

**Microcenários prospectivos para gestão de crise pandêmica: arcabouço para articulação regional, mitigação de riscos e contenção de crises**

**LUIZ FLÁVIO ARREGUY MAIA FILHO**

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO (UFRPE)

**RITA DE CÁSSIA CARVALHO MAIA**

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO (UFRPE)

## MICROCENÁRIOS PROSPECTIVOS PARA GESTÃO DE CRISE PANDÊMICA:

Arcabouço para articulação regional, mitigação de riscos e contenção de crises

*“Paul Volcker is reported to have said, ‘In a crisis the only asset you have is your credibility.’ That’s for leaders. For policy professionals, in a crisis your main asset is your experienced intuition.”*

Varun Gauri, fundador e co-diretor da Unidade de Ciência Comportamental do Banco Mundial

### 1-Introdução: Contexto e Situação Problema

Poucos dias antes de ser exonerado, o ex-Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta elencou, em entrevista coletiva amplamente divulgada, uma série de aspectos que revelavam a natureza da atual crise pandêmica. Contudo, faltavam àquele quadro elementos essenciais para a construção de estratégias robustas de enfrentamento às epidemias no Brasil. Em particular, não constava ali o reconhecimento de um desafio concreto: a necessidade de uma gestão regionalmente articulada, envolvendo equipes interdisciplinares e multisetoriais, buscando evitar a recorrência de crises locais assíncronas – de saúde, econômicas e políticas, especialmente em um país de desigualdades e dimensões continentais (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico [OCDE], 2020).

Tal fato, por si só, parece tornar oportunos os esforços pela adoção de um sistema de microcenários locais: arcabouços conceituais interdisciplinares e acessíveis que facilitariam a convergência de olhares, o monitoramento de riscos e a articulação tempestiva de ações emergenciais. Entretanto, a proposição desse sistema fundamenta-se, mais objetivamente, em estudos prévios e informações técnicas disponíveis poucas semanas após a declaração oficial da pandemia pela Organização Mundial de Saúde [OMS] em 11/03/2020, sintetizados abaixo:

- (1) Estimativas do Ministério da Saúde indicam que cerca de 14% dos infectados no Brasil demandam internação hospitalar, enquanto 5% dos casos exigem tratamento intensivo – pelo prazo médio de 10 dias; no entanto, há expressiva heterogeneidade regional naqueles indicadores (Ministério da Saúde, 2020);
- (2) Há também acentuada heterogeneidade na distribuição das capacidades físicas de saúde no Brasil, com os sistemas hospitalares concentrando a maioria absoluta dos leitos para tratamento intensivo em cidades de maior porte (Anjos, Muniz, Fonseca & Oliveira, 2020). Estima-se ainda que um terço dos municípios disponham de, no máximo, 10 respiradores mecânicos – equipamento considerado fundamental para o tratamento de síndromes respiratórias agudas, como as provocadas pela COVID-19 e pela Influenza (Almeida, Rossi & Ferraz, 2020);
- (3) A heterogeneidade caracteriza ainda os serviços públicos de entes subnacionais nas diferentes regiões do país, seja na qualificação das equipes de saúde (Ribeiro, Moreira, Ouverney & Silva, 2017), seja no próprio volume total de gastos municipais; além disso, a natureza de tais gastos, geradores de efeitos-transbordamento (*spillover effects*), introduz dinâmicas estratégicas locais complexas, na medida em que esforços de um município tendem a beneficiar também os seus vizinhos (Soares, Clemente, Freire & Scarpin, 2016);
- (4) Na ausência de vacinas ou de terapêuticas medicamentosas bem estabelecidas, e na presença de portadores assintomáticos não facilmente identificáveis, a pandemia de

Coronavírus constitui desafio singular de política pública: medidas convencionais de intervenção tendem a ser pouco efetivas, ao mesmo tempo em que graus maiores de cooperação multidisciplinar são exigidos (Sun, et al., 2020).

