - Desenvolver a capacidade institucional e definir políticas e estratégias de ação voltadas às macrofunções de planejamento, gestão, regulação, acompanhamento, avaliação e controle na área da saúde	
II – Promover o acesso universal e equitativo aos Serviços de Saúde, de forma descentralizada, desconcentrada e regionalizada	
III – Monitorar, analisar e avaliar a situação da saúde no estado	
IV – Coordenar e executar, em caráter complementar, ações e serviços de vigilância, investigação e controle de riscos e danos à saúde	
V – Gerenciar as unidades assistenciais próprias do estado	
VI – Desenvolver mecanismos de gestão e regulação aplicáveis às unidades assistenciais	
VII – Coordenar as políticas da atenção primária, da média e da alta complexidade, no que concerne à Administração pública estadual	
VIII - Monitorar as solicitações de transferência de pacientes com necessidade de leito de UTI e emitir boletim nas situações de pandemia	

Fonte: Adaptado de Governo de Santa Catarina (2022).

A SES-SC constitui-se como órgão central da gestão estadual do SUS, sendo responsável pela coordenação das políticas de saúde em âmbito regional e pelo apoio técnico e financeiro aos municípios. Para além da execução direta de serviços, a SES-SC exerce papel estratégico na articulação interfederativa, por meio da CIB-SC e da CIRs, instâncias que funcionam como espaços de negociação, pactuação e mediação de conflitos no processo decisório do SUS (Brasil, 2011a). Esse papel, entretanto, não se limita ao planejamento e à regulação. A SES-SC também atua como instância de mediação político-institucional, responsável por equilibrar as diretrizes nacionais, as necessidades municipais e as pressões regionais, muitas vezes divergentes.

Em situações de emergência em saúde pública, essa posição estratégica se torna ainda mais complexa, exigindo capacidade de resposta rápida, integração de fluxos assistenciais, gestão de recursos críticos e normatização complementar para adaptar medidas gerais às realidades locais (Trettel *et al.*, 2023).

Um estudo da CEPEDISA/USP (2020), evidenciou que a SES-SC foi responsável pela emissão de um número expressivo de atos normativos, de janeiro a junho de 2020. O estado Catarinense emitiu em maior quantidade as Portarias como instrumento normativo preponderante (189), seguida por Resoluções (35) e Decretos

(26). A dinâmica de enfrentamento da crise, no estado, foi mais descentralizada com efetivo protagonismo da SES-SC seguida da Secretaria de Administração Prisional (SAP).

Todavia, como evidenciam análises recentes, a resposta estadual foi marcada por desafios de alinhamento às orientações da OMS e às políticas federais, refletindo tanto a ausência de coordenação nacional quanto as desigualdades estruturais do sistema de saúde (Mendes, 2020; Viana, Machado, 2020). Nesse sentido, compreender como as competências institucionais da SES-SC se materializaram nas normativas estaduais é fundamental para avaliar o alinhamento da gestão catarinense com relação às orientações da OMS com relação à pandemia.

3.2 PANDEMIA POR COVID-19

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS,2021) a pandemia por covid-19 é o sexto episódio decorrido no século XXI em que uma emergência de saúde pública de importância internacional é declarada. Antes dela tiveram as seguintes calamidades de grande impacto: 25 de abril de 2009: pandemia de H1N1; 5 de maio de 2014: disseminação do Poliovírus; 8 de agosto de 2014: surto de Ebola na África Ocidental; 1 de fevereiro de 2016: aumento de casos de Zika vírus e sua relação com o aumento de casos de microcefalia e outras malformações congênitas; 18 de maio de 2018: surto de Ebola na República Democrática do Congo e 11 de março de 2020: pandemia por covid-19.

O Coronavírus é um vírus zoonótico, do tipo RNA, da família Coronaviridae cuja característica principal é causar infecções respiratórias. Foram isolados pela primeira vez em 1937 e descritos como tal apenas em 1965 (Brasil, 2020e).

Seu protagonismo nas infecções de covid-19, anunciada pelas autoridades chinesas, ocorreu no dia 7 de janeiro de 2020, ao afirmarem A pandemia por covid-19 tornou-se o maior desafio de saúde pública desde o início do século XXI até o presente momento, pois é a primeira vez que um vírus alcança proporções catastróficas de grandes magnitudes acometendo todos os continentes. Foi a pandemia que se disseminou de forma mais ampla e acelerada do que qualquer outra já registrada na história (Brito *et al.*, 2020).

A identificação do novo tipo do coronavírus, cujo nome provisório ficou intitulado como 2019-nCoV, configurou-se em um dos grandes desafios do século XXI

após assolar o mundo durante os anos de 2020, 2021 e 2022 e 2023 acometendo mais de 100 países em todos os cinco continentes (OMS, 2020a).

O curso da pandemia foi caracterizado por altas taxas de transmissão comunitária, relacionadas a formas graves da doença e elevadas taxas de mortalidade, principalmente em populações vulneráveis e em países com menores capacidades de resposta (OPAS, 2021; WHO, 2021).

A velocidade com que o vírus se alastrou globalmente, o seu potencial de infectividade, o pouco conhecimento sobre o vírus e sua fisiopatologia, as poucas evidências sobre o manejo clínico/farmacológico e a inexistência de vacinas, até aquele momento, ampliaram as incertezas das estratégias de seu enfrentamento. A OMS afirmou que o vírus por não ser sazonal prejudicou inúmeros países que estavam em pleno verão durante o ponto crítico da pandemia, diferentemente do vírus da Influenza e da gripe. O SARS-CoV-2 se adapta a diferentes tipos de clima e o que determina sua propagação são as aglomerações e o grande poder de infectividade que o vírus tem (Mendes, 2020).

Em 11 de março de 2020, a OMS declarou o caráter pandêmico da doença, levando a mobilizar os governos de diversos países a se organizarem contra a propagação do vírus, adotando medidas de políticas públicas principalmente para a assistência aos indivíduos infectados na tentativa de evitar o número de novos casos e óbitos (Souza, 2020).

Em relação a caracterização dessa crise sanitária como pandemia, é importante destacar que há etapas e critérios normativos que norteiam a definição de uma emergência em saúde pública, sendo o RSI (2005) o principal instrumento jurídico global. O documento estabelece parâmetros técnicos para a cooperação internacional na proteção comunitária em casos de disseminação de doenças e riscos com potencial de propagação internacional (OMS, 2016).

Tendo em vista tais características peculiares do vírus, a evolução da covid-19 variou entre os diversos países do mundo, condicionada também por características históricas das sociedades, inserção no cenário geopolítico e econômico mundial, bem como o perfil sociodemográfico. Consequentemente a pandemia mostrou que diversos países não estavam preparados para prover os insumos básicos para seu manejo clínico e gestão do sistema de saúde, o que de fato são fatores agravantes diante das assimetrias mundiais em relação à ciência e tecnologia (Machado; Pereira; Freitas, 2022).

Em relação ao aspecto econômico, o impacto foi abrupto. Estimativas indicam que a economia mundial reduziu em 2020, revertendo anos de crescimento, com retração global estimada pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), sendo um reflexo das medidas de contenção e das quebras nas cadeias de provimentos, turismo e serviços (FMI, 2021).

No âmbito do mercado de trabalho internacional a Organização Internacional do Trabalho (OIT) relatou perda de 8,8% das horas trabalhadas mundial em 2020, sendo equivalentes a 255 milhões de empregos em período integral (ILO, 2021). Tais impactos estavam diretamente relacionados às medidas de contenção, uma vez que as estratégias de saúde pública, como fechamento de atividades e restrições de mobilidade repercutiram fortemente sobre cadeias produtivas e mercados de trabalho.

Já no campo sanitário, a resposta dos países se ajustou entre medidas não farmacológicas como: restrição de viagens, fechamento de escolas e universidades, uso de máscaras e restrições de aglomerações, ordens de permanência domiciliar e isolamento. Houve a rápida ampliação das testagens, isolamento dos casos e o rastreio de contatos (Hale *et al.*, 2021). Diante de impactos sanitários e econômicos de grande magnitude, tornou-se central a ativação de instrumentos de coordenação da resposta no SUS: planos, protocolos e centros de operações capazes de articular decisões rápidas com base em evidências.

A experiência internacional indica que estruturas de governança e arranjos federativos influenciaram a coordenação e a eficácia das respostas. Em um estudo de Desson *et al.*, (2020) em que foi realizada uma comparação de gestão da pandemia entre os países da França Bélgica e Canadá, foi observado que diferentes graus de centralização desenharam a coerência das medidas e a capacidade de articular níveis de governo e de setores dos sistemas de saúde nos meses iniciais da pandemia (fevereiro a agosto de 2020). Essas diferenças de arranjos federativos refletiram-se também na capacidade dos países de expandir rapidamente sua infraestrutura hospitalar e reorganizar a rede assistencial.

No primeiro ano de pandemia, diversos países aceleraram a ampliação de leitos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), qualificação da rede hospitalar, adoção da telemedicina, aquisição de EPIs, bem como, organizaram os fluxos assistências de forma adequada ao comportamento do coronavírus (Who, 2020a).

Foi no primeiro ano de pandemia que os organismos de saúde construíram a base institucional e operacional para a gestão da covid-19, os países adotaram

pacotes de políticas públicas de formas e intensidades variadas, a comunidade global articulou mecanismos de cooperação em saúde e economia e a partir de dezembro de 2020 iniciou-se a fase de imunização, embora marcada por assimetria de acesso (IMF, 2021; ILO, 2021; WHO, 2020a; Hale *et al.*, 2021; Desson *et al.*, 2020).

Essa fase revelou também profundas desigualdades globais no acesso às vacinas: enquanto países de alta renda asseguraram rapidamente doses suficientes para suas populações, países de baixa e média renda enfrentaram atrasos significativos e dependeram do mecanismo COVAX, ampliando as iniquidades sanitárias no cenário internacional (Wouters *et al.*, 2021).

Estudos demonstraram que há forte relação entre taxas altas de incidência da covid-19 e grande densidade populacional ao se comparar às regiões de menor densidade populacional em diferentes países. Por este motivo, a propagação da doença foi mais intensa em núcleos urbanos próximos a polos econômicos e em cidades periféricas a elas em função do fluxo intenso de pessoas e cargas materiais (Ahmadi *et al.*, 2020; Moura *et al.*, 2021).

Todos os países, de maneira geral, sofreram ou sofrerão os impactos decorrentes da covid-19. Fatores como Produto Interno Bruto (PIB), situação fiscal e estruturas econômicas de cada país foram e serão determinantes para a proporção do impacto causado pelo vírus (Gama Neto, 2020).

Os países mais desenvolvidos, que possuem melhores programas e políticas de saúde e maior renda per capita, tiveram maiores chances de superar a crise, em detrimento dos países em que o aumento dos níveis de desemprego elevou o aumento da pobreza, conforme dados da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal, 2021).

O Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC -UFBA) criou um projeto com o objetivo de: “Analisar os modelos, estratégias e ações de vigilância em saúde em distintos níveis de atenção, para a redução da exposição ao risco de contaminação na população e em trabalhadores de saúde, a detecção precoce de casos e o encaminhamento em tempo adequado de pacientes para a assistência especializada e hospitalar”. Através dos estudos do projeto foram apresentados alguns resultados da análise comparada de sistemas de saúde no enfrentamento à covid-19, realizada no âmbito do projeto ObservaCovid (ISC-UFBA, 2020).

Entre os países analisados, estão Portugal, Coreia do Sul, China, Alemanha, Canadá, Nova Zelândia, França, Reino Unido, Espanha, Itália, Estados Unidos, Suécia, Cuba, Vietnã, Argentina e Uruguai. O estudo focou em dois indicadores principais para avaliar as respostas dos países: o excesso de mortalidade acumulada por milhão de habitantes e o total de óbitos acumulados por milhão de habitantes. Os resultados preliminares indicam que nenhum sistema de saúde estava totalmente preparado para enfrentar a pandemia e que nenhuma modalidade organizacional de sistema, por si só, foi determinante na forma como os países enfrentaram o problema. Entre os fatores mais destacados para o sucesso das medidas de controle da pandemia estão a coordenação e gestão da crise, a incorporação das recomendações dos comitês científicos e a transparência na comunicação de riscos (ISC-UFBA, 2020).

Os países adotaram diferentes táticas para o enfrentamento da pandemia da covid-19 visando controlar a propagação do vírus. Dentre essas estratégias foram realizados mecanismos de supressão do vírus através de intervenções não medicamentosas de higiene pessoal, distanciamento social, utilização de máscaras, mecanismos de controle dos testes, rastreamento e isolamento dos infectados. Essas foram as principais estratégias adotadas visando a proteção dos sistemas de saúde para que não colapsassem (Mendes, 2020).

Existem casos interessantes de países como a Singapura cujo país, ainda que, de pequenas dimensões, detentor de uma população relativamente grande para seu tamanho (5,454 milhões em 2021), por exemplo, foi capaz de conter a pandemia de forma tão eficiente que os casos inicialmente se limitaram a 1.500 casos e a 6 mortes em 11 de abril de 2020, mas em 8 de maio, após o fim do distanciamento social e das quarentenas os casos chegaram a mais de 20.000 o que levou o país a decretar novamente medidas para conter essa segunda onda (The World Bank, 2023; Mendes, 2020).

Em relação a epidemiologia do agravo, a covid-19 se comportou de maneira diferente entre as faixas etárias. Em seu artigo intitulado “*Desigualdades sociais e territoriais na mortalidade de crianças e adolescentes por COVID-19 no Brasil*”, Faria *et al.* (2022) discutem sobre a mortalidade entre a população de crianças e adolescentes (0 a 14 anos) no Brasil, à luz de fatores sociais e territoriais. Os autores concluíram que o fato de existirem desigualdades sociais e territoriais nas diversas

regiões brasileiras impacta diretamente na mortalidade de crianças e adolescentes por complicações derivadas da covid-19 no Brasil.

Dentre as populações mais vulneráveis ao óbito pela doença estão os pardos e indígenas, aparecem em primeiro lugar, sobretudo residentes das Regiões Norte e Nordeste do País. Essas regiões são consideradas as mais pobres do País em termos de distribuição de renda e em relação à precariedade do acesso a serviços básicos e essenciais também figuram nas primeiras posições. Assim como crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social sofreram maior impacto, a população idosa também se mostrou especialmente atingida, sobretudo quando associada a doenças crônicas (Faria *et al.*, 2022).

Entretanto, a população mais idosa foi a mais prejudicada com o vírus. Não apenas no Brasil, como nos demais países, a taxa de mortalidade desde o início da pandemia sempre foi maior entre idosos e na população que possui comorbidades, especialmente hipertensão, obesidade e diabetes. Diversos estudos epidemiológicos dos EUA, China e continente Europeu sobre desfechos em pacientes com covid-19, afirmam que 80% dos óbitos ocorreram em adultos com mais de 65 anos de idade e que idosos, com mais de 85 anos, possuíram desfechos ainda mais graves (Faria *et al.*, 2022).

No Brasil, tais desafios assumiram contornos particulares devidos às características do SUS e às disputas federativas entre os entes. Inicialmente o MS elaborou um plano de contingência nacional para o combate ao agravo. Os protocolos apresentados serviram de orientação para os gestores estaduais e municipais do SUS. Entretanto, a complexidade do SUS em termos de estrutura assistencial e tecnológica e a heterogeneidade das regiões do país nos quesitos dimensões culturais e socioeconômicas se apresentaram como grandes desafios a serem encarados na gestão da pandemia (Brasil, 2020a). Essas limitações evidenciam que o Brasil constitui um caso singular de análise, pois ao passo que possui um sistema público universal de saúde, enfrenta desigualdades estruturais que condicionaram fortemente sua capacidade de resposta.

Dentre os motivos que tornam o Brasil um caso relevante para a análise de resposta à pandemia de covid-19, pode-se citar o fato de figurar entre os países mais populosos e de maiores economias do mundo, sendo nas Américas, o segundo em ambas as categorias. Outro fato, por ser um país de dimensões continentais, marcado por desigualdades socioeconômicas e grande diversidade ambiental, o que traz

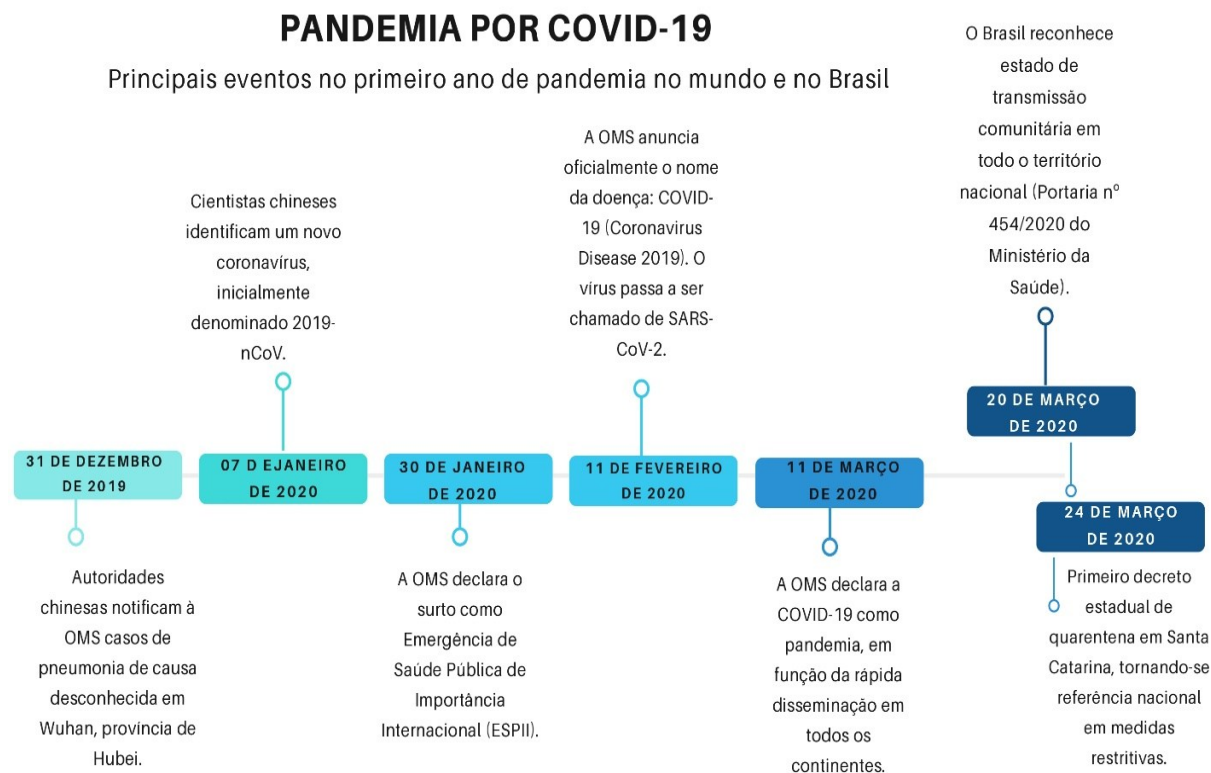
grandes desafios para a implementação de políticas públicas em geral e, sobretudo, no caso da resposta às emergências sanitárias (Freitas; Pereira; Machado, 2022).

Por último, o Brasil possui um sistema público e universal de saúde, o único na região latino-americana além do sistema cubano, o que convida a reflexões necessárias sobre sua capacidade de resposta imediata frente a uma pandemia. Dentre os fatos apontados ressalta-se que o Brasil foi um dos países do *ranking* mundial mais duramente atingidos pela covid-19. Até o dia 30 de junho de 2021, entre os 10 países mais populosos e as 15 maiores economias do mundo, o País figurava como o segundo em óbitos acumulados (518.066, abaixo apenas dos EUA com 604.598) e o primeiro em óbitos por milhão de habitantes (2.421, passando a frente de países como EUA com 1.816, México com 1.789, Rússia com 911, Índia com 287 e Indonésia com 212) (Freitas; Pereira; Machado, 2022).

Esses números expressam a magnitude da crise sanitária nacional e ilustram a velocidade da propagação da covid-19 em território brasileiro, marcada por desigualdades regionais, limitações estruturais do sistema de saúde e dificuldades na coordenação de resposta (Pereira *et al.*, 2020).

A ‘Figura 1’, a seguir, apresenta a linha do tempo dos principais eventos no primeiro ano (2020) de pandemia por covid-19 no mundo e no Brasil, destacando marcos que condicionaram a evolução epidemiológica e a resposta em saúde.

Figura 1 - Principais eventos no primeiro ano de pandemia no mundo e no Brasil



Fonte: elaborado pela autora (2025).

A OMS recomendou que as atividades econômicas e sociais fossem retomadas pautadas através de evidências científicas e fossem paulatinamente implementadas a fim de reduzir os riscos de futuras ondas da covid-19 (WHO, 2020c).

Como estratégia de enfrentamento e orientação dos gestores, a nível nacional, foi criado e publicado o Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública, elaborado pelo MS, cujo instrumento normativo-operacional apresenta estratégias para o enfrentamento das emergências sanitárias no Brasil. Este plano é elaborado em consonância com os princípios do RSI, servindo como referência para a organização da resposta rápida no SUS, definição de responsabilidades interinstitucionais, ativação do COE e mobilização de recursos para contenção dos agravos. Dessa forma, para o contexto brasileiro, o Plano Nacional concretiza, as diretrizes internacionais do RSI, assegurando que o país cumpra suas obrigações globais enquanto estrutura internamente suas ações de resposta coordenada (Brasil, 2014a).

O Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública foi elaborado com base no princípio de utilizar um sistema de coordenação e controle, objetivando

garantir uma resposta ágil e eficiente. A adoção de um sistema de coordenação previamente estabelecido possibilitará uma articulação eficiente das ações e o uso mais racional dos recursos, contribuindo para a maximização dos resultados esperados. Para a efetivação da coordenação este Plano utiliza como instrumento de coordenação o Sistema de Comando de Operações (SCO) e estabelece a ativação de um Centro de Operações em Emergência em Saúde Pública (COES) (Brasil, 2014a).

Conforme o Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública, o COE tem como objetivo “subsidiar a tomada de decisões de gestores e técnicos na definição de estratégias e ações adequadas e oportunas para o enfrentamento de emergências” (Brasil, 2014, p. 18).

Para o enfrentamento da pandemia do covid-19, o primeiro passo do governo federal foi caracterizar a crise como uma emergência em saúde pública. O MS, no Decreto nº 7.616 de 2011, define ser necessária a declaração de Emergência em Saúde Pública quando há exigência de adoção urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública, em situações de epidemias, desastres ou desassistência à população (Brasil, 2011b).

A Portaria nº 188, de 03 de fevereiro de 2020 declarou a ESPIN no Brasil e estabeleceu o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV) como mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional. A gestão do COE ficou sob responsabilidade da SVS/MS.

As atribuições do COE em relação ao manejo dos agravos nas emergências são: I - Elaborar, organizar, coordenar e supervisionar as ações a serem adotadas durante a ESPIN, conforme as diretrizes estabelecidas pelo Ministro da Saúde; II – Estabelecer articulação com os gestores estaduais, distrital e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS); III – Enviar ao Ministro da Saúde relatórios técnicos sobre a ESPIN e as medidas administrativas em andamento; IV – Divulgar informações sobre a ESPIN para a população e V – Sugerir ao Ministro da Saúde, de forma fundamentada, medidas relacionadas à ESPIN (Brasil, 2020d).

No dia 22 de janeiro de 2020, foi ativado o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo Coronavírus (COE-nCoV), conforme previsto no Plano Nacional de Resposta às Emergências em Saúde Pública do Ministério da Saúde (Brasil, 2020d). Se por um lado a União sustentou a orientação normativa e a coordenação a nível macro da resposta à pandemia (Brasil, 2011a;

2020d), por outro cabe às gestões estaduais traduzirem essas diretrizes em operações concretas, normatizando fluxos, organizando redes e gerindo insumos, o que confere à SES-SC papel decisivo na materialização das políticas durante 2020 (Mendes, 2020; Viana, Machado, 2020; Trettel *et al.*, 2023).

Embora a OMS tenha decretado a ESPII em maio de 2023 e, no Brasil em abril de 2022, a covid-19 continua sendo considerada um problema contínuo de saúde pública e por isso o MS divulgou o Plano de Enfrentamento das ações de Vigilância em Saúde da covid-19 no período pós-emergência em Saúde Pública Nacional e Internacional. Esse documento trata da continuidade das ações de vigilância da covid-19 após o fim da emergência sanitária tanto no âmbito nacional (ESPIN) quanto internacional (ESPII) (Brasil, 2022; 2024).

Assim, com o propósito de aumentar a eficiência e a eficácia da preparação e da capacidade de resposta da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) diante dessas emergências, foi desenvolvido o presente Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública para coordenar os recursos federais em auxílio aos estados e municípios (Brasil, 2014a).

A Portaria MS/GM nº 1.378, de 9 de julho de 2013, estabelece que é competência da SVS “coordenar a preparação e a resposta das ações de vigilância em saúde nas emergências de saúde pública de importância nacional e internacional, além de cooperar com Estados, Distrito Federal e Municípios” na resposta a essas emergências (Brasil, 2013).

O RSI da OMS, prevê que o Brasil deve desenvolver dispositivos legislativos e administrativos de resposta às Emergências em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional. O País, no entanto, não possuía uma legislação sólida de combate às pandemias, e aprovou a Lei nº 13.979 de 2020 (conhecida como Lei da Quarentena) somente no dia 06 de fevereiro, poucos dias após OMS declarar a Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional, em 30 de janeiro. Embora a Lei tenha sido um importante avanço, sua vigência é por tempo determinado (Brasil, 2020c).

No Brasil, o Ministério da Saúde reconheceu, em 3 de fevereiro de 2020, a situação como uma Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), através da publicação da Portaria nº 188 (Santos, Lopes, 2023).

Em 20 de março de 2020, a Medida Provisória (MP) nº 926 inseriu na lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, um dispositivo que atribui ao Presidente da

República dispor sobre atividades essenciais e serviços públicos, quando se trata da adoção de medidas de saúde pública pelos entes federativos (Brasil, 2020a).

O fim da pandemia foi decretado no dia 05 de maio de 2023 pela OMS, entretanto, ainda há transmissão do vírus em todos os continentes. No Brasil, a Portaria nº913, de 22 de abril de 2022 declarou o encerramento ESPIN em decorrência da infecção humana de coronavírus e revogou a Portaria GM/MS nº 188, de 03 de fevereiro de 2020 (Brasil, 2022).

Dessa maneira, os recursos humanos, físicos e financeiros precisaram ser ampliados e redirecionados para responder às consequências impostas pela pandemia. O SUS precisou fortalecer sua capacidade técnica e gestora principalmente em âmbitos regionais e locais mais próximos da população (Massuda *et al.*, 2020).

Um dos aspectos críticos ressaltados pela OMS foi a necessidade de estratégias eficazes de comunicação de risco. A disseminação simultânea de informações falsas e contraditórias, caracterizada como infodemia, comprometeu a adesão da população às medidas de proteção e expôs as fragilidades na capacidade dos governos de informar de forma clara, tempestiva e baseada em evidências (Zarocostas, 2020).

Nesse sentido, tanto a gestão da informação quanto a gestão normativa revelaram-se dimensões interdependentes da resposta. Se a comunicação clara e baseada em evidências foi essencial para a adesão social, a tradução dessas recomendações em normas e diretrizes nacionais tornou-se igualmente central para orientar a resposta brasileira.

3.2.1 Determinação social do processo saúde-doença e a pandemia por covid-19: Contributos da produção crítica Latino-Americana

A pandemia por covid-19 estabeleceu um marco histórico para a saúde pública e revelou profunda relação entre vulnerabilidade, desigualdade social e formas diferenciadas de adoecimento. Na América Latina e no Brasil, regiões em que prevalecem estruturas sociais marcadas por exploração do trabalho, desigualdade de renda, racismo estrutural e debilidade das políticas de proteção social, a pandemia exibiu as contradições do capitalismo. O agravamento da covid-19 não pode ser analisado apenas sob a ótica biomédica, pelo contrário, ela emergiu em meio a retrocessos democráticos e amplo desmonte da seguridade social criando impactos desiguais abrangendo gravemente grupos marginalizados pela estrutura social brasileira (Cruz *et al.*, 2023, Souza, 2020).

Nesse sentido, a COVID-19 deve ser compreendida como expressão de um processo histórico maior, determinado pelas contradições basilares do capitalismo moderno. Souza (2020) afirma que a pandemia não se restringe à circulação de um patógeno, mas emerge da globalização do capital, da compressão espaço-tempo e da instabilidade estrutural que fragiliza sistemas públicos de saúde e intensifica desigualdades sociais. A difusão acelerada do vírus, bem como, seus impactos desiguais entre classe sociais, territórios e grupos marginalizados só se explicam quando relacionadas às formas específicas de como a economia está organizada e política que priorizam o mercado em detrimento da vida.

A pandemia acabou escancarando as condições reais de vida produzidas pelo modelo capitalista, mostrou com intensidade até onde os gestores e governantes conseguiam ir. Deixou também evidente o quanto as políticas públicas eram insuficientes e como as desigualdades históricas continuavam pesando diretamente no processo saúde-doença (Souza, 2020).

O vírus encontrou um cenário, na maioria dos países Latino-Americanos, já atravessado por fome, desemprego, informalidade e trabalho precário, fatores que na prática, definiram quem conseguia se isolar e quem teve de seguir exposto todos os dias. A pandemia não definiu essas desigualdades, apenas as aprofundou, trazendo luz a vulnerabilidades antigas e trajetórias históricas de exclusão (Souza, 2020).

O estudo “*Social effect of Covid-19: Estimates and alternatives for Latin America and the Caribbean*”², de Acevedo *et al.* (2020), ressalta que a pandemia aprofundou ainda mais as desigualdades sociais já existentes empurrando abruptamente milhões de pessoas para condições de vulnerabilidade social. Estimativas regionais apontam que o percentual de indivíduos vivendo em situação de extrema pobreza subiu de 12,1% para 16,2% ao passo que a pobreza moderada aumentou de 11,7% para 14,6%, representando um total de 44 milhões de pessoas (26,2 milhões em situação de extrema pobreza e 17,7 milhões em pobreza moderada) adicionais levadas para a pobreza em 2020.

No Brasil verificou-se a maior redução da classe média (-12,9 pontos percentuais), seguido por Chile e Equador, os dois com quedas superiores a 11 pontos, reafirmando o peso da informalidade e da precarização do trabalho nesse cenário de pandemia. Em contrapartida, países como a Guatemala, El Salvador e Equador demonstraram os maiores aumentos na pobreza extrema chegando a valores de 7 a 9 pontos percentuais. Em relação aos grupos sociais mais afetados estão os trabalhadores informais, as mulheres, os jovens entre 16 e 24 anos, chefes de famílias monoparentais, populações racializadas e moradores de periferias urbanas (Acevedo *et al.*, 2020).

Em “*A Covid-19 não é democrática: determinação social do processo saúde-doença numa análise de gênero-raça-classe-sexualidade*” produzido por Cruz *et al.* (2023), percebe-se que os efeitos da pandemia seguiram linhas estruturais de hierarquização social no Brasil. Os autores evidenciam que a população negra foi a mais afetada em diversos locais, registrando maior número de mortes e menor acesso à testagem e ao diagnóstico, o que demonstra a persistência do racismo estrutural no País. Pessoas negras representam a maioria entre os mais pobres e entre aqueles que dependem unicamente do SUS para acessar os serviços de saúde. Justifica, portanto, que também tenham sido as mais expostas à transmissão e às consequências econômicas daquele período.

Compondo junto à população negra, entre grupos marginalizados, também destacado pelos autores supracitados estão os trabalhadores informais, moradores de periferias urbanas, pessoas LGBTQIAP+ e mulheres que sustentam sozinhas suas famílias. Todos esses grupos enfrentaram diversos obstáculos para aderir ao

² Em tradução livre “Efeitos sociais da Covid-19: Estimativas e alternativas para América Latina e o Caribe”

isolamento e terem a chance de se proteger contra a doença, bem como, garantir renda, acessar exames e manter os cuidados básicos de saúde. Para diversos indivíduos desses grupos a realidade de “ficar em casa” conforme orientado por diversos slogans de prefeituras e estados nunca foi uma real possibilidade. A pandemia, portanto, não só revelou desigualdades como as produzia e reproduzia diariamente de forma desesperançosa (Cruz *et al.*, 2023).

Com base nas desigualdades evidenciadas por Cruz *et al.* (2023), é importante também considerar a contribuição de Lopes (2021), que mostrou como o Estado acabou reforçando o cenário ao negligenciar a coleta e o uso de informações acerca da raça e gênero. Essa falta de dados ajudou a manter e a alargar as desigualdades já existentes durante a pandemia.

Lopes (2021) afirma que ainda que as mulheres negras tenham sido expostas como as primeiras “simbolicamente” vacinadas, em muitos estados brasileiros, em uma estratégia de comunicação que visou apelar pela sensibilidade social, verifica-se que essa visibilidade não se configurou em políticas concretas de enfrentamento às inequidades. A autora afirma ainda que nos boletins epidemiológicos publicados diariamente pelos estados e governo federal, no início da pandemia, os dados de infecção e mortes pelo agravo da covid-19, eram divulgados sem especificações das variáveis gênero e raça/cor. Embora o governo federal fosse confrontado por entidades representativas do Movimento Negro e de outros grupos que discutiam a pauta, não adotou medidas para mudanças deixando a responsabilidade sobre a publicização desses dados sob a responsabilidade dos estados.

Lopes (2021) compreende esse cenário como uma espécie de jogo marcado no qual as instituições brancas e masculinas possuem o poder da apropriação do gênero e raça com o intuito de mostrar-se acolhedora das diversidades, valorizando as mulheres negras, sendo menos racistas e machistas. Entretanto, na prática, a maioria dessas instituições não respeita as determinações propostas pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e pelo Estatuto da Igualdade Racial. Para a autora ainda, os grupos de pessoas negras, assim como, as mulheres são utilizadas como estratégia para ampliação da visibilidade política sem de fato haver uma construção de políticas reais e diretas para o enfrentamento do racismo e promoção da igualdade à época da pandemia. É importante ressaltar que ainda que os municípios e estados tenham autonomia na gestão de crises sanitárias como foi a covid-19, por exemplo, o governo federal tem um papel ainda maior e mais central na

gestão das medidas e na orientação dos entes federados, principalmente nas questões sociais que envolver grupos considerados minorizados à margem da sociedade.

Ao refletir sobre esses atravessamentos, os autores Cruz *et al.* (2023) concluem que o risco sanitário não é distribuído ao acaso e nem natural, é construído de forma social. De forma clara: quem adoece e quem morre não é definido pelo evento biológico em si, mas pela forma como cada pessoa está inserida no corpo social. A pandemia mostrou que indivíduos sujeitos a desigualdades sociais passaram a enfrentar riscos ainda maiores.

3.2.2 A pandemia por covid-19 no estado de Santa Catarina

Segundo Reginato *et al.*, (2020a), os primeiros registros referentes à contaminação pelo coronavírus no estado datam de 12 de março de 2020. Até o dia 17 do mesmo mês a SES-SC havia confirmado 7 casos de origem importada, já no dia seguinte houve o reconhecimento oficial da transmissão comunitária.

Em contrapartida o Governo do Estado de Santa Catarina (2020a) afirma que o primeiro contágio no estado foi registrado no dia 28 de fevereiro de 2020. Até final de maio, o agravo apresentava um crescimento no estado, em que se registravam 4.347 casos ativos, 141 mortes e uma taxa de letalidade de 3,24%.

Em comparação ao Brasil, que apresentou taxa de mortalidade de 88,6 por 100 mil habitantes em 2020, SC registrou mortalidade inferior, estimada em 72,0 por 100 mil habitantes, sugerindo impacto relativamente menor no primeiro ano, ainda que com marcadas desigualdades internas (Brasil, 2021).

A divergência entre as fontes de informação indica limitações na vigilância epidemiológica e nos critérios de confirmação de casos no início da pandemia, o que também foi relatado em outros estados brasileiros (Lana *et al.*, 2020). Esse desencontro pode ter implicado atrasos na adoção de medidas preventivas e contribuiu para a rápida disseminação comunitária tanto nos outros estados como em SC.

No que tange a epidemiologia do agravo em SC, Moura *et al.*, (2021) analisaram variáveis como faixa etária e sexo e concluíram que houve uma maior prevalência de casos ativos no estado de SC nas primeiras semanas entre as

mulheres, entretanto, um maior número de óbitos e maior taxa de letalidade observou-se entre os homens, em praticamente toda a série temporal considerada.

A série teve um período selecionado do dia 20 de fevereiro a 30 de maio de 2020 totalizando 14 semanas e considerou os 295 municípios catarinenses. Ou seja, nas primeiras semanas de transmissão autóctone do vírus as mulheres foram as mais infectadas, porém a mortalidade ocorreu mais intensamente entre a população masculina (Moura *et al.*, 2021).

Esses mesmos autores afirmam, que em relação à faixa etária, as maiores incidência e prevalência da covid-19 foram aferidas nas faixas entre 20-39 e 40-59 anos, grupos mais sujeitos à exposição e disseminação do vírus, e em contrapartida menor incidência foi percebida na população mais jovem (0-19 anos). O estudo ressalta que a taxa de letalidade por faixa etária mostrou-se especialmente significativa entre os mais idosos (Moura *et al.*, 202).

Desde o princípio da disseminação da doença da covid-19, SC registrou um alto número de contaminações, acumulando por volta de 490 mil casos no primeiro ano de pandemia (Brasil, 2023). Esse valor corresponde a 6% do número de casos no país naquele ano, apesar de o estado em termos de território e população tenha pequena representatividade numérica. Em alguns períodos, como a estação do verão, o quantitativo de casos no estado chegou a superar a média móvel nacional (cálculo que suaviza variações diárias, por exemplo, como oscilações por atraso de notificação) relativa à população (Reginato *et al.*, 2023).

Em SC, os óbitos por covid-19 se concentraram principalmente em idosos, com maior carga entre aqueles acima de 60 anos. O excesso de mortalidade foi expressivo, Holzbach *et al.*, (2023) estimaram que, só no ano de 2020, houve 6.315 óbitos acima do esperado, sendo 57,4% em homens e 74% em pessoas acima de 60 anos. Observou-se também diferença entre os sexos, com taxas mais elevadas entre os homens. Esses dados ressaltam a gravidade da pandemia, sobretudo, as subnotificações nos registros oficiais.

Através do “Painel de Casos Covid-19”, criado pelo governo do estado de SC, até a data de 24 de fevereiro de 2024 foram confirmados o total de 2.065.044 casos de covid-19 em todo o estado de Santa Catarina e 23.036 óbitos. Todos os 295 municípios do estado tiveram pessoas contaminadas e em 294 deles foram registrados óbitos (Santa Catarina, 2023).

A Tabela 1 adiante apresenta os casos e óbitos confirmados de covid-19 por macrorregião de saúde de SC, referentes ao ano de 2020, segundo o Boletim Epidemiológico estadual de 29/12/2020.

Quadro 5. Casos e óbitos confirmados por covid-19 em SC, no ano de 2020

Macrorregião	População	Casos confirmados de covid-19	Mortes confirmadas
Sul	1.009.288	86.107	1006
Planalto Norte e Planalto Nordeste	1.419.518	76.090	900
Meio Oeste e Serra Catarinense	919.122	48.300	584
Grande Oeste	798.367	37.374	404
Grande Florianópolis	1.209.818	100.720	851
Foz do Rio Itajaí	1.510.854	56.084	723
Médio Vale do Itajaí e Alto Vale do Itajaí	297.821	71.246	693
Total	7.164.788	475.921	5.161

Fontes: Elaborado pela autora baseado em dados do Governo de Santa Catarina (2020b).

Os casos confirmados de covid-19 da tabela referem-se a todos os pacientes com infecção confirmada por exame laboratorial RT-PCR, teste rápido sorológico ou vínculo epidemiológico (Santa Catarina, 2020b; Brasil, 2020h). A tabela demonstra que em termos absolutos as maiores cargas de casos concentraram-se na região da Grande Florianópolis (100.720; 21,2% do total) e na macrorregião Sul (86.107; 18,1%), sugerindo heterogeneidade territorial na transmissão ao longo do ano. Ao se ponderar pelos tamanhos populacionais, observa-se a incidência acumulada estadual de 6.642,5/100 mil hab. e mortalidade de 72,0/100 mil hab. com letalidade aproximada de 1,08%.

Entre as macrorregiões destacam-se incidências elevadas na Grande Florianópolis (8.325,2/100 mil) e no Sul (8.531,5/100 mil); já a Foz do Itajaí apresenta incidência relativamente menor (3.712,1/100 mil). As letalidades divergiram em estreita faixa de (0,84%) na Grande Florianópolis a (1,29%) (Foz do Rio Itajaí) diferenças que podem estar relacionadas à composição etária, capacidade de realizar diagnóstico, disponibilidade de leitos e o intervalo entre os picos epidêmicos regionais (Santa Catarina, 2020).

A evolução da covid-19 nas macrorregiões do Estado de SC reflete também as variações da densidade populacional, na heterogeneidade climáticas e nas

atividades econômicas. Os autores Moura *et al.*, (2020) relatam uma maior prevalência de casos acumulados nas macrorregiões do Alto Vale do Itajaí, da Foz do Rio Itajaí, da Grande Florianópolis, do Grande Oeste, do Meio Oeste e da Serra Catarinense, do Planalto Norte e Nordeste e do Sul, durante o período considerado (28 de fevereiro a 30 de maio de 2020) considerado o mais crítico no primeiro ano de pandemia. Essas regiões são as que apresentam as maiores taxas de densidade demográfica.

Estudos sobre a pandemia por covid-19, no estado de SC, evidenciaram que a prevalência dos casos ativos e a incidência de novos casos apresentaram uma evolução de tendência linear, ou seja, com crescimento constante ao longo do tempo. Esse comportamento contrastou com a curva exponencial observada em nível nacional, em que o aumento do número de infectados ocorreu de forma mais acelerada e abrupta. Tal diferença sugere que, embora Santa Catarina também tenha enfrentado um aumento no número de casos, o padrão de disseminação no estado foi relativamente mais gradual em comparação ao verificado no conjunto do país, o que pode estar relacionado às medidas locais de contenção, à capacidade de testagem e ao perfil demográfico e regional da população (Moura *et al.*, 2020).

A crise pandêmica repercutiu intensamente na economia catarinense. Os autores Mattei e Heinen (2020) apontam que houve uma queda brusca no emprego formal e consequentemente aumento da taxa de informalidade. A redução nas demandas de turismo, comércio e indústria impactaram negativamente a renda das famílias. Uma pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) apontou que houve ampliação da pobreza e expansão da vulnerabilidade social, no estado em 2020, afetando desproporcionalmente populações já em situações de fragilidade social (UFSC, 2024).

Esse contexto reforça a perspectiva da saúde coletiva de que crises sanitárias aprofundam desigualdades preexistentes, afetando desproporcionalmente grupos já vulneráveis. No caso catarinense, a precarização das condições de trabalho e renda teve repercussões diretas sobre a capacidade de aderir às medidas de isolamento social, evidenciando a interdependência entre condições sociais e resposta em saúde (Breilh, 2021; Buss; Pelegri Filho, 2007).

Na conjuntura de resposta à pandemia, a gestão estadual desempenhou papel central na coordenação direta com os municípios e na adaptação das diretrizes federais às realidades locais (Brasil, 2018; 2016b).

Em março de 2020, foram liberados 52 novos leitos de UTI e referenciados hospitais para o atendimento voltado ao coronavírus (Santa Catarina, 2020b). Com o avanço da pandemia verificou-se uma ampliação da rede hospitalar, adesão a tecnologias como a telemedicina para atendimento remoto e compra de EPIs.

Apesar desses esforços, persistiram desigualdades no acesso entre regiões do estado, refletindo a distribuição histórica desigual de serviços de alta complexidade. Além disso, a telemedicina, ainda incipiente no SUS catarinense, mostrou-se estratégica para mitigar barreiras de acesso, mas não eliminou as desigualdades. Assim, o primeiro ano da pandemia em SC, foi marcado por uma rápida expansão de casos, e estratégias foram envidadas para ampliar a capacidade hospitalar e a adoção de medidas restritivas em momentos críticos (Reginato *et al.*, 2023; Holzbach *et al.*, 2023; Santa Catarina, 2020b).

A resposta da Gestão Estadual (GE) no estado de SC, para o enfrentamento da pandemia no primeiro ano (2020), foi marcada por uma combinação de medidas iniciais rígidas, ações de monitoramento e transparência pública. Desde março de 2020 o governo estadual executou decretos de suspensão de atividades, fechamento de escolas com o objetivo de conter a transmissão viral (Reginato *et al.*, 2023).

Entretanto, conforme observado por Hughes *et al.* (2021), percebeu-se que no decorrer de 2020 houve uma flexibilização precoce das restrições, ainda que os indicadores demonstrassem altas taxas de transmissibilidade e mortalidade. A análise de 31 decretos estaduais demonstrou que mesmo quando ainda era crescente a mortalidade por covid-19, diversos setores econômicos haviam retomado suas atividades até agosto de 2020 revelando uma desconexão entre as decisões normativas e os dados epidemiológicos.

Em SC, a gestão do estado publicou o primeiro decreto com medidas de enfrentamento à pandemia na data de 17 de março de 2020 (Moura *et al.*, 2021). Um estudo que objetivou caracterizar as medidas de distanciamento social implementadas nos estados brasileiros concluiu que o estado adotou a maior parte delas entre o primeiro e o décimo caso de covid-19 confirmado (Silva *et al.*, 2020).

A primeira nota técnica emitida pela SES-SC referente ao manejo e enfrentamento da pandemia foi no dia 03 de março de 2020. Dias após a publicação da nota o Governo do Estado, em 17 de março de 2020, onde decretou-se situação de emergência estadual após a confirmação de três casos de transmissão autóctone (Caponi, 2021).

De acordo com o Governo do Estado de Santa Catarina (2020a), as ações estratégicas iniciais de enfrentamento à pandemia foram estruturadas em sete eixos, são eles: 1 – Gestão Estadual; 2 – Saúde; 3 – Economia; 4 – Educação; 5 – Assistência Social; 6 – Transparência e Informação; 7 – Segurança e Fiscalização.

O eixo da Gestão Estadual refere-se à criação do COES, acionamento do Grupo de Ações Coordenadas (GRAC), grupos temáticos e medidas de isolamento social. O eixo da Saúde está relacionado a expansão de leitos de UTI e enfermaria, contratação e treinamento de profissionais, aquisição de EPIs e testes, planejamento de hospitais de campanha e regulação pela Vigilância em saúde. Já no eixo da Economia focou-se nas linhas emergenciais de crédito, postergação de impostos, apoio à agricultura, isenção de tarifas de água e energia, medidas para turismo, cultura e seguro-desemprego.

No eixo da Educação estruturou-se a suspensão das aulas presenciais e a transição para o ensino remoto abrangendo 540 mil alunos, formação de professores em ensino digital, distribuição de kits de alimentação escolar, apoio à pesquisa e extensão. Na Assistência Social, apoio financeiro antecipado aos municípios, atenção a imigrantes com material informativo em diferentes línguas e fortalecimento da rede socioassistencial. No eixo da Transparência e Informação, foi estruturada a criação de núcleo de inteligência em dados, portal da transparência, boletins diários, coletivas de imprensa, portais eletrônicos de medidas, combate às fake News ou notícias falsas e desenvolvimento de campanhas educativas. Enfim, o eixo da Segurança e Fiscalização promoveu a intensificação da atuação da polícia militar, polícia civil e bombeiros, no cumprimento das medidas restritivas, fiscalização de estabelecimentos, criação da triagem online e suporte às pessoas em grupo de risco (Santa Catarina, 2020a).

À medida que a pandemia transcorria as ações de enfrentamento foram sendo revisadas e quando necessário alteradas, o que levou à aprovação de novos decretos que estabeleceram medidas ainda mais rigorosas. Durante a operação, foram representadas através do GRAC mais de 50 órgãos e instituições das esferas municipal, estadual e federal (Santa Catarina, 2020a).

O vácuo constante nas tomadas de decisões, deixado pelo Governo Federal, na coordenação da pandemia, estimulou os estados federais a adotarem medidas próprias. Nesse cenário, Santa Catarina foi na vanguarda ao decretar o fechamento

de escolas e fronteiras estaduais, entretanto ao longo do ano de 2020 as medidas se tornaram inconsistentes. (Reginato *et al.*, 2023).

A inconsistência das medidas estaduais deve ser analisada também em comparação com outros estados. Enquanto unidades federativas como São Paulo e Maranhão mantiveram maior rigidez ao longo de 2020, a gestão de SC optou por flexibilizações mais precoces, mesmo diante de altas taxas de transmissão (Silva *et al.*, 2020). Esse contraste evidencia a ausência de um padrão nacional de enfrentamento à pandemia e reforça a tese da fragmentação normativa durante a pandemia.

Um projeto brasileiro, denominado de “*Mapeamento e análise de normas jurídicas de resposta à COVID-19 no Brasil*” de autoria do Centro de Pesquisas de Direito Sanitário da Universidade de São Paulo (CEPEDISA/USP), aponta que o pico de produção normativa catarinense ocorreu a partir da segunda quinzena de março à primeira quinzena de abril de 2020 (CEPEDISA/USP, 2020) .

A gestão estadual de SC diante da intensificação da pandemia em meados de 2020, buscou mecanismos de fortalecimento da rede de atenção à saúde por meio da descentralização e regionalização das ações de enfrentamento. Nesse sentido, em 03 de julho de 2020, foi publicada a Portaria nº 464/2020 da SES/SC, que instituiu o Programa de Descentralização e Regionalização das Ações de Combate à covid-19. A iniciativa visava alinhar a resposta estadual aos princípios do SUS, permitindo que cada região de saúde adaptasse as medidas sanitárias conforme sua realidade epidemiológica e capacidade instalada (Santa Catarina, 2020c).

A portaria supracitada definiu diretrizes para as articulações intermunicipal e a gestão de recursos assistenciais, em especial no tocante à expansão e organização de leitos hospitalares, de enfermaria e de UTI, além de buscar maior equidade na alocação de recursos humanos e financeiros. Essa estratégia representou um marco importante no enfrentamento da covid-19 em SC, pois reforçou a necessidade de uma governança compartilhada entre estados e municípios, em sintonia com os preceitos constitucionais e legais do SUS e em consonância com as recomendações internacionais de fortalecimento da capacidade de resposta em saúde pública (Brasil, 1990; OPAS, 2021; WHO, 2021). Nesse sentido a Portaria buscou racionalizar esse cenário, promovendo a regionalização como estratégia de alinhamento entre diretrizes estaduais e capacidades locais.

Tal medida dialoga diretamente com os eixos do Plano Estratégico de Preparação e Resposta da OMS, sobretudo aqueles referentes à coordenação, planejamento e fortalecimento da capacidade hospitalar (WHO, 2020a). Nesta direção, observa-se um plano de convergência entre as diretrizes internacionais e a normativa estadual, ainda que de forma parcial e condicionada à capacidade instalada em cada macrorregião.

Embora a gestão do estado tenha se destacado pela elevada produção normativa, o excesso de atos pode ter gerado sobreposição e dificuldades de interpretação para os municípios e gestores locais. Estudos indicam que a hiper-regulação pode, em contextos emergenciais dificultar a coordenação efetiva das ações (Abrucio *et al.*, 2020).

3.3 ESTUDOS SOBRE A ATUAÇÃO DA GESTÃO NA PANDEMIA POR COVID-19 PELO MUNDO

A pandemia de covid-19 representou um dos maiores desafios contemporâneos de governança em saúde pública, evidenciando a centralidade da gestão na coordenação de respostas em diferentes níveis federativos. Estudos internacionais indicam que a gravidade da crise não foi determinada apenas pelas características epidemiológicas do SARS-CoV-2, mas também pela capacidade institucional e política dos Estados de articular estratégias integradas, transparentes e equitativas (Kissler *et al.*, 2020; Vampa, 2021).

Nesse sentido, a gestão da pandemia deve ser compreendida não apenas como um conjunto de medidas sanitárias, mas como um processo de governança multissetorial, em que a coerência entre recomendações científicas, decisões normativas e adesão social foi determinante para os desfechos observados (Desson *et al.*, 2020; Greer *et al.*, 2021).

Da perspectiva da Saúde Coletiva, a covid-19 escancarou a relação entre crises sanitárias e desigualdades sociais, confirmando a tese de que emergências em saúde tendem a acentuar iniquidades já existentes (Breilh, 2021; Buss; Pelegrini Filho, 2007). Além disso, contextos marcados por fragmentação institucional, conflitos federativos e comunicação inconsistente experimentaram maiores dificuldades na contenção do vírus (Silva *et al.*, 2020; Abrucio *et al.*, 2020).

Assim, torna-se relevante examinar a pandemia a partir da perspectiva comparada entre diferentes realidades internacionais e nacionais. O mosaico de respostas implementadas, da Ásia a Europa, das Américas a África, revela como modelos distintos de governança impactaram na efetividade das medidas de enfrentamento (Kickbusch; Gleicher, 2022).

No contexto Asiático, a experiência da República da Coreia ganhou destaque internacional pela rapidez e eficácia no enfrentamento da pandemia. No estudo: *“Toward better pandemic governance and preparedness: lessons from the Republic of Korea”*³ (Hong *et al.*, 2024) analisam a resposta Sul-Coreana à covid-19, no período de 01 de janeiro de 2020 a 30 de março de 2023 e destacam o modelo denominado Whole-of-Nation (WoN). Esse modelo enfatiza a articulação entre governo central, autoridades locais, setor privado e sociedade civil, configurando um arranjo cooperativo que se mostrou decisivo para a contenção da crise. O modelo WoN estruturou-se em práticas como a formulação intersetorial de políticas, a implementação de um sistema massivo de testagem, a vigilância digital da doença, a organização de fluxos de triagem e tratamento, a produção nacional de vacinas e o engajamento comunitário.

Além da Coreia do Sul, outros países asiáticos adotaram respostas que se valeram de governança integrada, inovação tecnológica e capacidade institucional reforçada. Por exemplo, Trar *et al.*, (2022) destaca como Taiwan e Singapura combinaram rastreamento digital, comunicação transparente e restrições seletivas, adaptando estratégias com base em respostas em tempo real.

Na Europa, a pandemia de covid-19 desencadeou intensos debates sobre coordenação supranacional, autonomia dos estados-membros e a capacidade institucional da União Europeia em responder de forma articulada à crise. Para compreender melhor esse contexto, destaca-se o estudo de Schmidt (2020), intitulado: *“Theorizing institutional change and governance in European responses to the Covid-19 pandemic”*⁴, em que a autora analisa como a pandemia representou um ponto de inflexão para a governança institucional na Europa. A autora parte do

³ Em tradução livre: “Em direção a melhor governança e preparo para pandemia: lições da República da Coreia”.

⁴ Em tradução livre “Teorizando mudança institucional e governança nas respostas europeias à pandemia de covid-19”

pressuposto de que crises globais como a da covid-19 não apenas testam os sistemas políticos existentes, mas também criam oportunidades para mudanças estruturais.

A partir desta perspectiva, Schmidt (2020) identifica a pandemia como um momento crítico capaz de acelerar transformações que, em tempos normais, ocorreriam de forma gradual e fragmentada. Ainda referente ao estudo dessa autora, ela afirma que um dos elementos centrais da análise é a tensão entre os diferentes níveis de governança dentro da União Europeia (UE). O estudo evidencia que, embora a Comissão Europeia tenha buscado coordenar ações conjuntas, muitos estados-membros optaram por medidas unilaterais, como o fechamento de fronteiras e a aquisição independente de insumos de saúde. Esse comportamento refletiu a dificuldade histórica da UE em equilibrar a soberania nacional com a integração regional, especialmente em uma área como a saúde, tradicionalmente de competência primária dos estados. Esse estudo aponta que a crise da covid-19 pode deixar como legado uma governança europeia mais integrada e preparada para crises futuras.

Em se tratando de economia e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em artigo intitulado: *“Influência das características dos países na disseminação da COVID-19”* os autores: Eilgenstuhler *et al.*, (2021) apontam que o índice de contaminação era superior em países com PIB per capita e taxa de alfabetização maiores por exemplo, nações como os Estados Unidos da América (EUA), Alemanha e França. A princípio tais dados estão sustentados no fato dessas nações serem grandes centros econômicos mundiais. Percebe-se que países com maiores PIB, também possuem grandes populações, e lideravam o ranking com maior número de casos confirmados e óbitos, mas em contrapartida também eram os que igualmente conseguiam recuperar em maior número os pacientes devido ao seu grande poder econômico.

Ainda, no trabalho de Eilgenstuhler *et al.*, (2021) verificou-se a dificuldade que os maiores países possuíam em controlar a disseminação do vírus, tal fato reside no menor controle sobre suas fronteiras, embora sejam países com alto poder econômico. As políticas de isolamento e fechamento do mercado, mesmo que seguissem um mesmo parâmetro mundial, tiveram uma maior ou menor flexibilidade variando de país para país, o que acabou resultando na minimização dos impactos da proliferação da covid-19, principalmente em países de grande extensão territorial, a exemplo dos EUA e Brasil. Outro fator fundamental para a propagação do vírus é o

comportamento da própria população de cada país. Os autores citam Hofstede (2011) que identificou que os princípios culturais afetam o comportamento e a forma como as pessoas agem rotineiramente. Portanto, a partir da inserção das variáveis de cultura no modelo explicativo no trabalho dos autores, é possível verificar uma forte relação do comportamento da população impactando na proliferação e mortes causadas pelo vírus (Eigenstuhler *et al.*, 2021).