- (5) Mesmo em locais onde a transmissão comunitária do Coronavírus foi interrompida, o alto risco de sua reintrodução tem demandado monitoramento contínuo com vistas a adoção equilibrada de medidas econômicas e de saúde pública (Leung, Wu, Liu & Leung., 2020);
- (6) Não se deve tratar populações e comunidades como realidades passivas de políticas antiepidêmicas: o grau de engajamento dos membros de uma comunidade é essencial na superação de crises (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2018);
- (7) Santos e Giovanella (2014), ao estudarem a articulação regional de políticas de saúde, identificaram padrões de governança conflitivos e a necessidade de incorporação, às suas rotinas, de arcabouços que favorecessem maior interação com instituições educacionais e dessem maior permeabilidade para demandas sociais à formulação de políticas regionais;
- (8) O uso de cenários é reconhecido por favorecer discussões interdisciplinares, onde ocorrem diferenças entre opiniões meritórias (Schoemaker, 1995); trata-se, ainda, de levar os tomadores de decisão a pensarem criativamente sobre o que se pode fazer, em vez de apenas recorrerem às ações que obtiveram êxito no passado (Pollard & Hotho, 2006).
- (9) Embora tipicamente associadas ao planejamento de longo prazo, as técnicas de cenários têm sido efetivas no desenho de ações estratégica de curto prazo, a partir de “cenários-plataforma”: arcabouços comuns, adaptáveis, para favorecer o alinhamento estratégico de organizações semelhantes ou de atuação articulada (Marren & Kennedy, 2010).
- (10) A suspensão temporária de diversos requisitos legais de controle da despesa pública – como a Lei de Responsabilidade Fiscal e as Leis de Diretrizes Orçamentárias de entes subnacionais – durante vigência de decretos de calamidade pública – condiz com a busca de orientação estratégica pelos gestores municipais, estaduais e federais para a execução de ações coordenadas (STJ, 2020).

O presente artigo contribui para eventuais avanços na gestão local da crise pandêmica com a preparação de um modelo-base de microcenários, relativamente simples e preliminarmente validado (sob limitações impostas pelo regime de isolamento social<sup>1</sup>), para eventual adaptação em realidades específicas. A disponibilidade de tais recursos permite reunir autoridades e lideranças políticas, econômicas e comunitárias em torno de instrumentos intuitivos de gestão – desafiadas, hoje, pelo contexto de crise sem precedentes a ampliarem suas perspectivas de análise, questionarem alguns de seus próprios modelos mentais e construir inteligência coletiva.

Vale registrar que o modelo proposto e sua eventual adoção por lideranças locais e regionais estão em linha com 5 dos 13 atributos considerados essenciais pela Organização Pan-americana de Saúde para o funcionamento adequado das redes de atenção, notadamente: a adoção de sistema de governança único para toda a rede de saúde; a promoção de ampla participação social; a necessidade de gestão regional integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; o desenvolvimento de sistemas de informação integrados e compartilhados; a promoção de ações intersetoriais em favor da equidade (OPAS, 2009). No mesmo sentido, a colaboração entre governos e sociedade civil para enfrentamento da crise pandêmica demanda, de fato, a criação de arenas (como as de elaboração e revisão de cenários), em que o debate e formulação de estratégias fortalecem as boas relações intersetoriais, a transparência e a comunicação efetiva (Alves & Da Costa, 2020).

## 2- Intervenção Proposta (Metodologia)

Os procedimentos aqui adotados seguem as linhas gerais do influente trabalho de Schoemaker (1995), tendo sido amplamente discutidos, citados e adaptados em uma série de estudos (Chermack, Lynham & Ruona, 2001; Amer, Daim & Jetter, 2013). As etapas centrais da referida metodologia encontram-se consolidadas do diagrama abaixo:

Diagrama 1  
Síntese da Metodologia de Schoemaker (1995)



Fonte: Schoemaker (1995), tradução livre.