Considerando os países abordados no estudo de Eigenstuhler *et al.* (2021) observa-se que a gestão nos EUA, no primeiro ano de pandemia (2020), demonstrou vários aspectos de fragilidade que expuseram a falta de preparo da gestão federal e sua articulação com as entidades estaduais. Uma análise do *Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response*⁵ (IPPR), revelou essa falta de coordenação entre os entes teve forte impacto negativo nas populações vulneráveis, com destaque para o aumento da pobreza e o desemprego entre mulheres e minorias (Oliveira; Lemos, 2021).

Já na Alemanha, segundo Vampa (2021), o país foi destaque no equilíbrio entre coordenação e descentralização, especialmente por ter constituído mecanismos institucionais bem determinados e estabelecidos entre os níveis de governo. A descentralização foi ativa e positiva nos primeiros meses de pandemia o que permitiu respostas regionais mais rápidas e eficazes. O modelo de governança cooperativa e alta autonomia dos estados regionais, no país, predominou, em contraste com países como o Brasil e EUA, nos quais houve dissonância entre os Estados e Governo Federal impactando negativamente na articulação entre os entes. E referente à gestão francesa, um estudo de Desson *et al.* (2020), mostrou que o país seguiu numa linha mais centralizadora, o que facilitou a coordenação nacional, porém impôs menor flexibilidade nas adaptações locais.

A comparação internacional evidencia que países federativos como a Argentina, Canadá e Alemanha conseguiram elaborar respostas adequadas e coordenadas às pandemias, enquanto o cenário brasileiro se caracterizou por uma descoordenação nacional expressiva.

De acordo com a Rede de Pesquisa Solidária (2020), a reação administrativa do governo federal à pandemia foi pautada pela ausência de estratégia e descoordenação política, estimulando o conflito entre gestões, plantando o

⁵ Em tradução livre: “Painel Independente de Preparo e Resposta a Pandemia”.

desencontro de informações e produzindo sinais contraditórios. O boletim divulgado pela Rede de Pesquisa Solidária (2020) ressalta que o Brasil e os EUA se diferenciam por apresentarem baixa articulação entre os níveis de governo e reduzida iniciativa nacional nas medidas de enfrentamento quando comparado a outras nações.

Em muitos sistemas federativos, a disputa por recursos sanitários expôs vulnerabilidades de governança durante a pandemia. Por exemplo, nos EUA e em alguns países europeus, a centralização da aquisição de insumos permitiu que os estados evitassem competição interna por máscaras, ventiladores e vacinas (Aubrecht *et al.*, 2022). Ao mesmo tempo, a descentralização na implementação de políticas locais (testagem, *lockdowns*) favoreceu adaptações capazes de refletir as realidades territoriais. Esse arranjo: centralização para insumos + descentralização para execução demonstra um modelo híbrido que muitos autores defendem como mais eficiente em crises de saúde pública.

Um desafio frequente nos estados federativos foi a heterogeneidade nos critérios de vigilância e a ausência nos processos de padronização dos dados epidemiológicos. Lipscomb *et al.*, (2021), no artigo “*Who counts Where? COVID-19 surveillance in federal democracies*”⁶, evidenciam que estados e províncias como EUA, Canadá, Índia, Alemanha e Austrália, adotaram metodologias distintas de notificação, o que comprometeu a comparabilidade dos indicadores e a coordenação nacional. Essa fragmentação informacional gerou lacunas nas decisões políticas e dificultou a articulação de estratégias integradas.

A gestão da pandemia no Brasil teve como marco uma série de dificuldades tanto estruturais quanto políticas. Pode-se destacar como principal dificuldade a falta de uma coordenação central que ocasionou uma fragmentação das ações entre os entes federativos. Um estudo feito com gestores do SUS demonstra que a ausência de diretrizes nacionais claras e a politização da pandemia aumentaram o desgaste físico e emocional dos gestores estaduais e municipais (Souza, 2020).

Essa descoordenação intergovernamental foi apontada por Abrucio *et al.* (2020) como um dos principais entraves para a efetividade da resposta. A ausência de liderança nacional clara e sobreposição de competências resultaram em um quadro de federalismo conflitivo, no qual estados e municípios tiveram que adotar estratégias próprias, muitas vezes divergentes, para enfrentar a crise. Esse cenário reforçou

⁶ Em tradução livre “Quem conta Onde? Vigilância da covid-19 em democracias federativas”

desigualdades regionais e dificultou a criação de protocolos uniformes de enfrentamento.

Experiências semelhantes em outros estados, como Espírito Santo e São Paulo, também demonstraram que o uso de painéis de dados e sistemas de inteligência epidemiológica contribuíram para maior transparência e rapidez nas decisões (Meira *et al.*, 2023; Scudeler *et al.*, 2022). No entanto, a efetividade dessas ferramentas esteve condicionada à capacidade de integração entre níveis de governo e à qualidade das informações produzidas, o que continua sendo um desafio estrutural do SUS.

De forma geral, a gestão da pandemia de covid-19, no Brasil e em Santa Catarina, retrata a complexidade das políticas públicas em cenários de emergência. A associação entre evidência científica, decisão política e estrutura administrativa mostrou-se fundamental para a efetividade das respostas. Os estudos analisados apontam para a necessidade de fortalecimento institucional, maior investimento em inteligência sanitária e compromisso ético-político da gestão vigente (Souza *et al.*, 2021; Hughes *et al.*, 2021; Reginato *et al.*, 2023).

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, adequada para a compreensão de fenômenos complexos que envolvem decisões políticas, sociais e institucionais como é o caso da pandemia no cenário estadual. A pesquisa qualitativa possibilita a apreensão de sentidos, intencionalidades e decisões presentes nos documentos normativos (Minayo, 2014; Denzin; Lincoln, 2018).

A pesquisa possui caráter exploratório, usando da Análise de Conteúdo Temática, a partir de pesquisa documental, pois a mesma trabalha com documentos originais, os quais ainda não receberam tratamento analítico e podem ser reexaminados e interpretados conforme os objetivos do estudo (Gil, 2008). Essa pesquisa possui esse caráter exploratório, pois busca aprofundar o entendimento sobre a forma de estruturar a resposta à covid-19 por parte do estado catarinense.

Para a análise dos atos normativos utilizou-se da pesquisa documental que se fundamenta no exame de fontes originais, não tratadas de forma analítica, permitindo reconstruir processos decisórios e observar o processo de decisões governamentais (Cellard, 2008; Ludke, André, 1986).

O tratamento dos dados se deu por meio da Análise de Conteúdo Temática, técnica que sistematiza categorias e temas a partir dos documentos, favorecendo a identificação de alinhamentos, diretrizes e lacunas presentes na produção normativa (Bardin, 2016; Minayo, 2014).

O estudo concentrou-se no exame dos atos jurídicos-normativos emitidos pelo governo do estado de Santa Catarina no ano de 2020, relacionados à gestão da pandemia por covid-19. Esses atos jurídicos foram cotejados com as recomendações da OMS sistematizadas no *Strategic Preparedness and Response Plan* (WHO, 2020a), documento publicado em maio de 2020, que orientou o enfrentamento da pandemia por covid-19 e tinha por objetivo interromper a transmissão do coronavírus visando mitigar o impacto do surto em todos os países. O documento serviu como uma referencial internacional para análise desse trabalho.

4.1 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu em quatro etapas. Foram elas: (I) – Sistematização dos eixos norteadores da OMS e criação de 65 ações operacionais; (II) – Coleta e

sistematização dos Atos normativos estaduais; (III) – Criação de Matriz de Sistematização e (IV) – Consolidação dos achados em três dimensões analíticas.

Na primeira etapa (I) – Sistematização dos eixos norteadores da OMS e criação de 65 ações operacionais: realizou-se a leitura integral do SPRP da OMS, publicado em maio de 2020. Foram sistematizados os nove eixos temáticos que orientaram as estratégias de enfrentamento da pandemia. Essa sistematização está descrita no 'Quadro 06: Eixos do SPRP/OMS com as palavras-chaves e ações criadas'.

Em seguida definiram-se 65 ações, derivadas dos novos eixos, que serviram como base para rastrear e analisar, nos documentos normativos estaduais, o grau de alinhamento das medidas adotadas em relação às recomendações da OMS. As ações analisadas não correspondem a transcrições literais do SPRP da OMS (2020), mas resultaram de uma sistematização das recomendações da Organização, adaptadas em formato de itens operacionais para fins analíticos. Embora a OMS dialogue diretamente com os países de modo abrangente, os estados federados, no caso específico do Brasil, coordenam e planejam o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal.

Além disso, a Lei 8.080/1990 prevê que o planejamento estratégico nacional seja construído em cooperação e alinhamento com os estados e municípios, logo, cada ente federado possui responsabilidades e competências específicas tanto no planejamento quanto no manejo das crises sanitárias. Por este motivo, as ações criadas foram pensadas estrategicamente para avaliar as estratégias da gestão estadual durante a pandemia (Brasil, 1990).

A análise dos documentos foi efetuada por meio da análise temática de conteúdo. Segundo Bardin (2016), essa é uma técnica largamente utilizada em pesquisas qualitativas para apontar núcleos de sentido presente em textos, registros formais e atos normativos. Essa técnica permite a decomposição do material em unidades expressivas e a partir delas, elaborar categorias temáticas que possibilitem interpretar o fenômeno estudado. Conforme a mesma autora, é dividida em três etapas: 1. Pré-análise, 2. Exploração do material e 3. Tratamento dos resultados e interpretação.

A primeira etapa refere-se a Pré-análise, em que se organiza o material cujo pesquisador irá sistematizar as ideias precedentes. Neste trabalho realizou-se a organização dos atos jurídicos publicados pelo Governo do estado de SC em 2020

relacionados à covid-19, bem como, a leitura integral do SPRP- OMS, 2020. A tabela encontra-se no Apêndice A: Atos Normativos Estaduais de SC.

Na segunda etapa, fase de exploração do material, inicia-se com a codificação, que na análise de conteúdo, conforme a autora Bardin (2016), transforma-se os dados brutos, em unidades de análise significativas para o estudo. Realizou-se a elaboração e codificação de palavras-chaves para encontrar e materializar as ações nos textos normativos. Essas palavras-chaves foram classificadas dentro de categorias temáticas definidas a partir dos nove eixos do SPRP- OMS. Essa etapa resultou na construção de uma matriz (OMS x SC), na qual cada ação elaborada foi confrontada com os atos normativos estaduais permitindo assim, observar convergências, ausências e níveis de aderência. A matriz encontra-se no Apêndice B: Matriz das Ações X Atos Normativos.

Na última etapa, procede-se ao tratamento dos resultados e a sua interpretação. Com as categorias organizadas, os dados foram interpretados à luz do referencial teórico e dos objetivos previstos da pesquisa. A análise permitiu identificar padrões de resposta presentes na gestão a pandemia por parte do estado de SC, como com centração normativa em áreas definidas, lacunas de alinhamento com recomendações internacionais e também nacionais, visto a importância do MS na gerência do enfrentamento da crise. Essa etapa possibilitou a elaboração de inferências sobre o grau de alinhamento das normativas catarinenses às recomendações da OMS (2020) e sobre a estratégia de gestão adotada no primeiro ano de pandemia. Os eixos temático-operacionais se organizam em nove áreas integradas às ações de preparação, resposta e manutenção dos serviços à covid-19 (OMS, 2020).

Eixo 1 - Coordenação, planejamento e monitoramento: trata a previsão da coordenação intersetorial do governo para resposta à covid-19, com medidas sociais e de saúde pública voltadas à redução da transmissão, manutenção de serviços essenciais e proteção social, garantindo participação comunitária e comunicação clara das ações.

O Eixo 2 - Comunicação de risco e engajamento comunitário: destaca a importância de comunicação clara, baseada em Ciências Sociais e participação comunitária. O objetivo é combater a desinformação, promover confiança pública e garantir adesão às medidas preventivas por meio de diálogo empático e uso de canais acessíveis.

Eixo 3 - Vigilância, equipes de resposta rápida e investigação de casos:

orienta o fortalecimento da vigilância em saúde para detecção precoce de casos e acompanhamento da transmissão, com equipes de resposta rápida para investigação e controle de surtos. Enfatiza o uso de dados laboratoriais e epidemiológicos integrados, rastreamento de contatos e comunicação ágil das informações para apoiar decisões e conter a propagação do coronavírus.

Eixo 4 - Pontos de entrada, viagens e transportes:

foca em preparar e operar pontos de entrada como aeroportos, portos, fronteiras e transportes, para detectar, gerenciar e notificar casos suspeitos entre os viajantes, reduzir risco de importação/reintrodução do vírus e manter viagens essenciais (ajuda humanitária, carga).

Eixo 5 – Laboratórios:

visa organizar uma rede de laboratórios (LACEN/SC articulado com laboratórios públicos, privados e acadêmicos) para testes em larga escala.

Eixo 6 - Prevenção e controle de infecções (PCI):

objetiva revisar e fortalecer as práticas de PCI em serviços de saúde e na comunidade para proteger profissionais, pacientes, visitantes e população, prevenindo transmissão da covid-19. Garantir medidas de saúde pública (distanciamento, higiene das mãos, etiqueta respiratória), uso adequado de EPIs e condições WASH (água, saneamento e higiene) especialmente para populações vulneráveis.

Eixo 7 - P7- Manejo Clínico / Gestão de casos:

organiza a linha de cuidado do paciente com covid-19 desde a triagem até a alta/seguimento, com protocolos baseados em evidências. Prevê reconhecimento precoce, classificação de gravidade e referência oportuna, cuidados domiciliares quando indicados e atenção hospitalar com oxigênio monitorização e terapia intensiva quando necessário.

Eixo 8 - Suporte operacional e logística:

assegura a cadeia de abastecimento para a resposta à covid-19 pois mapeia demandas e estoques, realiza compras emergenciais, organiza armazenamento/distribuição (oxigênio e equipamentos), mantém manutenção biomédica e ativa alertas de desabastecimento para garantir fluxo contínuo de insumos.

Eixo 9 - Manutenção dos Serviços essenciais:

equilibrar a resposta direta à covid-19 com planejamento e ações coordenadas para manter serviços essenciais, evitando aumento de mortalidade direta e indireta quando o sistema está sobrecarregado e mitigando risco de colapso.

A partir das ações, foram elaboradas palavras-chaves destinadas a servir de marco para o reconhecimento dos eixos nos atos jurídicos-normativos do estado de SC. As palavras-chaves desta pesquisa foram definidas como unidades de registro e utilizadas em análise de co-ocorrências para identificar relações temáticas nas normativas, seguindo o procedimento descrito por Minayo (2004): seleção da unidade de registro (palavra-chave), definição das unidades de contexto, marcação de presença/ausência e interpretação dos dados.

As palavras-chaves variaram conforme a complexidade temática de cada pilar da OMS, priorizando a representatividade conceitual sobre a equivalência numérica, de modo a garantir maior precisão na identificação das ações correspondentes nas normativas estaduais. Atuaram como ferramenta metodológica de rastreabilidade, permitindo o mapeamento sistemático e comparativo entre as recomendações internacionais e as ações previstas nas normativas estaduais.

O ‘Quadro 6’ a seguir traz as palavras-chaves criadas a partir dos nove Eixos da OMS, que serviram como filtro para buscar nos atos normativos estaduais as normas jurídicas relacionadas. O quadro apresenta também as 65 ações levantadas para análise da documentação jurídico-normativa do estado de SC.

Quadro 6 - Eixos do SPRP/OMS com as palavras-chaves e ações criadas
(continua)

Eixo OMS	Ações	Palavras chaves
E1- Coordenação, planejamento e monitoramento	1) Ativar mecanismos de gestão de emergência em saúde pública; 2) Assegurar integração de diferentes níveis de governo (nacional, estadual, municipal); 3) Elaborar ou atualizar planos estaduais de contingência e resposta à covid-19, em consonância com as diretrizes nacionais e internacionais; 4) Realizar avaliação contínua de riscos e vulnerabilidade do sistema de saúde; 5) Incluir no planejamento populações vulneráveis (Idosos, migrantes, indígenas, privados de liberdade, populações rurais); 6) Mobilizar e alocar recursos financeiros, humanos e logísticos de forma adequada; 7) Estabelecer monitoramento com indicadores padronizados e relatórios de situação regulares;	Comitê, gabinete, emergência, contingência, centro de operações, sala de situação, avaliação, coordenação, planejamento, recursos, monitoramento, avaliação, indicador, risco, relatório epidemiológico, plano, descentralização, regionalização, vulnerável, minorias, articulação, população, gestão de incidentes.

Fonte: Elaborado pelos autores (2026)

Quadro 6 - Eixos do SPRP/OMS com as palavras-chaves e ações criadas

(continua)

Eixo OMS	Ações	Palavras chaves
E1- Coordenação, planejamento e monitoramento	8) Produzir relatórios regulares para monitorar e ajustar políticas estaduais; 9) Avaliação da capacidade instalada (leitos, insumos e recursos da APS); 10) Expansão da capacidade hospitalar (incluindo hospitais de campanha).	
E2- Comunicação de risco e engajamento comunitário	1) Informar a população, de forma clara e acessível, sobre riscos, incertezas e medidas de prevenção; 2) Monitorar rumores e desinformação, e responder com informações baseadas em evidências; 3) Engajar líderes comunitários e redes locais na comunicação de risco; 4) Implementar mecanismos sistemáticos de escuta e feedback comunitário sobre as medidas de resposta à COVID-19; 5) Trabalhar com redes sociais, veículos de mídias e outros canais para ampliar a disseminação de mensagens confiáveis.	Comunicação, informação à população, nota oficial, transparência, escuta, comunitário, ouvidoria, resposta, campanha, conscientização, mobilização social, redes sociais, rádio, imprensa, boato, rumor, desinformação, líderes locais, participação comunitária, igrejas, escolas, associações, mídia, fake News.
E3- Vigilância, equipes de resposta rápida e investigação de casos	1) Implementar triagem clínica e protocolos padronizados de definição de casos, com atualização contínua desses protocolos; 2) Notificação em até 24 horas os sistemas oficiais ativando equipes de resposta rápida para investigação de casos; 3) Produzir boletins epidemiológicos (tendências, clusters) regulares para orientar gestores e informar a sociedade; 4) Treinar equipes para coleta, acondicionamento e transporte de amostras; 5) Determinar e divulgar os membros de equipe de resposta rápida; 6) Treinar equipes em protocolos e manejos do covid-19.	Vigilância epidemiológica, notificação compulsória, casos suspeitos, confirmados, definição de casos, investigação, rastreamento de contatos, equipes de resposta rápida, investigação de surtos, boletim epidemiológico sistema de informação.
E4- Pontos de entrada, viagens e transportes	1) Elaborar planos de emergência para aeroportos, terminais rodoviários e portos; 2) Apoiar a implementação de protocolos de triagem clínica e sanitária para viajantes em pontos de entrada sob gestão estadual e municipal; 3) Integrar equipes de saúde estadual e municipal às ações da ANVISA em portos e aeroportos; 4) Integrar dados de portos, aeroportos e rodoviárias ao sistema estadual de vigilância epidemiológica; 5) Estabelecer mecanismos para notificação imediata de casos identificados em pontos de entrada às autoridades de saúde do estado; 6) Treinar equipes de saúde nos pontos de entrada para identificação e manejo inicial de casos suspeitos; 7) Definir protocolos estaduais de apoio a medidas de quarentena e isolamento de viajantes, quando indicado.	Aeroporto, porto, fronteira, rodoviária, passageiro, transporte rodoviário, triagem, viajante, barreira sanitária, quarentena, viajantes, isolamento, controle migratório, vigilância em portos e aeroportos.

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Quadro 6 - Eixos do SPRP/OMS com as palavras-chaves e ações criadas

(continua)

Eixo OMS	Ações	Palavras chaves
E5- Laboratórios	1) Ampliar a capacidade de testagem (RT-PCR) para SARS-CoV-2 com controle de qualidade e biossegurança; 2) Garantir suprimentos (reagentes, Kits, EPIs) e gestão de estoques com ponto de ressuprimento; 3) Padronizar POPs de coleta, acondicionamento, transporte e cadeia fria, com rastreabilidade das amostras; 4) Assegurar biossegurança, avaliação de risco e treinamento contínuo das equipes; 5) Organizar a rede de referência e definir fluxos de encaminhamento de forma a assegurar que os municípios tenham condições de diagnosticar e dar prosseguimento posterior aos atendimentos.	Teste, biossegurança, exame diagnóstico, descartável, sorologia, biossegurança, controle de qualidade, amostra biológica, laboratório central, cadeia fria, reagente, kit diagnóstico, coleta de material, LACEN, transporte de amostra, encaminhamento, município.
E6- Prevenção e controle de infecções	1) Elaborar e atualizar protocolos e orientações técnicas estaduais de PCI em hospitais e APS; 2) Padronizar fluxos de triagem, isolamento e precauções em unidades de saúde do estado; 3) Coordenar aquisição e distribuição de EPIs (máscaras, luvas, aventais, protetores faciais) e álcool gel para os serviços; 4) Implementar triagem precoce e medidas de barreiras físicas, sinalização, ventilação; 5) Realizar visitas técnicas de auditorias para verificar adesão às medidas de PCI e devolver feedbacks às equipes; 6) Orientar e supervisionar práticas de higiene ambiental e descarte seguro de resíduos nos serviços de saúde; 7) Monitorar trabalhadores expostos e indicadores ocupacionais e implementar medidas de proteção a saúde do trabalhador; 8) Assegurar WASH (disponibilidade contínua de água, pontos de higiene das mãos e saneamento adequado), priorizando serviços e populações vulneráveis.	EPI, máscara, PCI, paramentação, ventilação, gotículas, contato, <i>face shield</i> , avental, descarte, luva higienização, aquisição, barreiras, limpeza, desinfecção, sanitização, isolamento, quarentena, distanciamento, triagem clínica, fluxo de pacientes, controle de infecções, água, saneamento, higiene das mãos (WASH).
E7- Manejo Clínico / Gestão de casos	1) Adaptar diretrizes nacionais e da OMS para protocolos clínicos padronizados em SC.; 2) Definir fluxos estaduais de atendimento por nível de gravidade (atenção primária, hospitais de referência, UTI); 3) Designar unidades hospitalares específicas para COVID-19; 4) Implantar ou apoiar Hospitais de campanha; 5) Estruturar transporte e regulação estadual de pacientes; 6) Acompanhar indicadores de internação, mortalidade e tempo de permanência hospitalar; 7) Garantir continuidade da assistência hospitalar para Covid-19 sem interrupção de serviços críticos; 8) Recrutar, redistribuir e apoiar Recursos Humanos em Saúde.	Hospital, unidade de saúde, atendimento, indicadores, ambulatório, nível, complexidade, gravidade, leito, TFD, domicílio, referência, distribuir, redistribuir, UTI, ventilador, respirador, casos leves, isolamento, OMS, diretrizes, domiciliar, autocuidado, casos graves, internação, transporte de pacientes, protocolos clínicos, atendimento emergencial, apoio psicossocial, nutricional, medicamentos, assistência integral.

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Quadro 6 - Eixos do SPRP/OMS com as palavras-chaves e ações criadas

(continua)

Eixo OMS	Ações	Palavras chaves
E8- Suporte operacional e logística	1) Mapear estoques e levantar demandas de EPIs, medicamentos, respiradores, oxigênio, testes e insumos hospitalares; 2) Criar sistemas de monitoramento de estoques em hospitais estaduais e municipais; 3) Realizar compras emergenciais de insumos, equipamentos e medicamentos sempre que houver a necessidade; 4) Monitorar consumo e contratos de fornecimento de oxigênio medicinal, EPIs, máscaras e aventais; 5) Organizar equipes técnicas para manutenção de respiradores, monitores e bombas de infusão; 6) Implementar sistemas de alerta precoce para risco de desabastecimento; 7) Avaliar a capacidade do mercado local para atendimento da demanda crescente de suprimentos e insumos de saúde; 8) Definir critérios técnicos de distribuição justa e transparente de insumos entre municípios e hospitais.	Suprimento, cadeia de abastecimento, estoque, almoxarifado, rastreabilidade, distribuição, fornecimento, contrato, compras emergenciais, dispensa de licitação, oxigênio, importação, logística, armazenamento, manutenção biomédica, alerta de desabastecimento.
E9- Manutenção dos Serviços Essenciais	1) Implementar telemedicina e alternativas de acesso aos serviços de saúde; 2) Adotar estratégias para evitar sobrecarga e colapso dos serviços essenciais; 3) Redistribuir recursos humanos e insumos para manter a APS e serviços prioritários ativos; 4) Priorizar a manutenção dos serviços de urgência e emergência; 5) Separar fluxos de atendimento de covid-19 e não covid-19; 6) Garantir fornecimento e distribuição de EPIs e insumos hospitalares para os serviços de saúde; 7) Organizar protocolos de encaminhamento, transporte e regulação estadual de leitos (integrando APS e hospitais de referência); 8) Proteger saúde mental e bem-estar dos trabalhadores.	Vacinação, doenças crônicas, continuidade de cuidados, fluxos, telemedicina, acesso remoto, pré-natal, manutenção da rede básica, capacidade hospitalar, leitos clínicos e UTI, hospitais de campanha, recursos humanos em saúde, protocolos de encaminhamento, regulação de leitos, insumos hospitalares, manejo clínico, recursos humanos

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

Na segunda etapa **(II) – Coleta e sistematização dos Atos normativos:** procedeu-se ao levantamento, no Portal de Dados Abertos do governo de SC, dos documentos normativos estaduais emitidos em 2020 relacionados à covid-19. Os atos normativos estaduais identificados, bem como seus respectivos preâmbulos, foram divididos nas seguintes distribuições:

- a) Leis Estaduais publicadas para o enfrentamento à pandemia por covid-19 no Estado de Santa Catarina no ano de 2020;
- b) Medidas Provisórias publicadas para o enfrentamento à pandemia de coronavírus (covid-19) no Estado de Santa Catarina no ano de 2020;

- c) Decretos estaduais que possuem correlação direta ou indireta com a covid-19, publicadas no estado de Santa Catarina no ano de 2020;
- d) Atos Conjuntos Estaduais publicadas para o enfrentamento à pandemia de covid-19 no Estado de Santa Catarina no ano de 2020;
- e) Instruções Normativas Estaduais publicadas para o enfrentamento à pandemia de covid-19 no Estado de Santa Catarina no ano de 2020;
- f) Resoluções Normativas da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina publicadas para o enfrentamento à pandemia de covid-19 no ano de 2020 e;
- g) Portarias Estaduais publicadas pelo Estado de Santa Catarina para o enfrentamento à pandemia de covid-19 no ano de 2020. Todos esses atos normativos encontram-se apresentados no Apêndice A desta pesquisa.

Na terceira etapa **(III) – Criação de Matriz de Sistematização:** foi criada uma matriz de sistematização que relaciona, para cada pilar do SPRP, um conjunto de ações operacionais. A matriz funcionou como instrumento de codificação e rastreabilidade na leitura dos atos normativos estaduais, permitindo o mapeamento consistente entre as recomendações internacionais e as disposições constantes nas normativas de SC. A matriz encontra-se no Apêndice B: Matriz das Ações X Atos Normativos.

Na quarta e última etapa **(IV) - Consolidação dos achados em três dimensões analíticas:** Gestão e Governança, Vigilância em Saúde e Assistência em Saúde. Nessa etapa todos as ações propostas foram organizadas nessas três dimensões analíticas, com o objetivo de identificar em quais eixos concentrou-se o maior esforço de normatização por parte do estado. O quadro 07 abaixo apresenta os Eixos distribuídos nas três dimensões as quais pertencem:

Quadro 7 - Eixos distribuídos de acordo com a dimensão

Dimensão: Gestão/Governança
E1 – Coordenação, planejamento e monitoramento E2 – Comunicação de risco e engajamento comunitário E8 – Suporte operacional e logística
Dimensão: Vigilância Epidemiológica
E3 – Vigilância, equipes de resposta rápida e investigação de casos E4 – Pontos de entrada E5 – Laboratórios E6 – Prevenção e controle de infecções
Dimensão: Assistência à Saúde
E7 – Manejo clínico / Gestão de casos E9 – Manutenção dos Serviços Essenciais

Fonte: elaborado pela autora (2026).

4.2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Para os critérios de Inclusão foram considerados apenas os atos jurídicos-normativos estaduais relacionados à Covid-19. No caso específico das Portarias, analisaram-se exclusivamente aquelas emitidas pela SES/SC, ou da SES/SC integradas a outras secretarias estaduais, visto que o objeto dessa pesquisa é a Gestão do SUS de SC.

E para os critérios de Exclusão foram desconsiderados os atos jurídicos-normativos de caráter municipal ou federal, deliberações da CIB, por não possuírem natureza normativa, bem como documentos administrativos que não possuíssem natureza normativa.

Cabe destacar que as notas técnicas não foram consideradas atos normativos e, portanto, não integraram o corpus principal de análise. A nota técnica é definida como um documento elaborado por especialistas em determinado assunto que objetiva embasar a elaboração e execução de atos normativos, sem inovar na ordem jurídica nem impor obrigações a terceiros, portanto, não possui caráter normativo vinculante (Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2024).

Foram utilizados os dados divulgados no período do primeiro ano de pandemia (2020) pelos seguintes órgãos: Governo do estado de Santa Catarina e Organização Mundial da Saúde (OMS) através dos sites especificados no Quadro 8 abaixo:

Quadro 8 - Fontes de dados utilizadas na pesquisa

Assunto	Órgão	Site
Covid-19 - Instrumentos Normativos para Enfrentamento da Pandemia	Portal de Dados Abertos do Estado de Santa Catarina. Governo do Estado de Santa Catarina	https://dados.sc.gov.br/dataset/instrumentos-legais-para-enfrentamento-ao-coronavirus-covid-19
COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan (SPRP): OPERATIONAL PLANNING GUIDELINES TO SUPPORT COUNTRY PREPAREDNESS AND RESPONSE	Organização Mundial da Saúde (OMS)	https://www.who.int/publications/item/draft-operational-planning-guidance-for-un-country-teams

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

4.3 MEDIDAS DE CRITÉRIO E DE ALINHAMENTO

A quantidade de ações listadas por pilar variou conforme a abrangência de cada área do SPRP-2020, motivo pelo qual optou-se por calcular percentuais de alinhamento em vez de valores absolutos, a fim de garantir a compatibilidade entre os eixos.

Cada ação foi avaliada segundo uma escala ordinal de 0 a 2 pontos (0= não alinhada, 1= parcialmente alinhado e 2= alinhado), e o resultado final de cada pilar foi expresso em percentual de alinhamento. Esse processo permitiu uniformizar a análise e controlar o efeito de diferentes números de ações por pilar.

O processo resultou na construção de uma matriz de correspondência (OMS x SC), na qual cada recomendação da OMS foi cotejada com os dispositivos normativos estaduais correspondentes, sendo classificada conforme o grau de alinhamento.

- **Alinhado (A):** Conteúdo e abrangência equivalentes às recomendações da OMS;
- **Parcialmente Alinhado (PA):** O ato normativo cita parte da ação proposta, sem necessariamente ter abrangido todos os itens da ação;
- **Não Alinhado (NA):** Não foram encontrados atos normativos que regulassem a ação.

4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo baseia-se exclusivamente em documentos de domínio público e de acesso aberto, não envolvendo a participação de seres humanos, tampouco a coleta de informações de caráter individual. Dessa forma a pesquisa não oferece riscos aos indivíduos. Conforme disposto na Resolução CNS nº 510/2016, de 07 de abril de 2016, trabalhos que utilizam dados de acesso público estão dispensados da obrigatoriedade de submissão à apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa (Brasil, 2016a).

4.5 LIMITAÇÕES E POTENCIAIS DA PESQUISA

Os seguintes fatores limitantes devem ser considerados na pesquisa: A dinâmica regulatória intensa decorrente do primeiro ano de pandemia por COVID-19 pode ter introduzido vieses de seleção, devido a grande quantidade de atos terem sido publicados num curto espaço de tempo, ainda que tenham sido aplicados filtros de período e de secretaria emissora. A utilização de bases e portais oficiais online torna a pesquisa suscetível a eventuais alterações ou indisponibilidades futuras desses registros. A dependência dos registros oficiais online é vulnerável a indisponibilidade no decorrer do tempo. O estudo centra-se na congruência normativa, não abrangendo a efetividade ou o impacto real das ações implementadas, ainda que, o trabalho discuta sobre as ações. Existe a possibilidade de que nem todas as normativas estaduais tenham sido devidamente disponibilizadas no portal oficial, o que pode implicar em omissões ou lacunas no conjunto total analisado.

Em relação ao potencial produtivo deste trabalho considera-se a contribuição original ao sistematizar, para todo o primeiro ano de pandemia (2020), o conjunto de atos normativos estaduais de SC referentes à COVID-19 e cotejá-los com as recomendações da OMS, no mesmo período, preenchendo uma lacuna na literatura científica acerca da congruência normativa. Do ponto de vista prático, os achados oferecem subsídios à gestão em saúde, permitindo identificar lacunas regulatórias, oportunidades de adaptação a padrões internacionais e lições aprendidas relevantes para o aprimoramento da preparação e da resposta a futuras emergências sanitárias.

5 RESULTADOS

Os resultados e a discussão dessa dissertação serão apresentados em formato de artigo científico original, em conformidade com o regimento interno do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

5.1 ARTIGO: ATUAÇÃO DO ESTADO DE SANTA CATARINA FRENTE À PANDEMIA POR COVID-19. UMA ANÁLISE DA GESTÃO ESTADUAL

ATUAÇÃO DO ESTADO DE SANTA CATARINA FRENTE À PANDEMIA POR COVID-19. UMA ANÁLISE DA GESTÃO ESTADUAL

Autoria: Camila Antunes Savi¹

Douglas Francisco Kovalesski ¹

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC.

Resumo

O estudo analisou instrumentos jurídicos-normativos publicados pela gestão estadual do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, durante o primeiro ano da pandemia de COVID-19 (2020), com ênfase no alinhamento dessas medidas às recomendações técnicas para o enfrentamento da pandemia emitidas pela Organização Mundial da Saúde. **Objetivo:** O estudo objetivou verificar os instrumentos jurídicos-normativos publicados pela gestão estadual do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, durante o primeiro ano da pandemia de COVID-19 (2020), com ênfase no alinhamento dessas medidas às recomendações técnicas para o enfrentamento da pandemia emitidas pela Organização Mundial da Saúde. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória-descritiva, fundamentada em análise documental normativa. Elaborou-se uma matriz com 65 ações agrupadas por nove eixos derivados do documento técnico Strategic Preparedness and Response Plan – 2020, criado pela Organização Mundial da Saúde para o enfrentamento da pandemia por COVID-19. Em seguida, verificou-se nos 229 atos jurídicos-normativos estaduais de 2020 se tais ações foram normatizadas e classificou-se o grau de alinhamento como alinhado, parcialmente alinhado e não alinhado. Posteriormente, as ações e os eixos foram distribuídos entre três dimensões: Gestão, Vigilância em Saúde e Assistência à Saúde para então concluir em que área a gestão estadual do Sistema Único De Saúde catarinense investiu esforços. **Resultados:** O alinhamento global das ações foi de 58,46% demonstrando convergência parcial com as orientações da Organização

Mundial da Saúde, mas também uma resposta fragmentada. Quatro eixos apresentaram desempenho superior a 80%, com destaque para o Eixo-3 (vigilância) que atingiu 100%, refletindo a tradição consolidada dessa área no SUS. Em contraste, Comunicação de risco (20%), Pontos de Entrada (35,71%) e Suporte Operacional (35,71%) revelaram importantes fragilidades. A dimensão vigilância obteve o melhor desempenho (72%) em contrapartida Assistência à Saúde apresentou o menor (44,74%). **Conclusão:** A resposta da gestão pública catarinense mostrou-se heterogênea: embora parte das ações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde tenha sido incorporada, persistiram lacunas estaduais que dialogam com a falta de diretrizes nacionais claras, evidenciando a necessidade de coordenação federativa para fortalecer futuras pandemias.

Palavras-Chaves: Políticas de Saúde; Gestão em Saúde; Pandemia por Covid-19; Gestão Estadual em Saúde; SUS.

Abstract

This study analyzed legal and normative instruments published by the state management of the Unified Health System (SUS) in Santa Catarina during the first year of the COVID-19 pandemic (2020), with an emphasis on aligning these measures with the technical recommendations for dealing with the pandemic issued by the World Health Organization. **Objective:** This study aims to verify the legal and normative instruments published by the state management of the Unified Health System (SUS) in Santa Catarina during the first year of the COVID-19 pandemic (2020), with an emphasis on aligning these measures with the technical recommendations for dealing with the pandemic issued by the World Health Organization. **Method:** This is a qualitative, exploratory-descriptive research study based on normative document analysis. A matrix was developed with 65 actions grouped into nine axes derived from the technical document Strategic Preparedness and Response Plan (SPRP/2020) created by the World Health Organization to address the COVID-19 pandemic. Next, the 229 state legal-normative acts of 2020 were examined to determine if such actions were standardized, and the degree of alignment was classified as aligned, partially aligned, and not aligned. Subsequently, the actions and axes were distributed among three dimensions: Management, Health Surveillance, and Health Care, in order to conclude in which area the state management of the Santa Catarina Unified Health System (SUS) invested efforts. **Results:** The overall alignment of actions was 58.46%, demonstrating partial convergence with the guidelines of the World Health Organization, but also a fragmented response. Four axes showed performance above 80%, with Axis 3 (surveillance) standing out, reaching 100%, reflecting the consolidated tradition of this area in the SUS. In contrast, Risk Communication (20%), Entry Points (35.71%), and Operational Support (35.71%) revealed significant weaknesses. The surveillance dimension performed best (72%), while healthcare assistance showed the lowest performance (44.74%). **Conclusion:** The response of the public administration in Santa Catarina was heterogeneous: although some of the actions recommended by the World Health Organization were incorporated, state gaps

persisted, which are linked to the lack of clear national guidelines, highlighting the need for federative coordination to strengthen future pandemic response.

Keywords: Health Policies; Health Management; COVID-19 Pandemic; State Health Management; SUS.

Introdução

A pandemia de covid-19, emergiu no final de 2019, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada sobre casos de pneumonia de origem desconhecida em Wuhan, na China. Em janeiro de 2020, as autoridades chinesas identificaram um novo coronavírus como agente etiológico, posteriormente denominado SARS-CoV-2. A OMS seguindo as diretrizes de nomenclatura, estabeleceu a designação “Covid-19”, referindo-se ao “Coronavírus Disease” de 2019 (WHO, 2020a; Trettel *et al.*, 2023).

Até então, sete tipos de coronavírus humanos eram conhecidos, mas este se destacou pela alta transmissibilidade, número significativo de casos assintomáticos e ausência de tratamento ou vacina disponível, impondo a necessidade urgente de planos emergenciais de enfrentamento (Castro *et al.*, 2020).

Esse cenário de incertezas demandou decisões rápidas baseadas em evidências limitadas por parte dos gestores de saúde em todo o mundo. Além de comprometer a vida cotidiana, a pandemia desorganizou os sistemas de saúde em escala global (Mendes, 2020).

Nesse contexto, a OMS assumiu papel central como autoridade internacional de saúde, coordenando a resposta global por meio de alertas precoces, declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em janeiro de 2020 e, em março, a caracterização oficial da pandemia (WHO, 2020b).

A instituição também produziu continuamente recomendações técnicas abrangendo vigilância epidemiológica, medidas não farmacológicas, proteção aos trabalhadores de saúde, assistência clínica e comunicação de riscos, constituindo-se em referência fundamental para orientar políticas nacionais (WHO, 2020b).

As orientações da OMS destacaram a importância da manutenção dos serviços essenciais de saúde durante a crise, de modo a evitar impactos indiretos, como

agravamento de doenças crônicas e aumento da morbimortalidade não relacionada diretamente à covid-19 (OPAS, 2021).

Apesar da concentração de esforços no combate à pandemia, os governos tiveram que garantir a continuidade da Atenção Primária em Saúde (APS), bem como os serviços de urgência e emergência hospitalar, ao mesmo tempo em que enfrentavam a sobrecarga do sistema e interrupções em outras áreas (Santos; Lopes, 2023).

Esse desafio evidenciou a necessidade de articulação multissetorial, cooperação entre níveis de governo e formulação de respostas rápidas e coordenadas, sob orientação técnico-científica internacional (Kluge *et al.*, 2018; Grisotti, 2016).

No Brasil, a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) é compartilhada entre as três esferas de governo, cada um com suas atribuições específicas (Brasil, 1990). No entanto, diante da emergência sanitária, coube ao Ministério da Saúde (MS) coordenar as principais ações nacionais.

Em janeiro de 2020, o MS instituiu o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE/COVID, 2019), coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, com a finalidade de estruturar a resposta nacional e articular estratégias em conformidade com o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de 2005 (Brasil, 2020a).

A ativação do COE e a declaração da ESPIN, formalizada pela Portaria nº 188/2020, buscaram assegurar a capacidade de resposta do país a partir de um modelo de comando estratégico-operacional, fundamentado em recomendações internacionais (Anvisa, 2009; Brasil, 2020b).

O comitê de emergência previsto no RSI, em conjunto com a OMS, reforçou a necessidade de mobilização técnica global, apoio a países vulneráveis e adoção de medidas integradas de contenção da disseminação viral (WHO, 2020b).

Ainda que as recomendações da OMS não possuam caráter vinculante, elas estabelecem um padrão técnico-científico reconhecido internacionalmente. A adesão a tais diretrizes funciona como indicador de governança e comprometimento com boas práticas de saúde pública baseadas em evidências.

Nesse sentido, torna-se relevante analisar em que medidas as esferas subnacionais, particularmente os estados brasileiros, alinharam suas estratégias às recomendações da OMS. Santa Catarina (SC), estado do sul do Brasil, constitui um

caso importante a ser examinado devido ao volume expressivo de normativas publicadas no primeiro ano da pandemia (2020). O estudo de produção normativa estadual permite avaliar a qualidade da resposta local, bem como identificar pontos de convergência e divergência em relação às recomendações internacionais. Essa análise contribui para a formulação de políticas em outras situações de saúde.

Assim, verificar o grau de aderência das ações implementadas pelo estado de SC às diretrizes técnicas da OMS possibilita compreender como a gestão estadual estruturou seu enfrentamento inicial à covid-19. A reflexão sobre esse processo é fundamental para aprimorar a capacidade de resposta em crises sanitárias futuras, fortalecendo a preparação e a resiliência do SUS diante de emergências globais.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo-analítico e exploratório, baseada em análise documental. Foram analisados 229 atos jurídicos emitidos pela gestão estadual do SUS em SC e notas técnicas emitidas pela OMS, ambos referentes ao ano de 2020. A coleta foi realizada nos portais da OMS e do Governo de SC, considerando apenas documentos normativos estaduais relacionados à covid-19.

A análise ocorreu em três etapas, na primeira, foi realizada a leitura integral do *Strategic Preparedness and Response Plan* (SPRP) cujo documento orientou os países para o enfrentamento da pandemia por covid-19 (OMS, 2020a). Esse documento foi o norteador dessa pesquisa. Em seguida foi realizada a sistematização dos nove eixos que constam no documento, e a partir deles foram definidas palavras-chaves e a partir disso elaboradas 65 ações, adaptadas em formato operacional para permitir o rastreamento do alinhamento nos atos normativos estaduais. Na segunda etapa, identificaram-se, no Portal de Dados Abertos de SC, os atos jurídicos-normativos emitidos em 2020 relacionados à covid-19 (Leis, decretos, Atos Conjuntos, Portarias, Resoluções, Instruções Normativas). Na última etapa, as ações foram organizadas em três dimensões analíticas: Gestão/Governança, Vigilância em Saúde e Assistência em Saúde. Para avaliar a correspondência entre as recomendações da OMS e os atos estaduais, elaborou-se uma matriz de alinhamento, classificando-os em: Alinhado, Parcialmente alinhado e Não alinhado.

Foram incluídos apenas atos jurídicos-normativos estaduais relacionados à covid-19. Foram considerados atos normativos todos os instrumentos legais produzidos pelo governo do estado de SC com finalidade regulatória durante a pandemia de covid-19. Dentre esses atos estão: 27 Leis Estaduais, 40 Decretos Estaduais, 6 Medidas, Provisórias, 1 Ato Conjunto, 1 Instrução Normativa, 1 Resolução normativa e 153 Portarias. Excluíram-se atos de caráter municipal ou federal e documentos administrativos não normativos. Notas técnicas não integraram o corpus principal da análise, embora, em alguns, casos, tenham sido usadas referências complementares.

Cada ação foi avaliada conforme escala de 0 a 2 pontos (0 = não alinhada, 1 = parcialmente alinhada, 2 = alinhada). O resultado final foi expresso em percentuais de alinhamento, permitindo construir a matriz OMS X SC abaixo. Esse procedimento assegurou parâmetros objetivos para comparar recomendações internacionais e dispositivos estaduais, garantindo consistência à análise qualitativa.

Por utilizar documentos de acesso público, a pesquisa não envolve riscos éticos, estando dispensada de submissão a Comitê de Ética (Resolução CNS nº 510/2016).

Resultados e Discussão

No estado de SC, o comportamento da gestão pública, no primeiro ano de pandemia, foi marcado por decisões nem sempre em harmonia com os dados epidemiológicos do estado. Um trabalho que analisou 31 decretos estaduais entre março e agosto de 2020 demonstrou que a flexibilização das medidas ocorreu em períodos de alta transmissão desconsiderando o aumento gradual da mortalidade revelando a disparidade entre os dados técnicos e as tomadas de ações políticas (Hughes *et al.*, 2021), o que colocou em risco de contaminação e morte um elevado contingente populacional.

Em contrapartida, o estado implementou ações que podem ser considerados exemplos de boas práticas na Inteligência Sanitária. A constituição do núcleo intersetorial de inteligência e da plataforma “Vigia Covid”, por exemplo, permitiu o monitoramento em tempo real de dados a respeito dos números de leitos, óbitos, casos confirmados e risco sanitário por território. De acordo com Reginatto *et al.* (2023), esses sistemas viabilizaram tecnicamente a tomada de decisões e

oportunizaram uma resposta mais adequada no plano estadual. “O núcleo intersetorial possibilita o monitoramento territorial detalhado da pandemia, subsidiando tecnicamente a tomada de decisão” (Reginato *et al.*, 2023, p. 7).

Alinhamento geral em consonância com as recomendações da OMS:

A Figura 01 abaixo apresenta o percentual de alinhamento das ações materializada por meio dos atos normativos estaduais conforme os eixos do SPRP da OMS.

Figura 01: Percentual de alinhamento das ações por eixos:

Eixo (OMS)	Ações (n)	Pontuação Máxima	Soma Pontos (SC)	Percentual de Alinhamento
E1 – Coordenação, planejamento e monitoramento	9	18	15	83,33%
E2 – Comunicação de risco e engajamento comunitário	5	10	2	20,00%
E3 – Vigilância, equipes de resposta rápida e investigação de caso	5	10	10	100,00%
E4 – Pontos de entrada	7	14	5	35,71%
E5 – Laboratórios	5	10	8	80,00%
E6 – Prevenção e Controle de Infecções (PCI)	8	16	14	87,50%
E7 – Manejo clínico / Gestão de casos	7	14	8	57,14%
E8 – Suporte operacional e logística	7	14	5	35,71%
E9 – Manutenção dos serviços essenciais	12	24	9	37,50%
TOTAL	65	130	76	58,46%

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Essa análise consiste em uma avaliação geral do conjunto total das 65 ações elaboradas, referente as recomendações da OMS, levando em conta a pontuação máxima possível. No total das 65 ações analisadas obteve-se um total de 76 pontos de um máximo de 130 pontos possíveis (65x2) o que corresponde a um índice global de alinhamento de 58,46%. Esse dado mostra que o estado teve um pouco mais da metade das ações alinhadas com as diretrizes da OMS sugerindo uma resposta incompleta e segmentada. A gestão foi capaz de atender a algumas das necessidades emergenciais sem, no entanto, efetivar um padrão pleno de convergência com as diretrizes internacionais de referência para a pandemia da covid-19.

Especificamente na Saúde Coletiva, mensurações desse perfil são utilizadas para expressar não apenas o grau de aderência formal às normas, mas também a capacidade efetiva de adoção de padrões globais na gestão local (Teixeira, 2010, p.21).

Alinhamento da gestão estadual por Eixos da OMS:

Conforme os dados apresentados na Figura 01 acima “Percentual de alinhamento das ações por eixos” é notável que a resposta catarinense se caracterizou por uma combinação de investimentos parciais e limitações. Quatro dos nove eixos apresentaram alinhamento a partir de 80% indicando que as ações foram bem executadas e consolidadas. O Eixo 3 - “Vigilância, equipes de resposta rápida e investigação dos casos” apresentou alinhamento de 100% das ações. Um exemplo de ação totalmente contemplada em ato normativo do estado que ilustra é a seguinte: “Implementar triagem clínica e protocolos padronizados de definição de casos com atualização contínua desses protocolos” que obteve pontuação máxima (2 pontos).

Isso porque a ação foi contemplada na Portaria SES nº 398 de 09/06/2020 em que o ato normativo especifica “Definir as orientações para o uso do teste para a Covid-19 de todos os trabalhadores (sintomáticos e/ou assintomáticos) das fábricas, indústrias e empresas públicas e privadas em todo o Estado de Santa Catarina, bem como as definições para afastamento dos trabalhadores e a retomada ao trabalho” (Santa Catarina, 2020a, s.p.). Importante destacar que apesar do estado envolver os trabalhadores de áreas específicas nessa Portaria, fica evidente que o ato normativo garantiu a instituição e a padronização da triagem clínica e definição de caso estabelecendo um padrão de referência que pôde ser aplicado e readaptado por outros segmentos.

Esse dado demonstra que em SC, durante o primeiro ano da pandemia, a vigilância epidemiológica foi bastante atuante cumprindo seu papel de fornecer orientação técnica, bem como, manter a divulgação da situação do agravo da covid-19 através dos boletins epidemiológicos semanais, capacidade de detecção precoce e de boa articulação com a rede laboratorial, assim como, o monitoramento dos dados de forma consolidada e amplamente divulgada. Através da Portaria SES nº 464 de 03 de julho de 2020 em seu Art. 1º “Instituir o Programa de Descentralização e Regionalização das Ações de Combate à covid-19, que consiste em um conjunto de ferramentas digitais de análise de dados e de ferramentas jurídicas, para a tomada de decisão no sentido de flexibilizar ou restringir as atividades sociais e econômicas, de forma gradual, progressiva e regionalizada, embasada em critérios e dados epidemiológicos, a partir de um monitoramento constante da situação pandêmica

regional, criando subsídios à decisão para o enfrentamento do coronavírus (Santa Catarina, 2020b, p.26).

A vigilância em saúde, conforme a OMS (2018) materializa-se como um dos elementos mais institucionalizados do nosso sistema de saúde, sendo transversal à todas às ações e redes de saúde do SUS. O estado, portanto, demonstrou que a vigilância em saúde foi atuante durante todo o primeiro ano de pandemia demonstrando ter atuado como base bem estabelecida e fortalecida para as ações de manejo da pandemia.

A mesma Portaria SES nº 464 de 03 de julho de 2020, também contemplou outras ações em outros Eixos. Por exemplo no Eixo -1 “Coordenação, planejamento e monitoramento” a ação “Realizar avaliação contínua de riscos e vulnerabilidades do sistema de saúde” obteve pontuação máxima (2 pontos), visto que, a Portaria estabeleceu o uso de ferramentas digitais (Matriz de Risco) para guiar ações medidas regionais de restrição ou flexibilização, garantindo o monitoramento em níveis de complexidade. O estado de SC algumas vezes utilizou de atos normativos específicos para normatizar sobre diversos temas diferentes, ao mesmo tempo, acerca do enfrentamento à pandemia. Segundo a RIPSa (Rede Interagencial de Informações para a Saúde) a construção de indicadores permite o monitoramento e avaliação da situação de saúde sendo uma excelente ferramenta de gestão em diversos níveis (RIPSa, 2026).

A gestão do estado ao utilizar essas tecnologias como forma de monitoramento dos da saúde da população reafirma o compromisso de fazer gestão conforme é preconizado nos princípios e diretrizes do SUS. Um outro aspecto importante e totalmente ligado ao monitoramento e avaliação desses dados é a publicização dos mesmos de forma que toda a população possa ter acesso ao real cenário de gravidade da crise. Na época a gestão estadual, através da SES-SC, publicou boletins epidemiológicos semanais com divulgação do número de casos atualizados de covid-19, bem como, divulgou informações sobre o número de novos leitos que foram instalados para atendimento de pacientes internados pela covid-19.

O Eixo – 6: “Prevenção e Controle de Infecções (PCI)” obteve 87,50% de alinhamento indicando que, houve a tentativa de padronização de fluxos de triagem, isolamento e precauções para serem implantadas em unidades de saúde do estado visando interromper a propagação do vírus e diminuir os casos de infecção. Isso pode ser materializado através da Portaria SES nº 341 DE 20 de maio de 2020 que

especifica em seu Art. 4º: “As Unidades Hospitalares devem controlar o acesso ambulatorial com triagem dos pacientes na porta de entrada (inquérito sobre sintomas respiratórios e verificação da temperatura) e controle do número de pessoas presentes na sala de espera” (Santa Catarina, 2020b, s.p.).

Percebe-se por meio dos eixos que compõem a dimensão Vigilância em Saúde, que o estado se preocupou em atuar no enfrentamento da pandemia de forma consistente principalmente na tentativa de contenção da transmissão do vírus não só nos ambientes sociais de maneira geral como procurou normatizar sobre a transmissão nos estabelecimentos de saúde.

O Eixo – 1: “Coordenação, planejamento e monitoramento” teve um marco de 83,33% de alinhamento, indicando que no âmbito da governança, planejamento de enfrentamento da crise e o monitoramento das medidas implantadas foram bem estabelecidas”. Isso se materializa, por exemplo, com a ação “Ativar mecanismos de comando e controle de gestão de emergência em saúde pública” sendo contemplada na Portaria nº 179 de 12 de março de 2020 que instituiu o COES. Segundo o Ministério da Saúde, os comitês servem para realizar reuniões pontuais e periódicas a respeito da avaliação das emergências em curso integrando outras áreas a fim de obter agilidade nas respostas de enfrentamento, portanto o estado de SC atuou de forma coerente com o que é preconizado nos manuais sanitários internacionais (Brasil, 2002).

O Eixo – 5 “Laboratórios” com 80% de alinhamento das ações às recomendações da OMS refletiu um bom desempenho e capacidade de resposta dos serviços laboratoriais públicos e integração e articulação com a rede privada. A ação: “Ampliar a capacidade de testagem (RT-PCR) para SARS-CoV-2 com controle de qualidade e biossegurança” obteve pontuação máxima, visto que, através da Portaria SES nº 241 de 09 de abril de 2020, no Art. 1º ficou instituído: “Estabelecer critérios para inclusão dos laboratórios interessados em integrarem a sub-rede de covid-19, por meio da Coordenação da Rede de Referência Laboratorial do LACEN/SC, para realizar a metodologia RT PCR em tempo real para detecção do SARS CoV 2”. É notável que a gestão estadual não mediu esforços para realizar o cadastro e o monitoramento da qualidade de laboratórios credenciados na rede privada ampliando assim a capacidade de testagem no estado. Dessa forma, percebe-se que o estado seguiu as recomendações básicas de saúde instituídas no RSI para vigilância e

respostas às emergências de modo a fortalecer a rede de laboratórios (Santa Catarina, 2020b; WHO, 2016).

Em contrapartida quatro dos nove eixos apresentaram alinhamento inferior a 50%, necessitando de uma análise mais aprofundada para elaboração de estratégias com vistas a aumentar o desempenho nessas áreas. O Eixo – 2: “Comunicação de risco e engajamento comunitário” alcançou 20% de alinhamento. Mensagens contraditórias e mudanças frequentes nas regras geraram confusão entre os gestores e cidadãos, comprometendo a adesão às medidas (Oliveira, Lemos, 2021). A comunicação de risco, recomendada pela OMS como eixo estratégico da resposta, foi, portanto, um ponto de fragilidade na gestão catarinense.

Este é o ponto mais fraco de toda a estrutura avaliada da gestão sugerindo que as estratégias de comunicação com o público, transparência sobre os riscos e o envolvimento ativo da comunidade não foram implementadas. O governo do estado, embora tenha seguido o que é preconizado na transparência dos dados do número de infectados, por exemplo, deixou a desejar na questão da estratégia de comunicação com a população nos quesitos de informação e orientações. Deixou também de normatizar a respeito do tema. É importante ressaltar que o estado fez campanhas acerca da doença, entretanto, normatizou muito pouco através de dispositivos jurídicos.