O primeiro elemento do diagrama se refere à tarefa de identificação de fatores de mudança; os envolvidos na construção de cenários devem, nesta etapa, eleger eventos e processos, subjacentes (de médio e longo prazos) ou proeminentes (contemporâneos), com potencial de interromper ou desencadear novas dinâmicas socioeconômicas, reverter tendências históricas ou promover reposicionamento de atores influentes no contexto investigado. O exemplo possivelmente mais notório de fator de mudança contemporâneo seja a ampla difusão dos “*smartphones*”, equipamentos quase onipresentes que ampliaram o acesso à rede em escala global; muito mais que uma tendência no consumo de eletrônicos, o uso dos referidos aparelhos é veículo de um grande rol de mudanças: eles impactam desde os regimes de sono das pessoas, suas relações sociais e hábitos de compra, até o planejamento estratégico de operações comerciais, a formulação e a implementação de políticas de saúde (telemedicina) e educacionais mundo afora (Sarwar & Soomro, 2013; Wen, 2013).

Os dois elementos subsequentes no diagrama, tendências básicas e incertezas-chave são de interpretação mais direta. As primeiras, se referem a eventos ou processos políticos, econômicos, sociais, tecnológicos e legais com influência forte, previsível e duradoura sobre determinado fenômeno. Em âmbito nacional, é difícil não pensar no exemplo da propagação da COVID-19 ao longo de 2020 em ondas assíncronas de infecção e adoecimento; enquanto cidades como São Paulo e Rio de Janeiro registraram primeiramente os casos da doença e, mais tarde, as internações, a esmagadora maioria das cidades do país havia confirmado sequer uma infecção, ao final de abril (Mazza, 2020).

Incetezas-chave, por sua vez, são eventos ou processos de desenvolvimento imprevisível: embora seus graus de influência sejam plenamente apreciáveis *ex ante*, a intensidade e a

temporalidade de suas manifestações encontram-se indeterminadas no momento da análise. A necessidade de distinção entre essas duas correntes de eventos e processos (tendências e incertezas), em todo caso, parece explicar o que levou Schoemaker (1995) a considerar a construção de cenários “um estudo sobre nossa ignorância coletiva”.

A penúltima etapa envolve a reflexão sobre Regras de Interação (*Rules of Interaction*). Embora seja plenamente possível a construção de panoramas hipotéticos verossímeis a partir da simples combinação de tendências e incertezas, tal tarefa tende a ser muito beneficiada por um momento de atenção voltada não apenas à interatividade dos eventos e processos sob análise, mas também para a reação de atores influentes. Nesse sentido, uma série de perguntas tende a favorecer a cogitação de cenários fundamentalmente plausíveis: as tendências identificadas se manifestam primeiramente em setores e mercados específicos? Como suas consequências e repercussões se manifestam? Quais gatilhos podem estar associados à efetiva manifestação dos eventos considerados incertos? Que tipos de eventos e comportamentos podem agudizar ou reverter tendências? Que combinações de tendências e incertezas podem gerar reações em cadeia (efeitos-dominó), compondo-se e alterando a escala de suas consequências?

Finalmente, o enunciado de cenários – panoramas hipotéticos, de futuros alternativos – tem muito a ganhar com rodadas de validação, entre representantes das diversas partes envolvidas, com papéis ativo ou passivo no fenômeno. Para tais ocasiões, a escolha de títulos sugestivos, que capturem ludicamente o sentido fundamental das alternativas, tende a favorecer diálogos bem referenciados, dando celeridade às considerações.

Vale lembrar, como salienta Schoemaker (1995), que os cenários permitem trazer para análise elementos que não são facilmente passíveis de modelagem ou quantificação objetiva, como as inovações, a emergência de novas regulações e as mudanças de valores – com impactos sobre o status social de vários comportamentos, por dedução. Aqueles três elementos estão claramente presentes em uma crise pandêmica.