Para a OMS, a comunicação de risco e o engajamento comunitário não se resumem apenas a veicular notas na imprensa, são capacidades essenciais basilares do RSI da OMS. A comunicação de risco, segundo a OMS, é basicamente uma conversa, uma troca contínua e em tempo real de dados, orientações e percepções entre especialistas, autoridades e pessoas que estão sujeitas ao contágio do agravo, seja pela saúde, segurança ou bem-estar social. O objetivo é a capacitação da população permitindo que cada indivíduo em risco tome decisões que mitiguem os riscos. É ferramenta essencial para salvar vidas e é conhecida como competência indispensável tanto pelo RSI quanto pelas principais instituições internacionais consagradas na área da saúde. A ação proposta para avaliar esse aspecto: “Monitorar rumores, desinformação e responder com informações baseadas em evidências” obteve nota zero, pois não foram encontrados atos normativos do estado que instituíssem a obrigatoriedade da ação, embora o estado tenha emitido notas à imprensa a respeito do assunto (Who, [s.d.]).

No “Eixo 4- Pontos de entrada” o percentual de alinhamento teve um marcador de 35,71%. Esse eixo refere-se ao conjunto de ações normativas e operacionais destinadas a prevenir a entrada e a propagação do coronavírus através das fronteiras geográficas do estado e de pontos estratégicos de locais com grande circulação de pessoas. Esse eixo contém ações de controle em portos, rodoviárias e aeroportos, bem como, vigilância ativa através das medidas de triagem, rastreamento de passageiros e quarentena obrigatória ou recomendada para os viajantes. O percentual de 35,71% é uma baixa pontuação e se traduz em um sério problema, visto que, o estado não foi capaz de manter um marco regulatório consistente para controlar o fluxo de entrada e saída de pessoas no território. A fragilidade nesse eixo ressalta que a resposta estadual se concentrou mais no tratamento dos casos do que na contenção e prevenção nos pontos de entrada sendo discrepante em relação às diretrizes globais de controle da transmissão comunitária. Pode ser citado como exemplo dessa lacuna a avaliação da seguinte ação proposta dentro do Eixo 4: “Integrar equipes de saúde estadual e municipal às ações da vigilância sanitária e epidemiológica em portos e aeroportos”, em que não foram encontradas normativas que exigissem essa integração, levando a atribuição da pontuação zero por não ter contemplado essa ação.

O “Eixo – 8 Suporte Operacional e logística” atingiu 35,71% de alinhamento representando um importante gargalo na resposta do estado, pois atua como a espinha dorsal de todos os demais eixos. A falta de logística compromete a capacidade de execução de todo o planejamento. Embora a Portaria SES nº 464/2020 tenha delegado aos municípios a responsabilidade de implementar e fiscalizar as ações essa medida exige um suporte operacional e logístico estadual eficiente para ser aplicado. O alinhamento de 35,71% sugere que o estado falhou no fornecimento do suporte logístico para que os municípios executassem de forma plena suas ações. A literatura reforça que a logística é um dos dispositivos mais críticos da resposta às emergências sendo a base para a mobilização de recursos, insumos e pessoas necessários às medidas planejadas. Estudos sobre logística humanitária demonstram que falhas no planejamento, na gestão de estoques, principalmente no transporte e na distribuição comprometem toda a operação de resposta acarretando em ineficiências, atrasos e quebra na cadeia de suprimentos (Santos, Lopes, 2023).

Alinhamento por dimensão:

Figura 02: Alinhamento às diretrizes da OMS por dimensão:

Dimensão	Ações	Pontuação Máxima	Soma Pontos (SC)	Percentual de Alinhamento
Gestão/Governança	21	42	22	52,38%
Vigilância Epidemiológica	25	50	37	74,00%
Assistência à Saúde	19	38	17	44,74%
TOTAL	65	130	76	58,46%

Fonte: elaborado pela autora (2025).

A análise por dimensão oferece uma visão estratégica do desempenho geral da gestão estadual, agrupando os 9 Eixos da OMS em três áreas de grande importância para o SUS: Gestão/Governança, Vigilância em Saúde/Epidemiológica e Assistência à Saúde revelando importantes diferenças na resposta estadual.

A dimensão “Vigilância Epidemiológica” apresentou a melhor pontuação com 72% de alinhamento das ações confirmando a solidez histórica do SUS nesse campo. A alta pontuação dessa dimensão reflete o cumprimento das competências essenciais do RSI inferindo que a estrutura de saúde de SC conseguiu mobilizar e manter os protocolos técnicos de investigação epidemiológica, detecção de casos e capacidade laboratorial, embora não tenha normatizado sobre a necessidade de os municípios criarem seus protocolos específicos. Esse alto desempenho não surpreende, pois, a vigilância historicamente é uma das áreas mais consolidadas do SUS funcionando como uma linha transversal presente em todas as ações e políticas de saúde. No estado de SC essa estrutura se manteve ativa durante a pandemia principalmente no que diz respeito à elaboração de notas técnicas para definição de casos e processos de triagem clínica e na organização da rede laboratorial e sua fiscalização. Esses elementos são ressaltados pela OMS como basilares para frear a transmissão e monitorização dos casos e possíveis transmissões de base comunitária (Waldman, 1999; Brasil, 2022; Who, 2005).

A “Dimensão Gestão/Governança” apresentou um percentual de (52,38%) refletindo um cenário semelhante ao descrito por Romão e Brito (2022), que analisaram como falhas de coordenação, ausência de diretrizes claras e conflitos na tomada de decisão prejudicaram a resposta ao enfrentamento da pandemia. Segundo as autoras, a precária articulação entre o governo federal e os demais entes

federados, a dificuldade de limitação de competência entre as três esferas do governo e o baixo entrelaçamento de critérios estratégicos unificados impactaram na tomada de decisão comprometendo a segurança institucional e acarretando em respostas inconsistentes. O estado não investiu em tecnologia para o monitoramento da questão logística e distribuição dos insumos e materiais para os municípios. A OMS em suas notas técnicas sempre orientou que os governantes tivessem um sistema de monitoramento para essa questão logística afim de acompanhar e antever a falta de materiais e insumos necessários para a assistência dos pacientes.

Finalmente, a última dimensão “Assistência à Saúde”, responsável pela rede de cuidado, manejo clínico e estruturação dos serviços apresentou a menor percentagem entre as três dimensões analisadas obtendo o percentual de 44,74%. A OMS (2020a) destacou em seu documento: *Strategic Preparedness and Response Plan* (SPRP) para o enfrentamento da covid-19, que a resposta assistencial deveria ser baseada a partir de protocolos clínicos, ampliação dos leitos na rede hospitalar e principalmente manutenção dos serviços essenciais.

A literatura enfatiza que o sucesso para a resposta clínica ao covid-19 depende da padronização de protocolos de assistência à saúde baseados em evidências e constantemente atualizados. Porém, ao analisar a matriz de avaliação, o “Eixo – 7: Manejo clínico/gestão dos casos” percebe-se que algumas ações não foram contempladas em nenhum ato normativo, o que demonstra que o estado de SC não colocou em prática algumas das orientações básicas oriundas da OMS. Por exemplo, para a ação: “*Adaptar diretrizes nacionais e da OMS para protocolos clínicos padronizados em SC*”, não foram encontrados atos normativos que explicitamente citavam a necessidade da incorporação das diretrizes nacionais e da OMS na construção de protocolos clínicos, bem como, os protocolos clínicos não foram instituídos por atos normativos, apenas em notas técnicas divulgadas pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE-SC) (Santa Catarina, 2020a-2020d).

Essa lacuna, porém, não pode ser avaliada isoladamente, pois diversos estudos apontam que o governo federal manteve uma postura de desarticulação no tocante às recomendações técnicas gerando um quadro de descompasso entre estados e União. Conforme Romão e Brito (2022) a baixa adesão do governo federal em relação às recomendações da OMS comprometeu a coordenação nacional impedindo uma sólida construção de diretrizes claras, eficientes e unificadas, deixando os entes subnacionais sem referenciais estratégicos claros.

Os autores ressaltam que a ausência de diretrizes nacionais, reconhecida pelo Tribunal de Contas da União (TCU), acarretou em um vácuo normativo que prejudicou os estados na organização de protocolos padronizados, impactando diretamente na implementação de ações como o manejo clínico estadual.

Ainda na questão da assistência ao paciente internado pela Covid-19 percebe-se que o estado de SC por não ter normatizado acerca da necessidade de elaboração de protocolos para a detecção, manejo e encaminhamentos pós-internação pela Covid-19 deixou um vácuo para os municípios. Posteriormente, nos outros anos da Pandemia essas lacunas foram preenchidas, porém no primeiro ano de crise faltou essa orientação por parte do estado.

Considerações finais

Os achados indicam que o método realizado nesse trabalho para análise do alinhamento das ações da gestão é adequado e evidencia a necessidade de fortalecimento na construção de normatizações para enfrentamento de pandemias no nível estadual.

Em síntese, a resposta catarinense mostrou avanços pontuais na ampliação da capacidade hospitalar para o acolhimento de pacientes com necessidade de internação pelo agravo da covid-19. Entretanto, persistiram fragilidades relevantes na construção de protocolos, na comunicação de risco eficiente e principalmente na questão logística e de distribuição de insumos. Esses achados reforçam que, embora SC tenha se aproximado parcialmente das recomendações internacionais, a implementação ocorreu de maneira desigual e condicionada às capacidades locais, revelando um alinhamento apenas parcial com os padrões globais de enfrentamento da pandemia.

Como o planejamento do SUS é ascendente percebe-se que a falta de diálogo e clareza nas ações por parte do MS intensificou as dificuldades para o enfrentamento da crise para os gestores estaduais. Diversos estudos, no Brasil, abordaram essa temática chegando a mesma conclusão: os estados assumiram o protagonismo no combate da pandemia. A falta de alinhamento de diretrizes e políticas, porém, na esfera federal, dificultou a união com os entes federados para o alcance de uma coordenação conjunta eficiente, principalmente nos primeiros meses de 2020

acarretando os subsequentes desfechos que são amplamente documentados na literatura como o grande número de mortos por covid-19 até o final da pandemia.

O enfrentamento à covid-19 deixou profundas marcas, trouxe, porém, um conjunto expressivo de aprendizados para quem atua na gestão da saúde. A pandemia expôs fragilidades, entretanto, ao mesmo tempo mostrou, a força de sistemas de saúde organizados e capazes de acolher a demanda de uma pandemia de início súbito.

A crise ainda demonstrou que as desigualdades sociais existentes em países Latino-americanos acentuaram ainda mais a pobreza oportunizando menos chance de proteção contra a doença aos indivíduos em condições socioeconômicas mais vulneráveis. Grupos marginalizados foram o principal alvo de contaminação em países em desenvolvimento o que reforça que as condições socioeconômicas estão intimamente ligadas ao processo saúde-doença sendo fator condicionante de saúde.

Como resultado do percurso da pandemia, consolidou-se uma cultura de gestão de risco, novas tecnologias foram positivamente incorporadas aos serviços e o mais importante: reafirmou-se que não há resposta efetiva sem compromisso político, financiamento adequado e sem a participação dos usuários do sistema de saúde no planejamento das ações.

A experiência brasileira deixou um alerta com mais de 700.000 mil mortes pelo agravo da covid-19. A descoordenação federal e o afastamento dos entes subnacionais criaram um cenário de intensa desorientação e insegurança. Faltaram diretrizes claras, prevalecendo por muitas vezes o achismo configurado através de orientações sem embasamento científico e a transferência de responsabilidades para os estados e municípios. Esse desalinhamento impactou diretamente na baixa adesão às recomendações dos órgãos internacionais os quais se debruçaram ativamente no enfrentamento da crise.

No caso de Santa Catarina, a análise do estudo demonstrou que a vigilância epidemiológica é concisa, mas também evidenciou lacunas como o manejo dos casos nas fronteiras estaduais sob domínio do estado. A ausência de atos normativos que incorporassem as orientações da OMS mostra como o vácuo de orientação nacional repercutiu em nível estadual de forma bastante prejudicial de forma a transferir para esse ente federado a responsabilidade de traduzir e materializar as recomendações internacionais sem o respaldo de uma política única.

Essas percepções ressaltam a lição central da pandemia: respostas eficazes não vêm do improviso, mas da clareza normativa, da comunicação transparente e confiável e principalmente da capacidade de materializar evidências científicas em políticas públicas implementáveis. Fortalecer nosso sistema de saúde perpassa por retomar uma governança federativa responsável que banque o que juridicamente lhe compete e que reconheça a interdependência entre os níveis de gestão.

A crise sanitária provocada pelo coronavírus abriu a possibilidade para repensarmos caminhos e reafirmar a importância de uma governança que vise a proteção e a qualificação para um sistema de saúde ainda mais robusto. A pandemia não apenas evidenciou uma descoordenação federal como também ressaltou as desigualdades históricas do País, assim como as aprofundou, reafirmando assim, que a saúde intimamente ligada e determinada pelas condições sociais em que um indivíduo está sujeito. Nesse cenário o SUS ocupou uma posição central: foi bastante testado em sua capacidade de resposta e demonstrou o porquê de ser um dos sistemas de saúde de referência mundial se mantendo firme e consolidado durante toda a pré e pós-pandemia. Nosso sistema se manteve como um poderoso eixo de proteção coletiva, sustentando ações de vigilância e assistência aos indivíduos durante toda a crise.

O presente estudo contribuiu ao evidenciar que o alinhamento entre recomendações internacionais e implementação estadual dependem da capacidade institucional, coordenação federativa e clareza normativa.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Brasil. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Regulamento Sanitário Internacional (RSI)**. 2ª. ed. Brasília, DF: ANVISA, 2009.

BRASIL. Medida Provisória nº 926, de 20 de março de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre procedimentos para aquisição de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus. **Diário Oficial da União**: Brasília - DF, ano 158, n. 55-G, p. 1, 20 mar, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 913, de 22 de abril de 2022**. Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: **Diário Oficial da União**, 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Medida Provisória nº 926, de 20 de março de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre procedimentos para aquisição de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus. **Diário Oficial da União**: Brasília - DF, ano 158, n. 55-G, p. 1, 20 mar, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19**. Brasília – DF, 2020a. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>. Acesso em: 20 de junho. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048 de novembro de 2002. **Diário Oficial da União**: Brasília – DF, 2002.

CASTRO, C. S. de *et al.* **Pandemia da COVID-19: cenário do sistema de saúde brasileiro para o enfrentamento da crise**. 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41585/2/Castro%2c%20S.C.%20Pandemia%20da%20covid-19.pdf>. Acesso em: 04 de abril. 2023.

GRISOTTI, M. M. Governança em saúde global no contexto das doenças infecciosas emergentes. **Civitas – Revista de Ciências Sociais**, v. 16, p. 377-398, 2016.

HUGHES, J.M. *et al.* Evolução da COVID-19 em Santa Catarina: decretos estaduais e indicadores epidemiológicos até agosto de 2020. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, n. 4, e2021521, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/tJTTQG7mXswxRrRgvP5QbXy/>. Acesso em: 3 ago. 2025.

KLUGE, H, M, *et al.* Strengthening global health security by embedding the International Health Regulations requirements into national health systems. **BMJ Glob Health**, v. 20; n. 3(Suppl 1):e000656, 2018.

MENDES, E. V. O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da COVID-19 ou o paciente invisível. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 2417-2422. 2020.

OLIVEIRA, A.; LEMOS, M. Comunicação de risco e governança em saúde na pandemia da COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 3985-3994, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). COVID-19: **Strategic Preparedness and Response Plan – Operational planning guidelines to support country preparedness and response**. Genebra: OMS, 22 de maio 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/draft-operational-planning-guidance-for-un-country-teams>. Acesso em 20 de maio. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (OMS). **Regulamento Sanitário Internacional (2005)**. 3. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/regulamento-sanitario-internacional-2005-terceira-edicao>. Acesso em: 27 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: OPAS; 2018. Disponível em:

<https://iris.paho.org/items/e80a68ed-3f21-462a-870a-9aeeb1171802>. Acesso em: 25 fev. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Histórico da Pandemia por COVID- 19**. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 19 de junho. 2023.

Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Sobre a Ripsa. Disponível em: <https://www.ripsa.org.br/sobre-a-ripsa/>. Acesso em: 26 fev. 2026.

REGINATO, L. M. *et al.* Panorama da COVID-19 no estado de Santa Catarina no primeiro ano de pandemia. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 4, n. 2, 2023, <https://ime.events/epidemion2023/pdf/19371>. Acesso em: 26 fev. 2026.

ROMÃO, G. A.; BRITO, I. S.; Falhas das funções de governança na resposta à covid-19: o caso do isolamento social no Brasil. **Multitemas**, Campo Grande, MS, v. 27 n. 66, p. 95-121, maio/ago. 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/mulo.v27i66.3558>. Acesso em: 25 fev. 2026.

SANTA CATARINA (Estado). **Enfrentamento ao coronavírus: ações do Governo do Estado de Santa Catarina**. Florianópolis, 2020. Disponível em: <https://www.coronavirus.sc.gov.br/wpcontent/uploads/2020/04/ACOES-DE-GOVERNO-30DIAS-CORONAVIRUS.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2026.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **Portaria SES nº 398 de 09 de junho de 2020**. Define as orientações para o uso do teste para a COVID-19 de todos os trabalhadores (sintomáticos e/ou assintomáticos) das fábricas, indústrias e empresas públicas e privadas em todo o Estado de Santa Catarina, bem como as definições para afastamento dos trabalhadores e a retomada ao trabalho. SES: Florianópolis, 2020a.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **Portaria SES nº 341, de 20 de maio de 2020**. Dispõe sobre medidas relacionadas ao enfrentamento da COVID-19 no estado de Santa Catarina. Florianópolis: SES, 2020b.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria SES n.º 464, de 3 de julho de 2020**. Institui o Programa de Descentralização e Regionalização das Ações de Combate à COVID-19 [...]. SES: Florianópolis, 2020b.

Santa Catarina. Secretaria do Estado da Saúde. **Portaria nº 179 de 12 de março de 2020 que instituiu o COES**. SES: Florianópolis, 2020c.

Santa Catarina. Secretaria do Estado da Saúde. **Portaria SES nº 241 de 09 de abril de 2020**. Dispõe sobre critérios para realização dos exames relativos ao diagnóstico de Covid-19 por laboratórios públicos e privados de análises clínicas em Santa Catarina e adota. SES: Florianópolis, 2020d.

SANTOS, A. DE O.; LOPES, L. T. **Normativas estaduais para o enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Brasil**. Brasília – DF. CONASS. 2023. 169 p.

TEIXEIRA, C.F. (org). **Planejamento em Saúde – Conceitos, Métodos e Experiências**. EDUFBA: Salvador; 2010.

TRETTEL, A. C. P. T. *et al*. Vírus de transmissão respiratória. *In*: LEMOS, E. R. S., *et al* (eds.). **Tópicos em Virologia** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2023, pp. 117-150. BIO collection. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557082119.0006>. Acesso em: 2 mar. 2026.

WALDMAN, E.A. **Vigilância em Saúde Pública**. Colaboração de Tereza Etsuko da Costa Rosa. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Novel Coronavirus(2019-nCoV) Situation Report – 22**. 2020b. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22-ncov.pdf?sfvrsn=fb6d49b1_2. Acesso em: 08 de jan. de 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)**. 30 jan. 2020b. Disponível em: [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 19 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Public health surveillance**. [s.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://www.emro.who.int/health-topics/public-health-surveillance/>. Acesso em: 07 mar. 2026.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. *et al.* Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 663–677, 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Anvisa). BRASIL. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Regulamento Sanitário Internacional (RSI)**. 1. ed. Brasília, DF: ANVISA, 2009.

AHMADI, M. *et al.* Investigation of effective climatology parameters on COVID-19 outbreak in Iran. **Science of the Total Environment**, v. 729, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32361432/>. Acesso em: 24 de junho. 2023.

AUBRECHT, M. *et al.* Public health management in a pandemic: Centralization and decentralization in European countries' COVID-19 responses. **Social Science & Medicine**, v. 312, 115372, nov. 2022.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BHARALI, I; OGBUOJI, O; YAMEY, G. **Setting norms and standards in global health**. **Whashington**, DC: World Bank, 2024. Disponível em: <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/84732d9ab04a4578c83e896c124b3ff7-0050062025/original/Bharali-et-al-Standards-in-Global-Health.pdf>. Acesso em: 14 de nov. 2025.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde**. Debate 6ª Ed. Brasília — DF. 2016a. 118 p. ISBN 978-85-8071-039-7.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF, 2016a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS: Monitoramento e Avaliação**. 2016a. Disponível em: www.conass.org.br/guiainformacao/monitoramento-e-avaliacao. Acesso em: 07 de maio 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF. 1988.

BRASIL. Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de covid-2019. **Diário Oficial da União**: seção 1, ano 158, n. 27, p. 1, 7 fev. 2020c.

BRASIL. Decreto de Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a

articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, 29 jun. 2011a. p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional. **Diário Oficial da União:** Brasília – DF, 2011b.

BRASIL. Medida Provisória nº 926, de 20 de março de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre procedimentos para aquisição de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus. **Diário Oficial da União:** Brasília - DF, ano 158, n. 55-G, p. 1, 20 mar, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus Brasil.** Brasília, DF: MS, 2023. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Plano de enfrentamento das ações de vigilância em saúde da covid-19 no período pós-emergência em saúde pública nacional e internacional.** Brasília : Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/covid-19/plano-de-enfrentamento-da-covid-19-pela-oms-em-2023.pdf>. Acesso em: 23 de março de 2025. Brasília, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 188, de 03 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). **Diário Oficial da União:** Brasília, 2020d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 913, de 22 de abril de 2022.** Brasília, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica – Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019.** Brasília, DF, 03 abr, 2020h. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1373198/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19_2021.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: **Diário Oficial da União**, 1990a.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União:** Brasília – DF, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 03 de julho. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19.** Brasília – DF, 2020a. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>. Acesso em: 20 de junho. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020e. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 20 de mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.378, de 9 de julho de 2013: Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial da União**: Brasília – DF. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**: Brasília - DF, 26 set. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011. Define as diretrizes e normas relativas à declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do SUS. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 15 dez, 2011c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2952_14_12_2011.html. Acesso em: 22 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006: Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes Operacionais do Referido Pacto, [s.l.], [s.d.], 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: agosto. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 913, de 22 de abril de 2022. Declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV) e revoga a Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. **Diário Oficial da União**: Brasília -DF, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt1378_09_07_2022.html. Acesso em: 12 de março de 2025. 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993: Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/9, **Diário Oficial da União**: Brasília - DF, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública**. Brasília - DF. Ministério da Saúde, 2014a. 44 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/pnvs>. Acesso em: 11 ago. 2025.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2021.

BRITO, P. B. S. *et al.* Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século XXI. COVID-19 pandemic: the biggest challenge for the 21st century. **Vigilância Sanitária em Debate**, vol. 8, n. 2, p. 54-63, 2020.

BUSS, P. M; PELLEGRINI, F, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso em: 24 fev. 2026.

CAMPOS, G. W. de. S. Equipes de referência e apoio matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAPONI, S. Covid-19 em Santa Catarina: um triste experimento populacional. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. –, abr.–jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021005000004>. Acesso em: 23 jul. 2025.

CASTRO, C. S. de *et al.* **Pandemia da COVID-19: cenário do sistema de saúde brasileiro para o enfrentamento da crise**. 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41585/2/Castro%2c%20S.C.%20Pandemia%20da%20covid-19.pdf>. Acesso em: 04 de abril. 2023.

CELLARD, A. A análise documental. *In*: POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Editora Vozes, 2012. p. 295-316.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Public Health Emergency Preparedness and Response Capabilities.: National Standards for State, Local, Tribal and Territorial Public Health**. Atlanta: U.S. Departamento of Health and Human Services, 2018.

CENTRO DE PESQUISAS EM DIREITO SANITÁRIO A UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (CEPEDISA/USP). CONECTAS DIREITOS HUMANOS. **Mapeamento e análises das normas jurídicas de resposta à covid-19 no Brasil**. Boletim: Direitos Pandemia, 2020. Disponível em: <https://www.conectas.org/publicacao/boletim-direitos-na-pandemia-no-5>. Acesso: 25 de junho. 2023.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE. (CEPAL). **O Investimento Estrangeiro Direto na América Latina e no Caribe, 2021**. Resumo executivo (LC/PUB.2021/9). Santiago, 2021. Disponível em: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47147-la-inversion-extranjera-directa-america-latina-caribe-2021>. Acesso em: 01 de set. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Informações para a gestão estadual do SUS 2023 – 2026**. 1ª ed. Brasília – DF. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Resolução nº 466, de 12 de setembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos no Brasil**. Brasil: Conass, 12 dez. 2012. p.

1-12. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 12 de set. 2025.

CRUZ, M. V. R; *et al.* A Covid não é democrática: determinação social do processo saúde-doença numa análise de gênero-raça-classe-sexualidade. **Saúde em Redes**, v.9, n.1, p. 1-19, 2023.

DE FREITAS, C. M.; PEREIRA, T. R.; MACHADO, C. V. A resposta do Brasil à pandemia de Covid-19 em um contexto de crise e desigualdades. *In*: MACHADO, C. V.; PAIM, J. S.; SANTOS, L. M. P. (org.). **Política, economia e saúde: desafios para o Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022. p. 273–294. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/t67zr/pdf/machado-9786557081594-11.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2026.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (org.). **The Sage handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: SAGE, 2018.

DESSON, Z; *et al.* An analysis of the policy responses to the COVID-19 pandemic in France, Belgium and Canada. **Health Policy and Technology**, [s.l.], v. 9, n. 4, p. 430–446, dez. 2020. Disponível em: [10.1016/j.hlpt.2020.09.002](https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.09.002). Acesso em: 3 ago. 2025.

ECCLESTON-TURNER, M; UGGLA, F; YOUSSEF, N. (org.). **The COVAX Facility: critical perspectives on global equitable access to COVID-19 vaccines**. Cambridge: Cambridge University Press, 2021.

EIGENSTUHLER, P. D., *et al.* Influência Das Características Dos Países Na Disseminação Da Covid-19. **RGO - Revista Gestão Organizacional**, Chapecó, v. 14, n. 1, p. 172-191, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rgo/issue/view/309>. Acesso em: 19 de outubro. 2023.

FARIA, R. M.*et al.* Social and territorial inequalities in the mortality of children and adolescents due to COVID-19 in Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 6, e20210482, 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). **Covid-19: perguntas e respostas**. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pergunta/por-que-doenca-causada-pelo-novo-coronavirus-recebeu-o-nome-de-covid-19>. Acesso em 10 mar. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). **Para entender a gestão do SUS: o público e o privado, o papel do Estado e os dilemas da gestão**. EPSJV/Fiocruz: Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://25anos.ead.fiocruz.br/materiaisead/especializacao/gestao-de-redes-de-atencao-a-saude/materiais/gestao-redes-atencao-saude-livro2.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2025.

GAMA NETO, R. B. Impactos da Covid-19 sobre a economia mundial. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 2, n. 5, p. 113-127, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.3786698>. Acesso em: 24 fev. 2026.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GREER, S. L. *et al.* **Everything you always wanted to know about European Union health policies but were afraid to ask**. 2. ed. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2021.

GRISOTTI, M. M. Governança em saúde global no contexto das doenças infecciosas emergentes. **Civitas – Revista de Ciências Sociais**, v. 16, p. 377-398, 2016.

HALE, T. *et al.* A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 government Response Tracker). **Nature Human Behaviour**, v.5, p. 529-538, 2021. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41562-021-01079-8>. Acesso em: 25. ago. 2025.

HOFSTEDE, G. Dimensionalizing cultures: The Hofstede model in context. Online readings in psychology and culture. **Online Readings in Psychology and Culture**, v. 2, n. 1, p. 1-26, 2011.

HOLZBACH, R. H. *et al.* Excesso de óbitos em adultos no estado de Santa Catarina durante a pandemia de COVID-19, 2020-2021. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 26, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/DMxKrF9dF7c9fSyYGHSyNcv/>. Acesso em: 11 ago. 2025.

HONG, J. *et al.* Toward better pandemic governance and preparedness: lessons from the Republic of Korea. **Health Policy**, v. 128, n. 4, p. 555-562, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.01.007>. Acesso em: 24 fev. 2026.

HUGHES, J.M. *et al.* Evolução da COVID-19 em Santa Catarina: decretos estaduais e indicadores epidemiológicos até agosto de 2020. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, n. 4, e2021521, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/tJTTQG7mXswxRrRgvP5QbXy/>. Acesso em: 3 ago. 2025.

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (ISC-UFBA). **Distintas respostas à Covid-19 entre os países no mundo. Observa Covid – Projeto de Análise de Modelos e Estratégias de Vigilância em Saúde**. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2020. Disponível em <https://analisepoliticaemsaude.org/observacovid/>. Acesso em: 15. set. 2025.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (ILO ou OIT). **COVID-19 and the world of work. Seventh edition. Updated estimates and analysis**. Genebra: ILO, 25 jan. 2021. Disponível em: <https://www.ilo.org/media/7901/download>. Acesso em: 11 ago. 2025.

INTERNATIONAL MONETARY FUND. (FMI). **World Economic Outlook Update: policy support and vaccines expected to lift activity**. Washington, D.C.: IMF, jan. 2021. Disponível em: <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2021/01/26/2021-world-economic-outlook-update>. Acesso em: 11 ago. 2025.

KICKBUSCH, I.; GLEICHER, D. **Governance for health in the 21st century**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2022. Disponível em: <https://iris.who.int/items/4040d940-3058-4674-99f3-e534cf9ad810>. Acesso em: 24 fev. 2026.

KISSLER, S. M. *et al.* Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. **Science**, v. 368, n. 6493, p. 860-868, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1126/science.abb5>. Acesso em: 24 fev. 2026.

KLUGE, H, M, *et al.* Strengthening global health security by embedding the International Health Regulations requirements into national health systems. **BMJ Glob Health**. 2018 Jan 20;3(Suppl 1):e000656.

LANA, R. M.; *et al.* The novel coronavirus (SARS-CoV-2) emergency and the role of timely and effective public health measures in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, e00019620, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32187288/>. Acesso em: 24 fev. 2026.

LIPSCOMB, M. *et al.* Who counts Where? COVID-19 surveillance in federal democracies. **Comparative Politics**, v. 53, n. 4, p. 575–597, jul. 2021.

LUDKE, M; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, C. V., PEREIRA, A. M. M., FREITAS, C. M. **Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições [online]**. Rio de Janeiro, RJ: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz, 2022.

MACHADO, C. V; VIANA, A. L. A. Instituições, decisões e práticas: governança e gestão do SUS. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org). **Políticas e sistemas de Saúde no Brasil**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

MASSUDA, A.; *et al.* **Pontos chave para gestão do SUS na resposta à pandemia COVID-19. Nota Técnica n. 6**. IEPS: São Paulo. 2020.

MATTEI, L.; HEINEN, V. L. Impactos da crise da Covid-19 no mercado de trabalho brasileiro. **Brazilian Journal of Political Economy**, v. 40, n. 4, p. 647–668, out. 2020.

MEIRA, A. P. B. *et al.* Gestão regional no enfrentamento à pandemia da COVID-19: o caso paulista. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 137, p. 392–405, 2023.

MENDES, E. V. O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da COVID-19 ou o paciente invisível. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 2417-2422. 2020.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec. 2002.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICOS. **Notas técnicas**. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 16 jul. 2014 (atualizado em 22 maio

2024). Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/seus-direitos/consumidor/notas-tecnicas/notas-tecnicas>. Acesso em: 21 de set. 2025.

MOURA, P.; *et al.* **Perfil Epidemiológico da covid-19 em Santa Catarina**. Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde, [S. l.], v. 9, n. 1, 2021. Disponível em: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/2316>. Acesso em: 4 mar. 2026.

OLIVEIRA, A.; LEMOS, M. Comunicação de risco e governança em saúde na pandemia da COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 3985-3994, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)**. 30 jan. 2020b. Disponível em: [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 19 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (OMS). **Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19: interim guidance, 27 May 2020**. Geneva: World Health Organization, 2020c. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>. Acesso em: 19 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (OMS). **Regulamento Sanitário Internacional (2005)**. 3. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/regulamento-sanitario-internacional-2005-terceira-edicao>. Acesso em: 27 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília : OPAS; 2018

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Histórico da Pandemia por COVID- 19**. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 19 de junho. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Manutenção de serviços essenciais de saúde: orientação operacional para o contexto da COVID-19**. Orientação provisória 1º de junho de 2020. Brasília, D.F. 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52363/OPASWBRACOVID1920083_por.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 04 de abril. 2023.

PEREIRA, C.; OLIVEIRA, M. S.; PINHEIRO, R.; CARNEIRO, F.; ALMEIDA, M.; LIMA, J. *et al.* Desafios da reorganização do sistema de saúde para enfrentamento da COVID-19 no Brasil: desigualdades regionais e estrutura de cuidado. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 125, p. 391–406, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3WbqYLWqnc8MSJ7LpnBY5SK/?lang=pt>.

REDE DE PESQUISA SOLIDÁRIA. **COVID-19: Políticas Públicas e as Respostas da Sociedade. Boletim n. 4: Falta de coordenação entre o governo Federal e estados enfraquece a política de distanciamento social. A flexibilização sem**

critérios pode agravar a pandemia. São Paulo: USP, 30 abr. 2020. Disponível em: <https://redepesquisasolidaria.org/boletins/boletim-4/>. Acesso em: 01. dez. 2025.

REGINATO, V. D. S. C. *et al.* Coleção de mapas temporais como auxílio na representação da difusão da COVID-19 no Estado de Santa Catarina: Histórico entre 12/03/2020 e 11/05/2020. **Metodologias e Aprendizado**, 3, 102-113. 2020.

SANTA CATARINA. **Enfrentamento ao coronavírus: ações do governo do estado de Santa Catarina.** 2020a. Disponível em: <https://www.coronavirus.sc.gov.br/wpcontent/uploads/2020/04/ACOES-DE-GOVERNO-30 DIAS-CORONAVIRUS.pdf>. Acesso em: 26 de junho. 2023..

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Coronavírus – Boletim Epidemiológico, 29 de dezembro de 2020.** Florianópolis: SES/SC, 2020b. .

SANTA CATARINA. **Enfrentamento ao coronavírus: ações do Governo do Estado de Santa Catarina.** Florianópolis, 2020a. Disponível em: <https://www.coronavirus.sc.gov.br/wpcontent/uploads/2020/04/ACOES-DE-GOVERNO-30DIAS-CORONAVIRUS.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2026.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **Portaria SES nº 341, de 20 de maio de 2020.** Dispõe sobre medidas relacionadas ao enfrentamento da COVID-19 no estado de Santa Catarina. Florianópolis: SES, 2020b.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **Portaria SES nº 398 de 09 de junho de 2020.** Define as orientações para o uso do teste para a COVID-19 de todos os trabalhadores (sintomáticos e/ou assintomáticos) das fábricas, indústrias e empresas públicas e privadas em todo o Estado de Santa Catarina, bem como as definições para afastamento dos trabalhadores e a retomada ao trabalho. SES: Florianópolis, 2020c.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria SES n.º 464, de 3 de julho de 2020.** SES: Florianópolis, 2020d.

SANTA CATARINA. Decreto nº 2400, de 30 de dezembro de 2022. **Aprova a estrutura organizacional básica da Administração Pública Estadual.** Florianópolis: Governo do Estado de Santa Catarina, 2022.

SANTA CATARINA. **Ações de governo: 30 dias de coronavírus.** Florianópolis: Governo do Estado de Santa Catarina, 2020d. Disponível em: <https://www.coronavirus.sc.gov.br/acoes/>. Acesso em: 25 de set. 2025.

SANTOS, A. DE O.; LOPES, L. T. **Normativas estaduais para o enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Brasil.** Brasília – DF. CONASS. 2023. 169 p.

SCHMIDT, V. A. Theorizing institutional change and governance in European responses to the Covid-19 pandemic. **Journal of European Integration**, v. 42, n. 8, p. 1177-1193, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07036337.2020.1853121>. Acesso em: 24 fev. 2026.

SCUDELER, M. R. *et al.* Vigilância em saúde e transparência na pandemia: experiências estaduais brasileiras. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 3, e2021520, 2022.

SENADO FEDERAL. **Pandemia evidenciou graves problemas sociais e econômicos do Brasil, diz Paim**. Senado Notícias, 03. nov. 2020. Disponível em [https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/11/03/pandemia-evidenciou-graves-problemas-sociais-e-economicos-do-brasil-diz-paim]. Acesso em: 29. nov. 2025.

SILVA, L. L. S. *et al.* Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. **Cadernos de Saúde Pública**, v.36, n.9, p. e00185020, jul. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/gR6mkQmSqBHqvZb5YMNYjxD/?format=pdf&lang=pt. Acesso em 18 ago. 2024.

SILVA, P; SANTOS, L; CARVALHO, G. A atuação dos estados brasileiros no enfrentamento da pandemia de COVID-19: desafios da coordenação federativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 1, p. 1681-1692, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021265.00692021.

SOUZA, D. O. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, supl. 1, p. 2469-2477, 2020.

TEIXEIRA, C.F. (org). **Planejamento em Saúde – Conceitos, Métodos e Experiências**. EDUFBA: Salvador; 2010.

THE WORLD BANK. **The world development indicators**. 2023. Disponível em: https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/. Acesso em: 23 de outubro. 2023.

TRAR, C. L. M. S. *et al.* **A resposta da Coreia do Sul à pandemia de COVID-19: lições aprendidas e recomendações a gestores**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, e00118621, 2022. Disponível em https://www.scielo.br/j/csp/a/JLzpbwgfFYKWL3HKc7Jw7Br/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 01 dez. 2025.

TRETTEL, A. C. P. T. *et al.* Viroses de transmissão respiratória. *In*: LEMOS, E. R. S., *et al* (eds.). **Tópicos em Virologia** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2023, pp. 117-150. BIO collection. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557082119.0006>. Acesso em: 2 mar. 2026.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). **Impactos da Covid-19: pesquisa da UFSC mostra expansão da pobreza e da vulnerabilidade em SC**. Florianópolis: UFSC, 22 nov. 2024. Disponível em https://www.apufsc.org.br/2024/11/22/pesquisa-da-ufsc-mostra-impacto-da-covid-19-com-expansao-da-pobreza-e-vulnerabilidade-em-sc/. Acesso em: 11 ago. 2025.

VAMPA, D. COVID-19 and territorial policy dynamics in Western Europe: comparing France, Germany, Italy and Spain. **Regional & Federal Studies**, v. 31, n. 5, p. 577–600, 2021.

VENTURA, D. Saúde pública e política externa brasileira. **Sur – Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 10, n. 19, p. 109-17, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **COVID-19: Strategic Preparedness and Response Plan – Operational planning guidelines to support country preparedness and response**. Genebra: OMS, 22 de maio 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/draft-operational-planning-guidance-for-un-country-teams>. Acesso em 20 de maio. 2025..

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Novel Coronavirus(2019-nCoV) Situation Report – 22**. 2020b. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22-ncov.pdf?sfvrsn=fb6d49b1_2. Acesso em: 08 de jan. de 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Surveillance for human infection with coronavirus disease (COVID-19)**. Geneva: WHO, 2020c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The Independent Panel. **COVID-19: Make it the Last Pandemic by The Independent Panel for Pandemic Preparedness & Response**. 2021. Disponível em: https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf. Acesso em: 23 de junho. 2023.

WOUTERS, O. J. *et al.* **Challenges in ensuring global access to COVID-19 vaccines: production, affordability, allocation, and deployment**. The Lancet, London, v. 397, n. 10278, p. 1023-1034, 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00306-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00306-8). Acesso: 24 fev. 2026.

ZAROCOSTAS, J. How to fight an infodemic. **The Lancet**, v. 395, n. 10225, p. 676, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30461-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30461-X/fulltext). Acesso em: 24 fev. 2026.

APÊNDICE A – ATOS NORMATIVOS ESTADUAIS DE SC

Leis Estaduais publicadas para o enfrentamento à pandemia por covid-19 no Estado de Santa Catarina no ano de 2020.

Data de publicação	Prelúdio	Lei
13/04/2020	Prevê a suspensão temporária dos atos destinados ao envio de certidões para protesto de débitos inscritos em dívida ativa, tributária ou não, no âmbito do Estado de Santa Catarina.	Nº 17.929/2020
15/04/2020	Isenta de recolhimento do ICMS inclusive sobre importação, os medicamentos, produtos e equipamentos médicos e hospitalares que estejam relacionados à pandemia do coronavírus, até o mês de setembro de 2020, e adota outras providências.	Nº 17.930/2020
24/04/2020	Proíbe o corte dos serviços de energia elétrica, água, esgoto e gás no estado de Santa Catarina até 31 de dezembro de 2020.	Nº 17.933/2020
24/04/2020	Altera a Lei 16.861, de 2015	Nº 17.934/2020
04/05/2020	Autoriza o Poder Executivo a conceder subsídio parcial nas taxas de juros remuneratórios em operações de crédito para micro e pequenos empreendedores sediados no Estado, com o objetivo de mitigar os prejuízos econômicos decorrentes da emergência de saúde pública causada pelo coronavírus (covid-19), e estabelece outras providências.	Nº 17.935/2020
04/05/2020	Regula os prazos de vigência das autorizações e dos licenciamentos ambientais no Estado de Santa Catarina, em razão da decretação de calamidade pública devido à pandemia do novo coronavírus (covid-19).	Nº 17.938/2020
08/05/2020	Reconhece a atividade religiosa como essencial.	Nº 17.940/2020
08/05/2020	Reconhece a prática de atividades físicas e exercícios como essenciais para a população de Santa Catarina, tanto em estabelecimentos dedicados a essa finalidade quanto em espaços públicos, durante períodos de crise provocados por doenças contagiosas ou catástrofes naturais.	Nº 17.941/2020
25/05/2020	Dispõe sobre a transparência nos contratos emergenciais celebrados pela Administração Pública Estadual em função do Estado de Calamidade Pública decorrente da pandemia de coronavírus.	Nº 17.945/2020

25/05/2020	Reconhece os serviços odontológicos como essenciais para o Estado de Santa Catarina durante períodos de calamidade pública.	Nº 17.946/2020
03/06/2020	Reconhece o transporte coletivo urbano municipal e intermunicipal de passageiros como essencial para a população, mesmo em situações de calamidade, emergência, epidemia ou pandemia.	Nº 17.950/2020
10/07/2020	Estabelece medidas, no âmbito da Administração Pública Estadual Direta, Autárquica e Fundacional do Poder Executivo, para o enfrentamento do estado de calamidade pública declarado pelo Decreto Legislativo nº 18.3323, de 2020.	Nº 17.952/2020
10/07/2020	Altera o Anexo I da Lei nº 17.335, de 30 de novembro de 2017, que "Consolida as Leis que dispõem sobre a instituição de datas e festividades alusivas no âmbito do Estado de Santa Catarina", para instituir o Dia Estadual do Conselheiro Comunitário de Segurança, como uma medida imediata para incentivar os agentes comunitários na implementação de ações de prevenção ao contágio do coronavírus (covid-19).	Nº 17.956/2020
20/07/2020	Estabelece prioridade no atendimento aos profissionais de saúde na destinação de EPI e na testagem da covid-19, enquanto vigorar o Decreto Legislativo nº 18.332, de 2020.	Nº 17.960/2020
30/07/2020	Torna-se obrigatória a afixação de dispensadores de álcool em gel no interior dos veículos que realizem transporte coletivo no território estadual, em decorrência do coronavírus.	Nº 17.972/2020
30/07/2020	Altera a Lei 16.733 de 2015 "que consolida as leis que dispõe sobre o reconhecimento de utilidade pública estadual no âmbito do Estado de Santa Catarina", para prorrogar em razão da vigência do estado de calamidade pública, o prazo de validade das certidões de reconhecimento de utilidade pública estadual expedidas pela Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina	Nº 17.973/2020
30/07/2020	Reconhece-se que os serviços de alimentação, como restaurantes, lanchonetes, padarias e afins, são essenciais para a população, mesmo em situações de calamidade pública.	Nº 17.974/2020
24/08/2020	Estabelece a transferência de recursos da União para oferecer auxílio financeiro aos Hospitais Filantrópicos e Clínicas de Hemodiálise contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), repassando esses valores aos Gestores	Nº 17.989/2020

	Estaduais e Municipais para o enfrentamento e combate à covid-19.	
27/08/2020	Regulamenta a divulgação de boletins epidemiológicos diários e relatórios de despesas relacionadas à pandemia da covid-19 no Estado de Santa Catarina.	Nº 17.990/2020
24/09/2020	Estabelece a destinação de recursos emergenciais aos trabalhadores e pessoas jurídicas do setor cultural de Santa Catarina, com o objetivo de reduzir os prejuízos econômicos resultantes da emergência de saúde pública de importância internacional causada pelo coronavírus, que originou o surto em 2019.	Nº 18.002/2020
28/09/2020	Autoriza a utilização de espaços, públicos ou privados, destinados à prática de esportes coletivos durante o período de estado de calamidade pública declarado no Estado de Santa Catarina, em decorrência da pandemia de síndrome respiratória provocada pelo novo coronavírus (covid-19).	Nº 18.006/2020
29/09/2020	Estabelece medidas temporárias a serem implementadas no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde (SES) para enfrentar a emergência de saúde pública de importância internacional causada pelo coronavírus responsável pelo surto de 2019. A Lei nº 18.103, de 26 de março de 2021, altera os artigos 3º, 4º e 12 da Lei nº 18.007, de 2020, que trata dessas medidas, com modificações posteriores pela Lei nº 18.113, de 14 de maio de 2021, pela Medida Provisória nº 242, de 30 de julho de 2021, e pela Lei nº 18.378, de 24 de maio de 2022.	Nº 18.007/2020
06/10/2020	Regulamenta a hospedagem excepcional de profissionais da saúde pública em hotéis, pousadas ou alojamentos similares, por requisição do Estado, durante o período de calamidade pública ocasionado pela pandemia de covid-19.	Nº 18.014/2020
08/10/2020	Suspende os prazos referentes a concursos públicos enquanto estiver em vigor o Decreto Legislativo nº 18.332, de 20 de março de 2020, que declara estado de calamidade pública no Estado de Santa Catarina.	Nº 18.016/2020
26/11/2020	Isenta do ICMS as operações de doação ao TSE e demais Justiças Eleitorais relacionadas a mercadorias destinadas ao combate à Covid-19 durante as eleições municipais de 2020.	Nº 18.030/2020
08/12/2020	Dispõe sobre as atividades essenciais no Estado de Santa Catarina.	Nº 18.032 /2020

20/06/2020	Trecho vetado pelo Governador do Estado e mantido pela ALESC do Projeto de Lei que se transformou na Lei 17.960, de 20 de julho de 2020, que prioriza o atendimento aos profissionais de saúde na distribuição de equipamentos de proteção individual (EPI) e na testagem da covid-19 enquanto estiver em vigor o Decreto Legislativo n. 18.332, de 2020.	Nº 17.960/2020
------------	---	----------------

Medidas Provisórias publicadas para o enfrentamento à pandemia de coronavírus (covid-19) no Estado de Santa Catarina no ano de 2020

Data de Publicação	Descrição	Medida Provisória
02/04/2020	Durante o estado de calamidade pública os órgãos e as entidades da Administração Estadual Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Poder Executivo poderão: I adotar regime de trabalho remoto, II antecipar as férias dos servidores públicos, III determinar usufruto de licença-prêmio aos servidores públicos, IV instituir regime de compensação de jornada por meio de banco de horas.	Nº 227
26/05/2020	Ficam fixados, exclusivamente no âmbito das unidades hospitalares e assistenciais sob gestão própria do estado, os valores da Retribuição por Produtividade Médica (RPM), devida aos servidores de que trata o art. 6º da Lei nº 16.160, de 7 de novembro de 2013, relativos ao período de apuração de 1º de abril de 2020 a 30 de junho de 2020.	Nº 228
13/08/2020	Dispõe sobre a destinação de recursos em caráter emergencial aos trabalhadores e pessoas jurídicas do setor cultural catarinense, com o objetivo de mitigar os prejuízos econômicos advindos da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da covid-19.	Nº 229
28/09/2020	Isenta do imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS) as operações de doação realizadas por pessoa jurídica, contribuinte ou não do imposto ao Tribunal Superior Eleitoral e aos demais órgãos da justiça Eleitoral de mercadorias de combate e prevenção à covid-19 para a realização das eleições municipais de 2020.	Nº 230
14/12/2020	Dispõe sobre o ressarcimento a hospitais das diárias de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) não habilitados pelo Ministério da Saúde, disponibilizados ao enfrentamento da covid-19.	Nº 231
23/12/2020	Altera os artigos 3º, 4º e 12º da Lei 18.007 de 2020, que estabelece medidas temporárias a serem adotadas no âmbito da Secretaria	Nº 233

	Estadual de Saúde para enfrentamento da covid-19 referentes aos valores das RPMs devida aos servidores, bem como, alteração dos valores da Retribuição por Gestão Hospitalar.	
--	---	--

Decretos estaduais que possuem correlação direta ou indireta com a covid-19, publicadas no estado de Santa Catarina no ano de 2020

Data de Publicação	Descrição	Decreto	Data de Derrogação
12/03/2020	Dispõe sobre as medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional causada pelo coronavírus e estabelece outras providências.	Nº506/2020	25/03/2020
16/03/2020	Dispõe sobre medidas de prevenção e combate ao contágio pelo coronavírus (covid-19) nos órgãos e entidades da Administração Pública Direta e Indireta, e estabelece outras providências.	Nº 507/2020	17/03/2020
17/03/2020	Continua a implementação gradual de ações de prevenção e combate à disseminação do coronavírus (covid-19) nos órgãos e entidades da Administração Pública Estadual, tanto direta quanto indireta, e determina outras medidas.	Nº 509/2020	23/03/2020
17/03/2020	Declara estado de emergência em todo o território de Santa Catarina, conforme o COBRADE nº 1.5.1.1.0 - doenças infecciosas virais, visando a prevenção e combate à covid-19, e determina outras medidas.	Nº 515/2020	23/03/2020 (revogação parcial)
19/03/2020	Adiciona os artigos 3º-A e 3º-B ao Decreto nº 515, de 2020, que declara estado de emergência em todo o território catarinense, conforme o COBRADE nº 1.5.1.1.0 - doenças infecciosas virais, visando a prevenção e combate à covid-19, e determina outras medidas.	Nº 521/2020	23/03/2020 (revogação parcial)
20/03/2020	Declara estado de calamidade pública em Santa Catarina para os fins previstos no art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 2000.	Nº18.332/2020	
23/03/2020	Estabelece as diretrizes para a operacionalização e transparência na utilização dos recursos recebidos	Nº 524/2020	

	para enfrentar a emergência de saúde pública causada pelo coronavírus (covid-19).		
23/03/2020	Estabelece novas medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional causada pelo coronavírus e determina outras providências.	Nº 525/2020	17/04/2020
26/03/2020	Regulamenta a suspensão e prorrogação de prazos no âmbito da Administração Tributária Estadual e determina outras providências.	Nº 532/2020	
30/03/2020	Modifica o Decreto nº 525, de 2020, para implementar novas regras de combate à epidemia do coronavírus (covid-19) e determina outras providências.	Nº 535/2020	17/04/2020
02/04/2020	Modifica o Decreto nº 525, de 2020, para regulamentar o regime de trabalho remoto para os agentes públicos que atuam em serviços considerados não essenciais, no âmbito da Administração Pública Estadual Direta, Autárquica e Fundacional do Poder Executivo, durante a situação de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, e determina outras providências.	Nº 547/2020	17/04/2020
06/04/2020	Adiciona o art. 26-A ao Decreto nº 525, de 2020, que trata de novas medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional causada pelo coronavírus, além de determinar outras providências.	Nº 548/2020	17/04/2020
06/04/2020	Altera o art. 1º do Decreto nº 532, de 2020.	Nº 549/2020	
07/04/2020	Modifica o art. 7º do Decreto nº 525, de 2020, que trata de novas medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional causada pelo coronavírus e estabelece outras providências.	Nº 550/2020	17/04/2020
11/04/2020	Modifica o Decreto nº 525, de 2020, que trata de novas medidas para enfrentar a emergência de saúde pública de importância internacional causada pelo coronavírus e estabelece outras providências.	Nº 554/2020	17/04/2020
17/04/2020	Declara estado de calamidade pública em todo o território catarinense, conforme o COBRADE nº 1.5.1.1.0 – doenças infecciosas virais, para o	Nº 562/2020	14/07/2021

	enfrentamento à covid-19, e adota outras providências.		
17/04/2020	Regulamenta a suspensão do pagamento da indenização pelo uso de veículo próprio, conforme estipulado no Decreto nº 283, de 2019.	Nº 565/2020	
28/04/2020	Altera o Decreto nº 562, de 2020	Nº 582/2020	
30/04/2020	Altera o Decreto nº 562, de 2020	Nº 587/2020	
04/05/2020	Altera o Decreto nº 562, de 2020	Nº 591/2020	
07/05/2020	Modifica o Decreto nº 532, de 2020, que regulamenta a suspensão e prorrogação de prazos no âmbito da Administração Tributária Estadual, e adota outras providências.	Nº 595/2020	
25/05/2020	Define um procedimento para agilizar o processo de licenciamento ambiental.	Nº 617/2020	
01/06/2020	Modifica o Decreto nº 562, de 2020, que declara estado de calamidade pública em todo o território catarinense, conforme o COBRADE nº 1.5.1.1.0 - doenças infecciosas virais, para o enfrentamento à covid-19.	Nº 630/2020	
05/06/2020	Modifica o Decreto nº 630, que por sua vez altera o Decreto nº 562 de 2020, o qual declara estado de calamidade pública em todo o território de Santa Catarina, conforme o COBRADE nº 1.5.1.1.0 - doenças infecciosas virais, para enfrentar a covid-19, e adota outras medidas necessárias.	Nº 651/2020	
30/06/2020	Modifica o Decreto nº 532, de 2020, que trata da suspensão e prorrogação de prazos na Administração Tributária Estadual e adota outras providências.	Nº 669/2020	
09/07/2020	Modifica o Decreto Legislativo nº 18.332, de 2020, que "Declara Estado de Calamidade Pública em Santa Catarina para os fins previstos no art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 2000."	Nº 18.333/2020	
13/07/2020	Modifica os artigos 8º e 11 do Decreto nº 562, de 2020, que declara estado de calamidade pública em todo o território catarinense, conforme o COBRADE nº 1.5.1.1.0 - doenças infecciosas virais, para o enfrentamento à covid-19, e adota outras providências.	Nº 719/2020	

17/07/2020	Altera o Decreto nº 562, de 2020, que declara Estado de Calamidade Pública em todo o território Catarinense.	Nº 724/2020	
24/07/2020	Modifica o Decreto nº 562, de 2020, que declara estado de calamidade pública em todo o território de Santa Catarina, conforme o COBRADE nº 1.5.1.1.0 - doenças infecciosas virais, para o enfrentamento da covid-19, e adota outras providências.	Nº 740/2020	
31/07/2020	Modifica o art. 8-A do Decreto nº 562, de 2020, que declara estado de calamidade pública em todo o território catarinense.	Nº 762/2020	
14/08/2020	Altera o Decreto nº 562, de 2020	Nº 792/2020	
04/09/2020	Modifica o § 5º do art. 2º do Decreto Legislativo nº 18.332, de 2020, que "Declarou estado de calamidade pública em Santa Catarina para os fins dispostos no art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 2000."	Nº 18.334/2020	
06/10/2020	Altera o Decreto nº 532, de 2020.	Nº 881/2020	
14/10/2020	Estende o prazo do estado de calamidade pública declarado pelo Decreto nº 562, de 2020.	Nº 890/2020	
26/11/2020	Altera o art. 11 do Decreto nº 562 de 17 de abril de 2020.	Nº 951/2020	
04/12/2020	Estabelece medidas de enfrentamento da covid-19 em todo território catarinense e estabelece outras providências.	Nº 970/2020	
03/12/2020	Modifica o art. 11 do Decreto nº 562, de 2020, que declara estado de calamidade pública em todo território catarinense.	Nº 968/2020	
14/12/2020	Estabelece a regulamentação da Lei 18032 de 2020, que trata das atividades essenciais no Estado de Santa Catarina e define outras medidas necessárias.	Nº 1.003/2020	
16/12/2020	Modifica o art. 1º e o § 5º do art. 2º do Decreto Legislativo nº 18.332, de 2020, que "Declara estado de Calamidade Pública em Santa Catarina", conforme o disposto no art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 2000.	Nº 18.340/2020	
18/12/2020	Altera o Decreto nº 562, de 2020, para organizar as medidas de enfrentamento da pandemia de covid-	Nº 1.027/2020	

	19 durante a temporada de verão, e define outras providências necessárias.		
--	--	--	--

Atos Conjuntos Estaduais publicadas para o enfrentamento à pandemia de covid-19 no Estado de Santa Catarina no ano de 2020

Data de Publicação	Descrição	Ato
24/03/2020	Definição de caso suspeito: O texto descreve três situações nas quais a pessoa é considerada suspeita de estar com covid-19, sempre associando febre e sintomas respiratórios, além de histórico de viagem ou contato com casos suspeitos/confirmados. Medidas gerais: Fornecimento de EPIs e produtos de higiene: Cada unidade prisional e socioeducativa deve disponibilizar máscaras, insumos para higienização de mãos (sabão e álcool 70%) e manter ambientes limpos. Isolamento inicial: Novos reeducandos devem ficar separados em celas/alojamentos até avaliação de saúde em até 48 horas. Suspeita de COVID-19: Usar máscara cirúrgica e realizar avaliação clínica/coleta de testes, seguindo protocolos de vigilância epidemiológica. Em quadros graves, encaminhar ao hospital de referência.	Nota Técnica Conjunta Nº019/2020 DIVS/DIVE/SES e SAP