### *2.1-A implementação da metodologia*

Conduzida, como mencionado anteriormente, durante a vigência de um regime de isolamento social na região metropolitana de Recife-PE, a implementação da metodologia adaptou-se à circunstância com a adoção do seguinte protocolo:

1. Definição (arbitrária) do escopo, identificando o propósito e o alcance temporal da análise;
2. Leitura crítica de textos técnicos, artigos acadêmicos e de entrevistas de especialistas publicados na imprensa;
3. Identificação, dentre tantas partes interessadas, dos chamados atores-chave: indivíduos ou organizações provavelmente capazes de influenciar a situação-problema no horizonte temporal adotado;
4. Eleição (intuitiva) de conjuntos iniciais de (i) fatores de mudança; (ii) tendências básicas; (iii) incertezas-chave, para posterior submissão à avaliação crítica de profissionais qualificados;
5. Confeção de um diagrama sintético exprimindo versão inicial das regras de interação provavelmente vigentes no sistema sob análise – também para análise crítica de terceiros;
6. Preparação e implementação de instrumento de sondagem anônima, por meio de questionário virtual, para submissão dos materiais descritos nos itens 4 e 5 às críticas e

sugestões dos profissionais da administração e das áreas de saúde e afins (setores público e privado);

7. Edição dos materiais descritos nos itens 4 e 5, mediante incorporação seletiva de sugestões dos participantes da sondagem (item 6) – em especial, na retirada ou inclusão de elementos considerados irrelevantes/omitidos, respectivamente;
8. Confecção de três cenários coerentes com as versões editadas de todos os itens acima, incluindo grandes linhas de ações, em cada caso.

Para participação anônima e voluntária como respondentes do questionário descrito no item 6 acima, foram convidados docentes e discentes de três programas profissionais de pós-graduação: Mestrado Profissional de Administração Pública (PROFIAP/UFRPE); Mestrado Profissional em Saúde Única (PMPSU/UFRPE); e o MBA em Gestão de Saúde do CEDEPE Business School. Tal público, estimado em cerca de 100 pessoas, é constituído por docentes e discentes academicamente qualificados e que, a princípio, teriam mais de 5 anos de experiência em suas respectivas áreas de atuação.

Com relação aos fatores de mudança, optou-se por submeter à avaliação dos profissionais convidados apenas uma lista pré-estabelecida de fatores nacionais – excluindo-se os fatores considerados de natureza global. Tal escolha se deveu principalmente às limitações impostas pela ferramenta de pesquisa escolhida: se questionários de sondagem, em geral, já não podem ser excessivamente longos, sob risco de serem deixados incompletos pelos respondentes, a necessidade de brevidade, no caso de questionários virtuais, tende a ser ainda maior.

### 3. Resultados Obtidos e Discussões

O questionário de sondagem, cuja cópia encontra-se disponível para consulta anônima online<sup>ii</sup>, foi respondido por 20 profissionais. As duas breves perguntas sobre o perfil dos respondentes permitem identificar que 80% deles (16 pessoas) declaram ter mais de 5 anos de experiência em gestão – a maioria no serviço público. Por outro lado, 45% (9 pessoas) afirmam ter formação nas áreas de saúde e afins, dos quais 88% (8 pessoas) têm mais de 5 anos de experiência profissional naquelas áreas.

O enunciado do escopo dos cenários e o conjunto de atores-chave identificados encontram-se consolidados no Tabela 1, abaixo:

Tabela 1

#### Elementos fundamentais para Microcenário COVID-19

---

Escopo:	Avaliação quinzenal de riscos e formulação de ações articuladas contra colapsos locais no atendimento de saúde e no abastecimento de bens essenciais à população.
Atores-chave:	Gestores públicos dos entes subnacionais (governadores, prefeitos e seus secretários) e suas assessorias jurídicas e de comunicação; poderes legislativo e judiciário locais; equipes de frente dos serviços públicos essenciais (limpeza urbana, forças de segurança pública, vigilância e atendimento de saúde); lideranças empresariais; lideranças comunitárias; conselhos, associações e entidades de classe; familiares de pacientes e população local.

---

Fonte: elaboração própria.