Instruções Normativas Estaduais publicadas para o enfrentamento à pandemia de covid-19 no Estado de Santa Catarina no ano de 2020

Data de Publicação	Descrição	Ato
27/03/2020	Resumo da Instrução Normativa para Aquisições e Contratações em Situação de Emergência (covid-19): As unidades interessadas devem encaminhar Termo de Referência, requisição e justificativa à Diretoria de Planejamento e Gestão da Compra (DPGC). Aquisição sem Contrato ou Ata Vigente: Quando não existir contrato ou ata para atender ao objeto solicitado, a DPGC encaminha o Termo de Referência à Diretoria de Licitações e Contratos (DLIC), que processa a aquisição emergencial (Dispensa de Licitação, art. 24, IV, Lei 8.666/93). Será publicado um edital de cotação direta, semanalmente, para que fornecedores enviem propostas de preço.	Instrução Normativa Nº001

**Resoluções Normativas da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina
publicadas para o enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Estado de Santa
Catarina no ano de 2020**

Data de Publicação	Descrição	Ato
21/12/2020	A presente norma revoga o art. 12 da Resolução Normativa nº 005/DIVS/SES, de 02/10/2020, que determinava a impressão, data e assinatura dos Relatórios de Observação de Inspeção (ROI) resultantes de autoinspeção para fins de deferimento de Alvará Sanitário. Os demais artigos da Resolução permanecem inalterados.	Resolução Normativa Nº007/DIVS/SES

**Portarias Estaduais publicadas pelo Estado de Santa Catarina para o
enfrentamento à pandemia de COVID-19 no Estado de Santa Catarina no ano
de 2020**

Data de Publicação	Descrição	Portaria
18/03/2020	Autoriza, em regime de exceção à suspensão de circulação e atividades determinadas pelo Decreto n. 515/2020, as situações especiais que indica.	Portaria GAB/SES 180/2020
24/03/2020	Declara que transmissão comunitária do vírus COVID-19 na macrorregião sul de saúde do Estado de Santa Catarina e autoriza, como situação especial, com fundamento no art. 6º e em regime de exceção à suspensão de circulação e atividades determinada pelo Decreto n. 515/2020, a prestação do serviço de manutenção corretiva de elevadores. (REVOGADA pela Portaria SES nº 87 de 29.01.2020)	PORTARIA GAB/SES nº 187
24/03/2020	Autoriza a continuar o atendimento de pacientes com doenças respiratórias (agudas e crônicas) as Clínicas que relaciona.	Portaria GAB/SES nº 188
22/03/2020	Para fins do disposto no art. 4º do Decreto nº 515, de 17 de março de 2020, disciplina a operação de atividades industriais e considera as padarias, mercearias, açougues e peixarias como serviços privados essenciais de comercialização de gêneros	Portaria SES nº 189

	alimentícios. (alterada pela Portaria SES Nº 743 de 24.09.2020) (REVOGADA pela Portaria SES nº 87 de 29.01.2020)	
25/03/2020	Considera como serviços privados essenciais clínicas, consultórios e ambulatórios que realizam consultas e exames para gestantes	Portaria Gabs/SES nº 190
31/03/2020	Estender excepcionalmente e exclusivamente no âmbito do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica - CEAF/SUS o prazo de aceitação das prescrições de medicamentos nos casos que indica e estabelece outras providências. (Revogada pela PORTARIA SES nº 1305 de 30 de novembro de 2021)	Portaria SES nº 209
01/04/2020	Altera artigos da Portaria SES nº 192, de 29 de março de 2020. (REVOGADA pela Portaria SES nº 86 de 29.01.2021.)	Portaria Nº 216 - SES
01/04/2020	Autoriza as atividades vinculadas à Construção Civil e o funcionamento dos estabelecimentos comerciais de materiais de construção, ferragens, ferramentas, material elétrico, cimento, tintas, vernizes e materiais para pintura, mármore, granitos e pedras de revestimento, vidros, espelhos e vitrais, madeira e artefatos, materiais hidráulicos, cal, areia, pedra britada, tijolos e telhas. (Revogada pela Portaria SES nº 1063 de 24.09. 2021)	Portaria N º 214 - SES
03/04/2020	Autoriza a confecção e uso de máscaras de tecido para a população em geral como uma barreira física que pode complementar os demais cuidados não farmacológicos. (Portaria SES nº 883 de 17.11.2020 Revoga o inciso I e II do Art. 4º da Portaria SES nº 244 de 12/04/2020). (Revogada pela PORTARIA SES nº 1305 de 30 de novembro de 2021)	Portaria SES Nº 224
05/04/2020	Autoriza, em todo o território catarinense, a partir de 06 de abril de 2020, a realização de atividades que especifica. (Revogada pela PORTARIA SES nº 1305 de 30 de novembro de 2021)	Portaria SES Nº 223
07/04/2020	A Portaria estabelece que as atividades descritas na Portaria SES nº 223, de 5 de abril de 2020, são realizadas em serviços privados e conveniados.	Portaria gab/SES Nº 227
07/04/2020	Autoriza a realização de atividades.	Portaria SES Nº 230
07/04/2020	Autoriza a partir de 08/04/2020 a realização de atividades dos estabelecimentos que oferecem serviços relacionados à lavanderia comercial, tinturaria, lavanderia de auto-serviço; (Revogada pela Portaria SES nº 1063 de 24.09. 2021)	Portaria SES Nº 231
08/04/2020	Autoriza, de forma restrita, o funcionamento e o acesso às dependências das unidades escolares de rede pública estadual de ensino, das Coordenadorias Regionais de Educação e do órgão	Portaria SES Nº 233

	central da Secretaria de Estado da Educação, exclusivamente para as finalidades que menciona na Portaria e estabelece outras providências. (Revogada pela PORTARIA CONJUNTA SES_SED_DCSC nº 983 de 15.12.2020)	
08/04/2020	Estabelece cuidados importantes para os trabalhadores, estabelecimentos e para os cidadãos em geral. (Revogada pela Portaria SES nº 1063 de 24.09. 2021)	Portaria SES Nº 235
08/04/2020	Autoriza a exposição à venda e a comercialização de máscaras de tecido por estabelecimentos localizados no Estado de Santa Catarina. (Revogada pela PORTARIA SES nº 1305 de 30 de novembro de 2021).	Portaria SES Nº 236
08/04/2020	Define normas de boas práticas em serviço de delivery (tele-entrega) para estabelecimentos comerciais. (Portaria 237 revogada pela Portaria SES nº 194 de 11 de março de 2022)	Portaria SES Nº 237
09/04/2020	Libera a partir da data de publicação atividades realizadas em Centros de Formação de Condutores (Auto Escolas) e Categorias credenciadas ao Departamento de Trânsito – DETRAN e estabelece outras providências. (REVOGADA pela PORTARIA SES nº 83 de 29.01. 2021)	Portaria SES Nº 238
09/04/2020	Determina prazo para a inserção de dados nos Sistemas de Informação em Saúde, relacionada ao Coronavírus.	Portaria SES Nº 239
10/04/2020	A Portaria autoriza, a partir de sua publicação, a realização de Feiras e Leilões de Bovinos, desde que sejam cumpridos requisitos sanitários e medidas de prevenção à COVID-19.	Portaria SES Nº 242
09/04/2020	Dispõe sobre critérios para realização dos exames relativos ao diagnóstico de COVID-19 por laboratórios públicos e privados de análises clínicas em Santa Catarina e adota outras providências.	Portaria SES nº 241
10/04/2020	A Portaria libera as atividades de pesca do arrasto de praia no litoral de Santa Catarina, desde que respeitadas regras de prevenção à COVID-19:	Portaria SES Nº 243
12/04/2020	Portaria nº 244 - Autoriza, em todo o território catarinense, a partir de 13 de abril de 2020, a abertura e a realização de atividades exercidas por: I - Hotéis, pousadas, albergues e afins; II - Restaurantes, bares, cafés, lanchonetes e afins; III - Comércio de rua em geral. (Revogada pela PORTARIA SES n. 1023 de 30 de dezembro de 2020)	Portaria SES Nº 244
12/04/2020	A Portaria autoriza, a partir de 13 de abril de 2020, que a Polícia Militar e a Polícia Civil de Santa Catarina atuem como autoridades de saúde em todo o estado, fiscalizando os serviços e atividades que	Portaria SES Nº 245

	estejam autorizados a funcionar sob regras especiais durante a pandemia de COVID-19.	
14/04/2020	Dispõe sobre leitos destinados à internação clínica para casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19. (alterada pela Portaria SES nº161 de 19.02. 2021)	Portaria SES Nº 246
16/04/2020	Estabelece condições para acesso de pessoas em estabelecimento público, privado ou filantrópico em funcionamento no Estado de Santa Catarina. (Revogada pela Portaria SES nº 1063 de 24.09. 2021)	Portaria SES Nº 251
13/04/2020	Estabeleceu medidas específicas de prevenção e controle da COVID-19 em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPSis) em SC.	Portaria SES Nº 252
20/04/2020	Estabelece monitoramento da saúde dos profissionais de saúde dos Estabelecimentos de Assistência à Saúde (EAS) e auxílio ao Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES).	Portaria SES Nº 253
20/04/2020	Estabelece as normativas de funcionamento de igrejas, templos religiosos e afins, a partir de 20 de abril de 2020. (Alterada pela Portaria SES nº 736 de 23.09.2020). (REVOGADA PELA PORTARIA SES nº 1002 de 23.12. 2020)	Portaria SES Nº 254
21/04/2020	Autorizou a retoma das atividades de empresas de Controle de Vetores e pragas urbanas.	Portaria SES Nº 255
21/04/2020	Estabelece as normativas de funcionamento de serviços de alimentação (restaurantes, bares, cafeterias, pizzarias, casas de chás, casas de sucos, lanchonetes, confeitarias e afins), a partir de 22 de abril de 2020. (Portaria SES Nº 743 de 24.09. 2020 revoga o art. 16) (Revogada pela PORTARIA SES nº 82 de 29.01. 2021).	Portaria SES Nº 256
21/04/2020	Autoriza o funcionamento dos estabelecimentos internos de shoppings, centros comerciais e galerias. (Alterada pela Portaria SES nº 708 de 18.09.2020) (alterada pela Portaria SES Nº 743 de 24.09. 2020). (Portaria SES nº 883 Revoga o inciso I e II do Art. 8º da Portaria SES nº 257, de 21/04/2020) (REVOGADA pela PORTARIA SES nº 84 de 29. 01.021)	Portaria SES Nº 257
21/04/2020	Autoriza, a partir de 22/04/2020, a realização de atividades dos estabelecimentos que oferecem serviços relacionados à prática regular de exercícios físicos como Academias de Ginástica, Musculação, Crossfit, Funcionais, Estúdios, Danças, Escolas de Natação, Hidroginástica, Hidroterapia, Academias de Lutas e áreas afins. (Portaria SES nº 713 de 18.09.2020)	Portaria SES Nº 258
22/04/2020	A Portaria autoriza, a partir de 22 de abril de 2020, que a Polícia Militar, a Polícia Civil e o Corpo de Bombeiros Militar de Santa	Portaria SES Nº 259

	Catarina atuem como autoridades de saúde em todo o estado, com competência para fiscalizar os serviços e atividades que estejam liberados a funcionar durante a pandemia de COVID-19.	
22/04/2020	Autoriza a Polícia Militar, a Polícia Civil e os Bombeiros Militares do Estado de Santa Catarina, a partir de 22 de abril de 2020, a agir na condição de autoridade de saúde em todo o território catarinense.	Portaria SES Nº 266
24/04/2020	Alterar o inciso IV, do art. 4º, da Portaria SES nº 254, de 20 de abril de 2020. (REVOGADA PELA PORTARIA SES nº 1002 de 23.12. 2020)	Portaria SES Nº 269
27/04/2020	A Portaria autoriza a retomada das atividades industriais em SC.	Portaria SES Nº 272
27/04/2020	A Portaria autoriza, a partir de 27/04/2020, a prática de atividades físico-desportivas individuais em ambientes ao ar livre (praias, parques, calçadas, ciclovias etc.), observando cuidados de distanciamento e higiene para prevenção da COVID-19.	Portaria SES Nº 275
30/04/2020	Autoriza as aulas presenciais teóricas nas dependências do DETRAN. (REVOGADA pela PORTARIA SES nº 83 de 29.01. 2021)	Portaria SES Nº 282
30/04/2020	Estabelece medidas mínimas para a proteção da saúde dos envolvidos diretamente na pesca do arrasto de praia da tainha em todo o litoral catarinense durante o período de vigência das medidas de contenção e controle do COVID-19 estabelecidas por atos do Governo Federal e/ou Estadual e/ou Municipal. (REVOGADA pela Portaria SES nº 85 de 29.01.2021.)	Portaria SES Nº 283
30/04/2020	Declara as atividades da Controladoria-Geral do Estado, para fins de atuação no enfrentamento da pandemia do coronavírus (COVID-19), serviços públicos essenciais. (Revogada pela PORTARIA SES nº 1305 de 30 de novembro de 2021)	Portaria SES Nº 285
06/05/2020	Libera, a partir da data de publicação desta Portaria, as atividades realizadas em Feiras e Leilões de Bovinos. (REVOGADA PELA PORTARIA SES nº 999 de 23.12. 2020)	Portaria SES Nº 288
11/05/2020	Designa os integrantes do Centro de Operações de Emergência em Saúde.	Portaria SES Nº 311
12/05/2020	A Portaria estabelece medidas de prevenção ao contágio da COVID-19 em abatedouros frigoríficos de carnes de Santa Catarina.	Portaria SES Nº 312
15/05/2020	Designar no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, os responsáveis das Unidades Hospitalares sob gestão direta da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e Unidades Hospitalares administradas por Organizações Sociais, pelo controle e registro de movimentação de gestão de estoque de medicamentos,	Portaria SES Nº 338

	insumos/materiais e equipamentos em cada unidade hospitalar, enquanto durar o período pandêmico da Covid-19.	
20/05/2020	A Portaria autoriza as Unidades Hospitalares a retomar, a partir de 25 de maio de 2020, as atividades de consultas e exames eletivos, com limitação de 50% da capacidade e isolamento das áreas de atendimento em relação às alas de pacientes com COVID-19.	Portaria SES Nº 341
20/05/2020	Ficam as Unidades Hospitalares autorizadas a reiniciar o agendamento e realização de procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, bem como, os procedimentos cirúrgicos realizados na modalidade Hospital Dia, a partir de 25 de maio de 2020. (Revogada pela Portaria nº 659 de 31.08.2020)	Portaria SES Nº 342
22/05/2020	A Portaria autoriza, a partir de 25 de maio de 2020, o retorno das atividades ambulatoriais de consultas e exames eletivos em todas as Unidades Hospitalares, abrangendo serviços das redes estadual, municipal e também aqueles prestados por Consórcios Públicos Municipais de Saúde. A norma revoga a Portaria A/B/SES nº 227, de 07 de abril de 2020, e entra em vigor na data de sua publicação.	Portaria SES Nº 344
22/05/2020	A Portaria autoriza, a partir de 25 de maio de 2020, o reinício do agendamento e realização de procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, bem como cirurgias em modalidade Hospital Dia, em todas as Unidades Hospitalares (redes estadual, municipal e via Consórcios Públicos Municipais de Saúde). A norma revoga a Portaria A/B/SES nº 227, de 07 de abril de 2020, e entra em vigor na data de sua publicação.	Portaria SES Nº 345
22/04/2020	Altera o inciso I do artigo 8º da Portaria SES nº 257 de 21 de abril de 2020. (REVOGADA pela Portaria SES nº 883 de 17.11.2020). (REVOGADA pela PORTARIA SES nº 84 de 29. 01.021)	Portaria SES Nº 346
22/05/2020	Alterar o §1º do Art. 2º da Portaria SES nº 238, de 08/04/20. (ReVOGADA pela PORTARIA SES nº 83 de 29.01. 2021)	Portaria SES Nº 347
22/05/2020	Permanece proibida a aglomeração de pessoas em qualquer ambiente, seja público ou privado, interno ou externo, para a realização de atividades de qualquer natureza. (Revogada pela PORTARIA SES nº 1305 de 30 de novembro de 2021).	Portaria SES Nº 348
22/05/2020	Ficam estabelecidas, em todo território catarinense, as práticas sobre a desinfecção através da pulverização de locais públicos externos, pulverização de alimentos e bebidas, pulverização de trabalhadores por túneis, o procedimento de limpeza e desinfecção de ambientes, bem como a conduta dos estabelecimentos frente aos trabalhadores confirmados e suspeitos. (Portaria 349 revogada pela Portaria SES nº 194 de 11 de março de 2022)	Portaria SES Nº 349

25/05/2020	Autorizar a retomada das atividades escolares de ensino presencial, realizadas por estabelecimentos públicos e privados, para a modalidade cursos livres. (Portaria SES nº 864 de 12.11.2020-Revoga o § 1º e § 4º do Art. 1º da Portaria SES nº 352, de 25/05/2020).	Portaria SES Nº 352
25/05/2020	Ficam as Unidades Hospitalares autorizadas à retomada das atividades dos estágios curriculares obrigatórios e ligas acadêmicas nas Unidades da SES.	Portaria SES Nº 353
26/05/2020	Para efeito da Portaria GAB/SES nº 352 de 25/05/2020, cursos livres são aqueles considerados como educação não formal de duração variável. Enquadram-se na categoria de Formação Inicial e Continuada ou Qualificação Profissional, proporcionando ao aluno conhecimentos que lhe permitam inserir-se no mercado de trabalho ou ainda aperfeiçoar seus conhecimentos em área específica.	Portaria SES Nº 357
05/06/2020	A Portaria autoriza o funcionamento de praças, parques, locais de entretenimento e zoológicos em Santa Catarina, desde que sejam adotadas medidas de prevenção à COVID-19.	Portaria SES Nº 391
09/06/2020	Autoriza as atividades em praças, parques, locais de entretenimento e zoológicos no território catarinense.	Portaria SES Nº 398
15/06/2020	A Portaria orienta o retorno parcial ao trabalho presencial de agentes públicos da Secretaria de Estado da Saúde (SES), com regras para exceções, escalas de revezamento e trabalho remoto (home office).	Portaria SES Nº 399
18/06/2020	A Portaria altera o Art. 1º da Portaria nº 272, de 27 de abril de 2020, para autorizar atividades de treino com bola no esporte profissional e amador em todo o território catarinense. A nova norma entra em vigor na data de sua publicação.	Portaria SES Nº 417
22/06/2020	Suspender todos os procedimentos cirúrgicos eletivos de média e alta complexidade, realizados sob anestesia geral, por período de 30 (trinta) dias a partir de 24 de junho de 2020. (Revogada pela Portaria nº 659 de 31.08.2020)	Portaria SES Nº 421
23/06/2020	A Portaria institui o Termo de Ciência de Transferência ou responsável.	Portaria SES Nº 423
23/06/2020	Ficam autorizadas as atividades de treino em equipe, com bola e sem bola, do esporte profissional no território catarinense	Portaria SES Nº 424
29/06/2020	Autoriza no território catarinense a realização de atividades de ensino presencial realizadas em estabelecimentos acadêmicos públicos e privados.	Portaria SES/SED Nº 447
29/06/2020	Estabelece medidas de prevenção para as atividades de aulas práticas de Cursos Técnicos em SC, excetuando-se os cursos	Portaria SES Nº 448

	técnicos das escolas da rede estadual de ensino. (Revogada pela PORTARIA CONJUNTA SES_SED_DCSC nº 983 de 15.12.2020)	
03/07/2020	Instituir o Programa de Descentralização e Regionalização das Ações de Combate à COVID-19, que consiste em um conjunto de ferramentas digitais de análise de dados e de mecanismos jurídicos, para a tomada de decisão no sentido de flexibilizar ou restringir as atividades sociais e econômicas, de forma gradual, progressiva e regionalizada, embasada em critérios e dados epidemiológicos, a partir de um monitoramento constante da situação pandêmica regional, criando subsídios à decisão para o enfrentamento ao coronavírus (COVID-19), considerando as Regiões de Saúde do Estado de Santa Catarina.	Portaria SES Nº 464
06/07/2020	A Portaria autoriza eventos na modalidade “drive-in” (cinema, shows, apresentações teatrais e musicais) em Santa Catarina, desde que sejam seguidas medidas de prevenção à COVID-19.	Portaria SES Nº 465
06/07/2020	Autoriza as competições de futebol profissional no Estado de Santa Catarina a partir da publicação desta portaria.	Portaria SES Nº 466
23/07/2020	A Portaria altera alguns dispositivos da Portaria SES nº 399/2020, que orienta o retorno ao trabalho presencial dos agentes públicos da Secretaria de Estado da Saúde (SES).	Portaria SES Nº 538
27/07/2020	A Portaria autoriza a retomada das competições de futebol profissional em Santa Catarina, com uma série de regras para prevenção e controle da COVID-19.	Portaria SES Nº 550
28/07/2020	Prorroga os efeitos da Portaria nº 421, de 22 de junho de 2020, que suspende todos os procedimentos cirúrgicos eletivos de média e alta complexidade, realizados sob anestesia geral, até 30 de agosto de 2020	Portaria SES Nº 551
05/08/2020	RETIFICA a Portaria 246 de 14 de abril de 2020, incluindo os hospitais e leitos abaixo listados (retificada pela Portaria SES nº 480 de 10.05. 2021).	Portaria SES Nº 567
08/08/2020	Os eventos esportivos organizados pela Fundação Catarinense de Esporte (FESPORTE), assim como os eventos e as competições esportivas da iniciativa privada somente estão autorizados a ocorrer no território catarinense após a publicação de regulamentação pelo COES e FESPORTE que estabeleçam os regramentos sanitários específicos para os mesmos. (REVOGADA PELA PORTARIA SES nº 884 de 17.11.2020)	Portaria SES Nº 580
17/08/2020	A Portaria estabelece critérios de funcionamento de atividades e medidas de enfrentamento à COVID-19 de acordo com a Avaliação de Risco Potencial Regional em Santa Catarina.	Portaria SES Nº 592

24/08/2020	As operadoras de transporte intermunicipal, urbano ou rodoviário, estão autorizadas a retomarem as atividades, desde que atendam às regras estabelecidas nesta Portaria. Revogada pela PORTARIA CONJUNTA SIE_SES nº 22 de 08 de janeiro de 2021.	Portaria SIE/SES Nº 583
21/08/2020	A Portaria autoriza a retomada de eventos e competições esportivas de automobilismo e motociclismo em Santa Catarina, desde que sejam seguidas regras sanitárias para prevenir a COVID-19.	Portaria SES Nº 625
19/08/2020	Permanecem suspensas as atividades esportivas coletivas de caráter amador recreativo no Estado de Santa Catarina. (REVOGADA PELA PORTARIA SES nº 884 de 17.11.2020)	Portaria Conjunta SED/SES Nº 612
21/08/2020	Permanecem suspensas as atividades esportivas coletivas de caráter amador recreativo no Estado de Santa Catarina. (REVOGADA PELA PORTARIA SES nº 884 de 17.11.2020)	Portaria SES Nº626
26/08/2020	Fica instituído o Serviço Móvel de Transferências Inter-Hospitalares-SC Inter-Hospitalar em todo o território catarinense;	Portaria SES Nº641
27/08/2020	A Portaria define o fluxo de atendimento a pessoas privadas de liberdade que apresentarem sintomas de COVID-19, desde a avaliação inicial na unidade prisional até o encaminhamento para hospitais, com base na gravidade dos sintomas.	Portaria SES Nº655
28/08/2020	Altera a Portaria SES nº 592, de 17 de agosto de 2020.	Portaria SES Nº658
31/08/2020	Ficam as Unidades Hospitalares autorizadas a reiniciar o agendamento e a realização dos procedimentos cirúrgicos eletivos de média e alta complexidade, bem como os procedimentos cirúrgicos realizados na modalidade Hospital Dia.	Portaria SES Nº659
31/08/2020	Ficam as Unidades Hospitalares autorizadas a reiniciar as atividades ambulatoriais de consultas eletivas e exames eletivos na sua integralidade (REVOGADA pela Portaria nº 181 de 23 de fevereiro de 2021)	Portaria SES Nº662
03/09/2020	Definir critérios para a retomada do futebol recreativo (REVOGADA pela PORTARIA SES nº 81 de 29 .01. 2021)	Portaria SES Nº664
01/09/2020	A Portaria estabelece regras para Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), visando prevenir e controlar a transmissão da COVID-19.	Portaria SES Nº665
03/09/2020	Considerar como essenciais os serviços do Departamento Estadual de Trânsito (DETRAN) e dos demais órgãos de trânsito do Estado (CIRETRAN, CITRAN), bem como das entidades credenciadas. (REVOGADA pela PORTARIA SES nº 83 de 29.01. 2021)	Portaria SES Nº677

14/09/2020	Define critérios para a retomada dos eventos e competições esportivas organizados pela iniciativa privada e pela Fundação Catarinense de Esporte (FESPORTE). (Alterada pela ERRATA publicada no DOESC de 18.09.2020) (Portaria SES nº 852 de 06 .11. 2020 altera o art. 3º).	Portaria SES Nº703
15/09/2020	Esta Portaria autoriza e estabelece critérios para o funcionamento de parques aquáticos e complexos de águas termais em Santa Catarina, condicionando a abertura à Avaliação de Risco Potencial de COVID-19 em cada região de saúde, e impondo protocolos sanitários rigorosos.	Portaria SES Nº705
18/09/2020	A Portaria altera a Portaria SES nº 257/2020, permitindo a prova de roupas em estabelecimentos de vestuário nas regiões de saúde classificadas em Risco Potencial Alto (amarelo) ou Risco Potencial Moderado (azul), observando medidas sanitárias.	Portaria SES Nº708
18/09/2020	Autoriza a retomada, de forma gradual e monitorada, dos eventos sociais, no Estado de Santa Catarina, considerando a Avaliação do Risco Potencial para COVID19 nas Regiões de Saúde (Portaria SES 821 de 23.10.2020 - Altera os incisos do Artigo 2º da Portaria SES nº 710, de 18/09/2020) (Revogada pela PORTARIA SES n. 1025 de 30 de dezembro de 2020).	Portaria SES Nº710
18/09/2020	Autoriza o funcionamento dos Museus no Estado de Santa Catarina, de forma gradual e monitorada, considerando a Avaliação do Risco Potencial para COVID19 nas regiões de saúde.	Portaria SES Nº712
18/09/2020	Autoriza o retorno das atividades dos estabelecimentos que oferecem serviços relacionados à prática regular de exercícios físicos como Academias de Ginástica, Musculação, Crossfit, Funcionais, Estúdios, Danças, Escolas de Natação, Hidroginástica, Hidroterapia, Academias de Lutas e áreas afins. (Revogada pela Portaria SES nº 1063 de 24.09. 2021)	Portaria SES Nº713
18/09/2020	Estabelece medidas de prevenção a fim de disciplinar a realização de concursos públicos e processos seletivos presenciais. (Revogada pela Portaria SES nº 1063 de 24.09. 2021)	Portaria SES Nº714
18/09/2020	Autoriza a retomada de forma gradual e monitorada, dos eventos na modalidade de Congressos, Palestras, Seminários e afins, no Estado de Santa Catarina, considerando a Avaliação do Risco Potencial para COVID19 nas regiões de saúde. (alterada pela Portaria SES Nº 770 de 01.10. 2020)	Portaria SES Nº715
18/09/2020	Autoriza de forma gradual e monitorada, os eventos na modalidade de Feiras e Exposições no Estado de Santa Catarina, considerando	Portaria SES Nº716

	a Avaliação do Risco Potencial para COVID19 nas Regiões de Saúde. (alterada pela Portaria SES nº 823 de 27.10.2020)	
23/09/2020	Retifica a Portaria 427, de 24 de junho de 2020	Portaria SES Nº720
24/09/2020	A Portaria autoriza, de forma gradual e monitorada, a abertura de bibliotecas em Santa Catarina, de acordo com o nível de risco da Avaliação de Risco Potencial para COVID-19, impondo diversas medidas de prevenção.	Portaria SES Nº738
23/09/2020	Altera o inciso I do Art. 2º, da Portaria SES nº 254, de 20 de abril de 2020 (REVOGADA PELA PORTARIA SES nº 1002 de 23.12. 2020)	Portaria SES Nº736
24/09/2020	A Portaria autoriza o funcionamento de cinemas e teatros em Santa Catarina de forma gradual e monitorada, conforme o nível de risco apontado na Avaliação de Risco Potencial para COVID-19 nas Regiões de Saúde.	Portaria SES Nº737
24/09/2020	Altera o Artigo 2º, Inciso I da Portaria SES nº 244, de 12 de abril de 2020; Altera o Artigo 1º da Portaria GAB/SES nº 189 de 22 de março de 2020; Altera o Art. 2º Portaria SES nº 257, de 21 de abril de 2020; Revogar o Art. 16 da Portaria SES nº 257 de 21/04/2020. Alterar o Art. 2º da Portaria SES nº 180, de 18 de março de 2020. (Portaria SES Nº 758 de 25.09. 2020) (art. 1º revogado pela Portaria SES n. 1023 de 30 de dezembro de 2020). (REVOGADA pela PORTARIA SES nº 84 de 29. 01.021). (REVOGADA pela Portaria SES nº 87 de 29.01.2020)	Portaria SES Nº743
24/09/2020	Autorizar e estabelecer critérios para o funcionamento monitorado de casas noturnas, boates, pubs, casas de shows e afins no Estado de Santa Catarina, nas regiões de Saúde Risco Potencial Moderado (representado pela cor azul) na Avaliação de Risco Potencial para COVID19, com 50% do público permitido pelo corpo de bombeiros. (o art. 1º e 2º foram alterados pela PORTARIA SES Nº 822 de 23.10.2020) (Revogadas pela PORTARIA SES N. 1024 de 30 de dezembro de 2020)	Portaria SES Nº744
25/09/2020	A Portaria altera regras da Portaria SES nº 465/2020, a qual autoriza e regulamenta eventos públicos na modalidade drive-in (cinema, shows, apresentações teatrais e musicais, festas com DJs) em Santa Catarina, com novas disposições sobre áreas de permanência para os veículos e normas sanitárias.	Portaria SES Nº749
25/09/2020	Esta Portaria determina que todos os municípios de Santa Catarina elaborem seu Plano de Contingência Municipal para a Educação, seguindo o modelo do Plano Estadual de Contingência para a	Portaria Conjunta Nº750/2020 SED/SES/DCSC