O horizonte de tempo preliminarmente estabelecido no escopo enunciado – sujeito, como tudo mais, à reavaliação das equipes que venham, porventura, a adaptar o arcabouço para suas realidades – encontra respaldo nas avaliações de epidemiologistas e infectologistas; segundo eles, os números diariamente divulgados, tanto de pacientes confirmados da doença como de suas vítimas fatais – revelam o sucesso ou insucesso de ações preventivas adotadas 14 dias antes.

Já com relação aos atores-chave, a lista proposta busca identificar todos aqueles que, no contexto local, teriam influência direta sobre as questões identificadas no escopo do cenário. Assim, a despeito de alguma superposição, a lista de atores-chave não deve ser confundida com a composição de gabinetes de crise, que vêm sendo estabelecidos por prefeituras e governos estaduais, em todo o país<sup>iii</sup>.

Tabela 2

### Fatores de Mudança, Microcenário COVID-19

---

#### Fatores Globais

- FG1: Consolidação de cadeias mundiais de suprimento, mobilidade internacional
- FG2: Emergência de entidades com poder econômico supranacional
- FG3: Reversão no processo de construção de governança global multilateral
- FG4: Revolução digital e hiperconectividade
- FG5: Eclosão de crises sistêmicas: financeiras, climáticas, migratórias, epidêmicas

#### Fatores Nacionais

- FN1: Mudança demográficas profundas e aceleradas
  - FN2: Esgotamento do processo de inclusão social, com reversão de tendência
  - FN3: Reformas do Estado e revisão nos papéis de municípios, estados e União
  - FN4: Instabilidade política
  - FN5: Ampla difusão no uso de aparelhos móveis
  - FN6: Polarização e tensões acentuadas pelo uso de redes sociais
  - FN7: Migração dos clientes de planos de saúde para o Sistema Único (SUS)**
- 

Fonte: elaboração própria.

Os 6 fatores nacionais de mudança (originais) foram ratificados por, pelo menos, 70% dos respondentes. Um sétimo fator foi acrescentado à lista, a partir das sugestões de dois dos respondentes: a forte migração de clientes de planos privados de saúde para o Sistema Único de Saúde, registrada nos últimos anos em função da recessão de 2016-2017.

Com relação às tendências básicas (Tabela 3, abaixo), os participantes da sondagem voltaram a manifestar concordância maciça – igual ou superior a 80% – em cada um dos 14 quesitos apresentados. No entanto, aqui, optou-se por não incorporar qualquer das poucas sugestões, como “posicionamento político do Presidente” e “carência de acesso básico à informação”, uma vez que os respondentes não deixaram inteiramente claros seus significados.

Tabela 3

**Tendências básicas, Microcenário COVID-19**

---

T1:	Ondas de infecção dispersas no tempo e nas diferentes localidades
T2:	Gargalos na gestão local da doença (testagem, triagem, rastreamento)
T3:	Maior número de casos graves em comunidades pobres e vulneráveis
T4:	Adesão variável a regimes oficiais de isolamento
T5:	Altas taxas e prazos de internação da Covid-19, se comparadas a outras viroses
T6:	Gargalos, congestionamento e negação de atendimento a pacientes, vítimas, familiares
T7:	Quase normalidade nas redes de abastecimento (supermercados, farmácias, postos de combustíveis, etc)
T8:	Desemprego e queda na renda das famílias
T9:	Inadimplência e suspensão de contratos comerciais
T10:	Ampliação de programas do governo (empréstimos, adiamento de impostos e benefícios emergenciais)
T11:	Burocracia, lentidão e desvios nos programas emergenciais
T12:	Adaptação fabril para produção emergencial de EPI's e ventiladores mecânicos
T13:	Maior cobertura da imprensa sobre mazelas e dramas sociais
T14:	Falta de dinheiro para as ações de governos municipais e estaduais

---

Fonte: elaboração própria.

Com relação às incertezas-chave consideradas no contexto da sondagem (Tabela 4, abaixo), mais uma vez, ao menos 80% dos respondentes registraram concordância com cada item da lista original. Merece destaque apenas a confirmação – segundo avaliação majoritária dos respondentes – de uma dupla fonte de incertezas para as famílias: indisponibilidade de recursos para despesas básicas, em geral, e a possibilidade de elas não alcançarem acesso a programas emergenciais.