	Educação, e que cada unidade escolar elabore seu Plano de Contingência Escolar, adequando-o ao plano municipal.	
25/09/2020	Autoriza a retomada dos treinos e jogos de futsal, promovidos pela Federação Catarinense de Futebol de Salão.	Portaria SES N°754
25/09/2020	Revogar o Artigo 2º da PORTARIA SES N° 743, de 24 de setembro de 2020.	Portaria SES N°758
13/10/2020	Inclui servidores como integrantes do Centro de Operações de Emergência em Saúde.	Portaria SES N°763
01/10/2020	Altera a Portaria 592, de 17/08/2020	Portaria SES N°769
01/10/2020	Altera a Portaria SES nº 715, de 18/09/2020(REVOGADA PELA PORTARIA SES Nº 1004 de 23.12. 2020).	Portaria SES N°770
13/10/2020	A Portaria Conjunta SES/SED nº 778, de 06/10/2020, estabelece diretrizes sanitárias específicas para a retomada de atividades presenciais nas escolas públicas, privadas, comunitárias, confessionais e outras no estado.	Portaria Conjunta SES/SED N°792
06/10/2020	Prorroga a duração das medidas definidas na Portaria nº 198/GABS/SAP	Portaria Conjunta SES/SED N° 778
01/10/2020	Altera a Portaria SES 712, de 18/09/2020 (REVOGADA PELA PORTARIA SES nº 1001 de 23.12. 2020)	Portaria a SES N°771
06/10/2020	Principais pontos da Portaria Art. 1º - Retorno às atividades presenciais. Autorizado o retorno gradativo das atividades escolares presenciais nas regiões com Risco Potencial Alto (cor amarela).	Portaria Conjunta SES/SED N°778
13/10/2020	Excluir os seguintes servidores integrantes do Centro de Operações de Emergência em Saúde	Portaria SES N°801
23/10/2020	Altera os incisos do Artigo 2º da Portaria SES nº 710, de 18/09/2020 (Revogada pela PORTARIA SES n. 1025 de 30 de dezembro de 2020)	Portaria SES N°821
23/10/2020	Altera os Artigos 1º e 2º da Portaria SES nº 744, de 24/09/2020 (Revogada pela PORTARIA SES N. 1024 de 30 de dezembro de 2020)	Portaria SES N°822
23/10/2020	Alterar os incisos do Artigo 2º da Portaria SES nº 716 de 18/09/2020 (REVOGADA PELA PORTARIA SES nº 1011 de 28 .12.2020)	Portaria SES N°823
27/10/2020	Definir critérios de segurança sanitária a serem aplicados para a realização de eventos relacionados às eleições municipais 2020, em primeiro e segundo turnos.	Portaria SES N°824

27/10/2020	Alterar o inciso XXIX do Artigo 8º da Portaria SES nº 550, de 27/07/2020 (Revogada pela PORTARIA SES nº 1015 de 13.09.2021)	Portaria SES Nº829
27/10/2020	Altera os incisos do Artigo 2º da Portaria SES nº 715, de 18/09/2020 (REVOGADA PELA PORTARIA SES nº 999 de 23.12.2020)	Portaria SES Nº830
06/11/2020	Altera o Art. 3º da Portaria SES nº 592, de 17/08/2020 (REVOGADA pela Portaria SES nº 875 de 13/11/2020)	Portaria SES Nº854
06/11/2020	Altera o Art.3º da Portaria SES nº 703, de 14 de setembro de 2020	Portaria SES Nº852
06/11/2020	Altera o Art. 1º da Portaria Conjunta SES/SED nº 778, de 06 de outubro de 2020 (REVOGADA pela Portaria SES nº 875 de 13/11/2020)	Portaria Conjunta SES/SED Nº853
06/11/2020	Refere-se à decisão proferida na AÇÃO CIVIL PÚBLICA CÍVEL Nº 5070043-61.2020.8.24.0023/SC, em trâmite na 2ª Vara da Fazenda Pública, da Comarca da Capital. (Revogada pela Portaria SES nº 866 de 10.11.2020)	Portaria SES Nº855
12/11/2020	Art. 1º Revogar o § 1º e § 4º do Art. 1º da Portaria SES nº 352, de 25/05/2020.	Portaria SES Nº864
12/11/2020	Altera o Art. 2º da Portaria SES nº 712, de 18/09/2020, (REVOGADA PELA PORTARIA SES nº 1001 de 23.12.2020)	Portaria SES Nº865
10/11/2020	Revogar a Portaria SES nº 855, de 06 de novembro de 2020. (REVOGADA PELA PORTARIA CONJUNTA SES_SED_DCSC nº 983 de 15.12.2020)	Portaria SES Nº866
13/11/2020	Revogar a Portaria Conjunta SES/SED nº 853, de 06 de novembro de 2020, e a Portaria SES nº 854, de 06 de novembro de 2020.	Portaria SES Nº875
17/11/2020	Autoriza a prova de roupas, acessórios, bijuterias e calçados no comércio, em todo o território catarinense. (REVOGADA pela PORTARIA SES nº 84 de 29. 01.021)	Portaria SES Nº883
17/11/2020	Revoga as seguintes Portarias SES: nº 582 de 08.08.2020 - nº 625 de 21.08.2020 - nº 626 de 21.08.2020	Portaria SES Nº884
17/11/2020	Altera a Portaria SES nº 664, de 03/09/2020 (REVOGADA PELA PORTARIA SES nº 1005 de 23.12.2020)	Portaria SES Nº885
17/11/2020	Altera a Portaria SES nº 592, de 17/08/2020	Portaria SES Nº886
21/11/2020	Alterar o Art. 1º e o Art. 2º da Portaria Conjunta SES/SED nº 778, de 06 de outubro de 2020, para autorizar e estabelecer critérios para o retorno de atividades escolares/educacionais presenciais para as etapas da Educação Básica e profissional no Estado de Santa Catarina	Portaria Conjunta SES/SED Nº900

20/11/2020	Ficam obrigados todos os agentes públicos lotados e em exercício na Secretaria de Estado da Saúde, a retornar ao trabalho presencial, com exceções que indica. (Revogada pela Portaria nº 507 de 13.05.2021)	Portaria SES Nº897
21/11/2020	Altera os Artigos 3º, 4º, 5º e 6º da Portaria SES nº 592, de 17/08/2020, alterada pela Portaria SES nº 769, de 01/10/2020	Portaria SES Nº901
09/12/2020	Retifica a Portaria nº 246 de 23 de março de 2020 destinando 20 leitos clínicos e/ou cirúrgicos adulto para a internação clínica de casos suspeitos e/ou confirmados de atendimento COVID-19 no Hospital Nossa Senhora da Penha (CNES 2691469) no município de Penha, incluindo no Plano de Contingência de Enfrentamento à COVID-19 de Santa Catarina. (alterada pela Portaria SES nº 480 de 10.05. 2021)	Portaria SES Nº963
14/12/2020	Ratifica a a Portaria nº 246 de 14 de abril de 2020 incluindo 25 leitos clínicos e/ou cirúrgicos adulto para a internação clínica de casos suspeitos e/ou confirmados de atendimento COVID-19 no Hospital Santo Antonio (CNES 2550938) no município de Armazém, incluindo no Plano de Contingência de Enfrentamento à COVID-19 de Santa Catarina.	Portaria SES Nº977
15/12/2020	Estabelece protocolos de segurança sanitária para o retorno de atividades escolares/educacionais (curriculares e extracurriculares) presenciais para as etapas da Educação Básica, Educação Profissional, Ensino Superior e afins no Estado de Santa Catarina. (alterada pela PORTARIA CONJUNTA SES_SED_DCSC nº 166 de 16.02.2021) (alterada pela PORTARIA CONJUNTA SES_SED e DCSC nº 168 de 17.02.2021) (Revogada pela PORTARIA CONJUNTA SES_SED_DCSC nº 476 de 06 .05.2021)	Portaria Conjunta SESSED/DCSC Nº983
16/12/2020	Determinar que as unidades hospitalares encaminhem ofício para a Superintendência de Serviços Especializados e Regulação– SUR/SES, com o levantamento dos períodos e do número de leitos novos de UTI adulto ou pediátrico, exclusivos para casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG, de pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado da COVID-19, ativos e disponibilizados no Sistema de Gerenciamento de Leitos – SES LEITOS, cadastrados no CNES, porém não habilitados pelo Ministério da Saúde. (Revogada pela Portaria SES nº 537 de 25 .05.2021)	Portaria SES Nº988

23/12/2020	Autorizar e estabelecer critérios para o funcionamento de parques aquáticos e complexos de águas termais no Estado de Santa Catarina. (Revogada pela Portaria SES nº 1063 de 24.09. 2021)	Portaria SES Nº998
23/12/2020	Autorizar, de forma gradual e monitorada, os eventos na modalidade de Feiras, Exposições e Leilões no Estado de Santa Catarina, considerando a Avaliação do Risco Potencial para COVID19 nas Regiões de Saúde. (Revogada pela Portaria SES nº 1063 de 24.09. 2021)	Portaria SES Nº999
07/12/2020	Autorizar e estabelecer critérios para o acesso e permanência de pessoas nas faixas de areia e/ou margens de praias, rios, lagos e lagoas de todo o território catarinense. (Portaria nº 1.000 revogada pela Portaria SES nº 194 de 11 de março de 2022)	Portaria SES Nº1000
23/12/2020	Autorizar o funcionamento dos Museus no Estado de Santa Catarina, de forma gradual e monitorada, considerando a Avaliação do Risco Potencial para COVID19 nas regiões de saúde. (Revogada pela Portaria SES nº 1063 de 24.09. 2021)	Portaria SES Nº1001
23/12/2020	Segue o resumo da portaria sobre o funcionamento de igrejas, templos religiosos e afins em Santa Catarina:	Portaria SES Nº1002
23/12/2020	Autorizar a retomada das atividades das bibliotecas de forma monitorada no Estado de Santa Catarina, considerando a Avaliação do Risco Potencial para COVID19 nas regiões de saúde. <i>*(Revogada pela Portaria SES nº 1063 de 24.09. 2021)</i>	Portaria SES Nº1003
23/12/2020	Autoriza a retomada de forma gradual e monitorada dos eventos na modalidade de Congressos, Palestras, Seminários e afins, no Estado de Santa Catarina, considerando a Avaliação do Risco Potencial para COVID19 nas regiões de saúde. (Revogada pela PORTARIA SES nº 454 de 30.04. 2021)	Portaria SES Nº1004
23/12/2020	Defini critérios para a retomada dos esportes coletivos recreativos.	Portaria SES Nº1005
28/12/2020	Em decorrência da decisão judicial proferida nos autos n. 5090883-92.2020.8.24.0023, com as modificações do agravo de instrumento nº 5047056-03.2020.8.24.0000, e enquanto vigorarem seus efeitos, algumas atividades voltam a ser reguladas pelos citados atos normativos (Revogada pela Portaria SES nº 1022 de 30 de dezembro de 2020)	Portaria SES Nº1009
28/12/2020	Retomada gradual e monitorada do funcionamento de Cinemas e Teatros, considerando a Avaliação de Risco Potencial para COVID-19 nas regiões.	Portaria SES Nº1010
28/12/2020	Art. 1º Revogar a Portaria SES nº 705, de 15 de setembro de 2020. Art. 2º Revogar a Portaria SES nº 823, de 27 de outubro de 2020.	Portaria SES Nº1011

30/12/2020	Estabelece condições para autorização de funcionamento com capacidade integral de hotéis, resorts, pousadas, albergues e estabelecimentos congêneres e revoga as Portarias SES nº 244 de 12/04/2020, nº 666 de 01/09/2020 e o Art. 1º da Portaria SES nº 743 de 24/09/2020 (Revogada pela Portaria SES nº 1063 de 24.09.2021)	Portaria SES Nº1023
30/12/2020	Autoriza a retomada, de forma gradual e monitorada, de casas noturnas, boates, casas de shows, pubs e afins no Estado de Santa Catarina, considerando a Avaliação do Risco Potencial para COVID19 nas Regiões de Saúde e revoga a Portaria SES nº 744 de 24/09/2020 e nº 822 de 23/10/2020	Portaria SES Nº1024
30/12/2020	Art. 1º Revogar a Portaria SS nº 1009 de 28 de dezembro de 2020. Art. 2º Esta Portaria entra em vigor em na data de sua publicação.	Portaria SES Nº1022
30/12/2020	Portaria regulamenta a retomada dos eventos sociais em Santa Catarina durante a pandemia de COVID-19.	Portaria SES Nº1025

APÊNDICE B – DESCRIÇÃO MATRIZ DAS AÇÕES X ATOS NORMATIVOS

Eixo OMS	Ação	Ação prevista pela OMS	Normativas SC (2020)	Pontuação (0=NA;1=P A;2=A)
E1 – Coordenação, planejamento e monitoramento	1	Ativar mecanismos de comando e controle e de gestão de emergência em saúde pública.	PORTARIA Nº 179 de 12/03/2020	2
E1 – Coordenação, planejamento e monitoramento	2	Assegurar integração entre níveis de governo (nacional, estadual e municipal).	PORTARIA CONJUNTA nº 750/2020 SED/SES/DCSC de 25 de setembro de 2020	2
E1 – Coordenação, planejamento e monitoramento	3	Elaborar ou atualizar planos estaduais de contingência e resposta à COVID-19, em consonância com diretrizes nacionais e internacionais.	PORTARIA SES Nº 665 de 01 de setembro de 2020	1
E1 – Coordenação, planejamento e monitoramento	4	Realizar avaliação contínua de riscos e vulnerabilidades do sistema de saúde.	PORTARIA SES Nº 464 de 03 de julho de 2020	2
E1 – Coordenação, planejamento e monitoramento	5	Incluir no planejamento a atenção a populações vulneráveis (idosos, migrantes, indígenas, privados de liberdade, populações rurais).	PORTARIA Nº 209/GABS/SAP, DE 19/03/2020.	2
E1 – Coordenação, planejamento e monitoramento	6	Avaliar a capacidade instalada do sistema de saúde (leitos clínicos, UTIs, insumos e recursos da atenção primária).	PORTARIA SES Nº 464 de 03 de julho de 2020	2
E1 – Coordenação, planejamento e monitoramento	7	Mobilizar e alocar recursos financeiros, humanos e logísticos de forma adequada.	PORTARIA SES Nº 988 de 16 de dezembro de 2020 / DELIBERAÇÃO 128 CIB/2020	2
E1 – Coordenação, planejamento e monitoramento	8	Expandir a capacidade hospitalar, incluindo leitos adicionais e estruturas de apoio (hospitais de campanha).	PORTARIA Nº. 427 de 24/06/2020	1
E1 – Coordenação, planejamento e monitoramento	9	Estabelecer monitoramento com indicadores padronizados e relatórios de situação regulares.	PORTARIA SES Nº 273 de 24 de abril de 2020,	1
E2 – Comunicação de risco e engajamento comunitário	1	Informar a população, de forma clara e acessível, sobre riscos, incertezas e medidas de prevenção.	PORTARIA SES Nº 592 de 17 de agosto de 2020	1
E2 – Comunicação de risco e engajamento comunitário	2	Monitorar rumores e desinformação e responder com informações baseadas em evidências.	NÃO FORAM ENCONTRADOS ATOS	0

E2 – Comunicação de risco e engajamento comunitário	3	Engajar líderes comunitários, religiosos e redes locais na comunicação de risco.	NÃO FORAM ENCONTRADOS ATOS	0
E2 – Comunicação de risco e engajamento comunitário	4	implementar mecanismos sistemáticos de escuta e feedback comunitário sobre as medidas de resposta à COVID-19	PORTARIA CONJUNTA Nº 750/2020 SED/SES/DCSC	1
E2 – Comunicação de risco e engajamento comunitário	5	Trabalhar com redes sociais, veículos de mídia e outros canais para ampliar a disseminação de mensagens confiáveis.	NÃO FORAM ENCONTRADOS ATOS	0
E3 – Vigilância, equipes de resposta rápida e investigação de casos	1	Implementar triagem clínica e protocolos padronizados de definição de casos, com atualização contínua desses protocolos;	PORTARIA SES Nº 398 de 09/06/2020	2
E3 – Vigilância, equipes de resposta rápida e investigação de casos	2	Notificação em até 24 horas os sistemas oficiais ativando equipes de resposta rápida para investigação de casos;	PORTARIA SES Nº 241 de 09 de abril de 2020.	2
E3 – Vigilância, equipes de resposta rápida e investigação de casos	3	Produzir boletins epidemiológicos (tendências, clusters) regulares para orientar gestores e informar a sociedade;	LEI Nº 17.960, DE 20 DE JULHO DE 2020/ PORTARIA SES nº 464 de 03 de julho de 2020	2
E3 – Vigilância, equipes de resposta rápida e investigação de casos	4	Treinar equipes para coleta, acondicionamento e transporte e amostras;	PORTARIA SES Nº 464 de 03 de julho de 2020	2
E3 – Vigilância, equipes de resposta rápida e investigação de casos	5	Determinar e divulgar os membros de equipe de resposta rápida.	PORTARIA Nº 311 de 11 de maio de 2020.	2
E4 – Pontos de entrada	1	Elaborar planos de emergência para aeroportos, portos e terminais rodoviários.	P O R T A R I A Nº 583/2020 SIE/SES, de 24/08/2020	1
E4 – Pontos de entrada	2	Apoiar a implementação de protocolos de triagem clínica e sanitária para viajantes em pontos de entrada sob gestão estadual/municipal.	PORTARIA CONJUNTA SIE/SES Nº 583, de 24/08/2020	1
E4 – Pontos de entrada	3	Integrar equipes de saúde estadual e municipal às ações da Anvisa em portos e aeroportos.	NÃO EMITIU ATO E PASSOU COMPETENCIA PARA ESFERA FEDERAL	0
E4 – Pontos de entrada	4	Integrar dados de portos, aeroportos e rodoviárias ao sistema estadual de vigilância epidemiológica.	NÃO EMITIU ATO E PASSOU COMPETENCIA PARA ESFERA FEDERAL	0
E4 – Pontos de entrada	5	Estabelecer mecanismos para notificação imediata de casos identificados em pontos de entrada às autoridades de saúde do estado.	PORTARIA SES Nº 241 de 09 de abril de 2020.	2
E4 – Pontos de entrada	6	Treinar equipes de saúde nos pontos de entrada para identificação e manejo inicial de casos suspeitos.	P O R T A R I A Nº 583/2020 SIE/SES, de 24/08/2020	1
E4 – Pontos de entrada	7	Definir protocolos estaduais de apoio a medidas de quarentena e isolamento de viajantes, quando indicado.	PORTARIA SES/SIE Nº 583 DE 24/08/2020	0
E5 – Laboratórios	1	Ampliar a capacidade de testagem (RT-PCR) para SARS-CoV-2 com controle de qualidade e biossegurança;	PORTARIA SES Nº 241 de 09 de abril de 2020.	2
E5 – Laboratórios	2	Garantir suprimentos (reagentes, Kits, EPIs) e gestão de estoques com ponto de ressurgimento;	LEI Nº 17.960, DE 20 DE JULHO DE 2020	2

E5 – Laboratórios	3	Padronizar POPs de coleta, acondicionamento, transporte e cadeia fria, com rastreabilidade das amostras;	PORTARIA SES Nº 241 de 09 de abril de 2020.	1
E5 – Laboratórios	4	segurança, avaliação de risco e treinamento contínuo das equipes;	LEI ESTADUAL Nº 17.960/2020/ PORTARIA Nº 209/GABS/SAP, DE 19/03/2020.	2
E5 – Laboratórios	5	Organizar a rede de referência e definir fluxos de encaminhamento de forma a assegurar que os municípios tenham condições de diagnosticar e dar prosseguimento posterior aos atendimentos.	PORTARIA SES Nº 312 de 12/05/2020	1
E6 – Prevenção e controle de infecções	1	Elaborar e atualizar protocolos e orientações técnicas estaduais de PCI em hospitais e APS;	PORTARIA SES Nº 341 DE 20/05/2020	2
E6 – Prevenção e controle de infecções	2	Padronizar fluxos de triagem, isolamento e precauções em unidades de saúde do estado;	PORTARIA SES Nº 341 DE 20/05/2020	2
E6 – Prevenção e controle de infecções	3	Coordenar aquisição e distribuição de EPIs (máscaras, luvas, aventais, protetores faciais) e álcool gel para os serviços;	INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº. 001 de 27 de março de 2020	1
E6 – Prevenção e controle de infecções	4	Implementar triagem precoce e medidas de barreiras físicas, sinalização, ventilação;	PORTARIA SES Nº 244 DE 12/04/2020/ PORTARIA SES Nº 341 DE 20/05/2020	2
E6 – Prevenção e controle de infecções	5	Realizar visitas técnicas de auditorias para verificar adesão às medidas de PCI e devolver feedbacks às equipes;	PORTARIA CONJUNTA nº 750/2020 SED/SES/DCSC de 25 de setembro de 2020 PORTARIA gaB/SeS nº 285, de 30/04/2020.	1
E6 – Prevenção e controle de infecções	6	Orientar e supervisionar práticas de higiene ambiental e descarte seguro de resíduos nos serviços de saúde;	PORTARIA SES Nº 665 de 01 de setembro de 2020/PORTARIA Nº 209/GABS/SAP, DE 19/03/2020.	2
E6 – Prevenção e controle de infecções	7	Monitorar trabalhadores expostos e indicadores ocupacionais e implementar medidas de proteção a saúde do trabalhador	P O R T A R I A Nº 245 de 17/04/2020	2
E6 – Prevenção e controle de infecções	8	Assegurar WASH (disponibilidade contínua de água, pontos de higiene das mãos e saneamento adequado), priorizando serviços e populações vulneráveis.	PORTARIA SES Nº 288 de 06/05/2020	2
E7 – Manejo clínico / Gestão de casos	1	Adaptar diretrizes nacionais e da OMS para protocolos clínicos padronizados em SC.	NÃO FORAM ENCONTRADOS ATOS	0
E7 – Manejo clínico / Gestão de casos	2	Definir fluxos estaduais de atendimento por nível de gravidade (atenção primária, hospitais de referência, UTI).	PORTARIA SES Nº 665 de 01 de setembro de 2020	1
E7 – Manejo clínico / Gestão de casos	3	Designar unidades hospitalares específicas para COVID-19.	PORTARIA SES Nº 988 de 16 de dezembro de 2020	1
E7 – Manejo clínico / Gestão de casos	4	Implantar ou apoiar hospitais de campanha para ampliação temporária da capacidade hospitalar.	NÃO IMPLEMENTOU	0
E7 – Manejo clínico / Gestão de casos	5	Estruturar transporte e regulação estadual de pacientes.	PORTARIA SES Nº 641 de 26 de agosto de 2020.	2
E7 – Manejo clínico / Gestão de casos	6	Acompanhar indicadores de internação, mortalidade e tempo de permanência hospitalar.	PORTARIA SES Nº 273 DE 24/04/2020	2
E7 – Manejo clínico / Gestão de casos	7	Garantir continuidade da assistência hospitalar para COVID-19 sem interromper serviços críticos de urgência e emergência.	PORTARIA nº 977 de 14/12/2020	2
E8 – Suporte operacional e logística	1	Mapear estoques e levantar demandas de EPIs, medicamentos, respiradores, oxigênio, testes e insumos hospitalares.	PORTARIA Nº 338 DE 15 DE maio DE 2020	2

E8 – Suporte operacional e logística	2	Criar sistemas de monitoramento de estoques em hospitais estaduais e municipais.	PORTARIA Nº 338 DE 15 DE maio DE 2020	1
E8 – Suporte operacional e logística	3	Realizar compras emergenciais de insumos, equipamentos e medicamentos.	INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº. 001 de 27 de março de 2020.	2
E8 – Suporte operacional e logística	4	Monitorar consumo e contratos de fornecimento de oxigênio medicinal, EPIs, máscaras e aventais;	NÃO IMPLEMENTOU	0
E8 – Suporte operacional e logística	5	Organizar equipes técnicas para manutenção de respiradores, monitores e bombas de infusão.	NÃO IMPLEMENTOU	0
E8 – Suporte operacional e logística	6	Avaliar a capacidade do mercado local para atendimento da demanda crescente de suprimentos e insumos de saúde.	NÃO IMPLEMENTOU	0
E8 – Suporte operacional e logística	7	Implementar sistemas de alerta precoce para risco de desabastecimento.	EMITIU PORTARIA APENAS EM 2023	0
E9 – Manutenção dos serviços essenciais	1	Definir critérios técnicos de distribuição justa e transparente de insumos entre municípios e hospitais	NÃO IMPLEMENTOU	0
E9 – Manutenção dos serviços essenciais	2	Implementar telemedicina e alternativas de acesso aos serviços de saúde.	NÃO IMPLEMENTOU	0
E9 – Manutenção dos serviços essenciais	3	Adotar estratégias para evitar sobrecarga e colapso dos serviços essenciais.	PORTARIA SES Nº 342 DE 20/05/2020/ PORTARIA SES Nº 641 de 26 de agosto de 2020. PORTARIA GAB/SES nº 190, de 25/03/2020	1
E9 – Manutenção dos serviços essenciais	4	Redistribuir recursos humanos e insumos para manter a atenção primária e serviços prioritários ativos.	NÃO FORAM ENCONTRADOS ATOS	0
E9 – Manutenção dos serviços essenciais	5	Priorizar a manutenção dos serviços de urgência e emergência.	PORTARIA SES Nº 342 DE 20/05/2020	1
E9 – Manutenção dos serviços essenciais	6	Separar fluxos de atendimento COVID-19 e não-COVID-19.	PORTARIA SES Nº 963 de 09 de dezembro de 2020. PORTARIA SES Nº 341 DE 20/05/2020	1
E9 – Manutenção dos serviços essenciais	7	Produzir relatórios regulares para monitorar e ajustar políticas estaduais.	PORTARIA SES nº 464 de 03 de julho de 2020	2
E9 – Manutenção dos serviços essenciais	8	Recrutar, redistribuir e apoiar recursos humanos em saúde.	NÃO FORAM ENCONTRADOS ATOS	0
E9 – Manutenção dos serviços essenciais	9	Garantir fornecimento e distribuição de EPIs e insumos hospitalares para os serviços de saúde.	PORTARIA SES Nº 224, 03 de abril de 2020.	2
E9 – Manutenção dos serviços essenciais	10	Organizar protocolos de encaminhamento, transporte e regulação estadual de leitos (integrando APS e hospitais de referência).	PORTARIA SES Nº 641 de 26 de agosto de 2020.	1
E9 – Manutenção dos serviços essenciais	11	Proteger a saúde mental e o bem-estar dos trabalhadores da saúde.	NÃO FORAM ENCONTRADOS ATOS	0
E9 – Manutenção dos serviços essenciais	12	Manter atendimento dos serviços essenciais da APS	PORTARIA SES Nº 592 de 17 de agosto de 2020/ PORTARIA GAB/SeS nº 227 de 07/04/2020	1