Tabela 4

**Incerteza-chave, Microcenário COVID-19**

---

U1:	Disponibilidade de recursos para as famílias manterem despesas básicas
U2:	Acesso de famílias e empresas aos recursos de programas emergenciais
U3:	Engajamento e resiliência de equipes de frente, lideranças locais e comunidade
U4:	Ritmo de infecções em áreas de baixa notificação (pontos-cegos)
U5:	Frequência e duração de disrupções em redes locais de abastecimento
U6:	Efetividade nas articulações políticas regionais e nacionais
U7:	Solidez/suficiência de redes público-privadas de assistência social
U8:	Probabilidade de efeitos-dominó, geradores de colapsos e revolta popular
U9:	Chegada de tratamentos que eficazes contra a doença (drogas ou vacinas)

---

Fonte: elaboração própria.

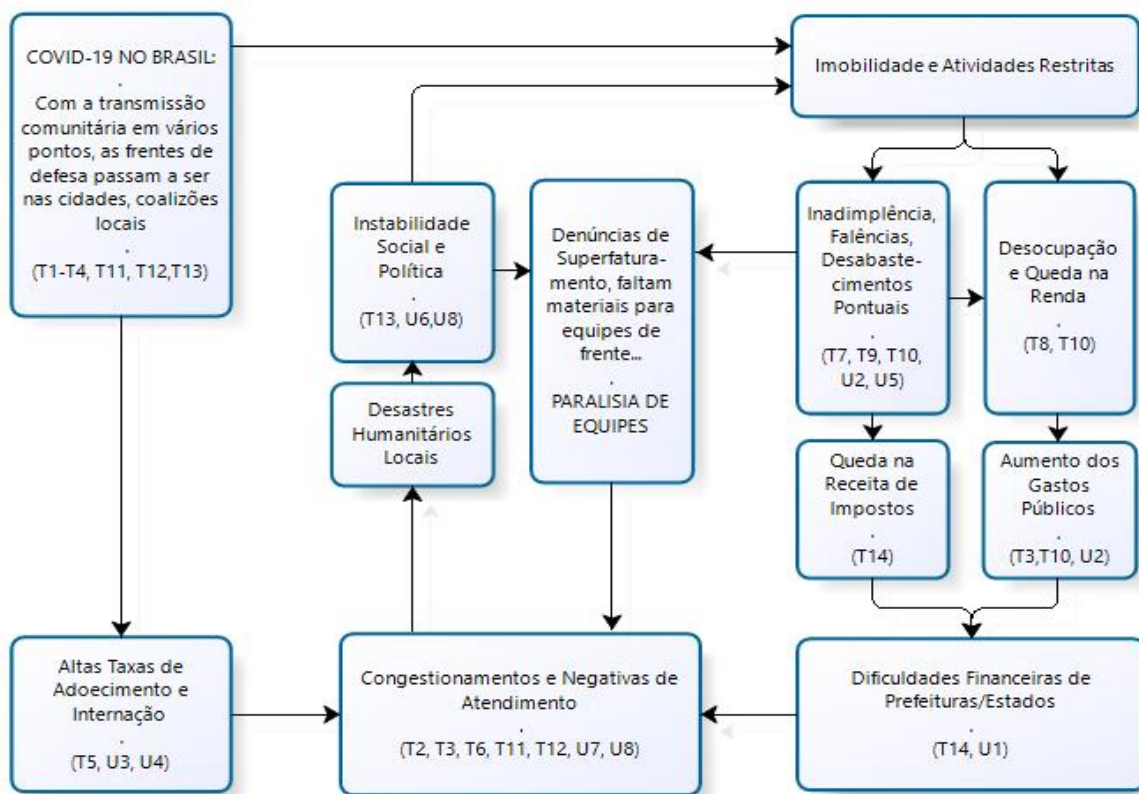
Uma vez identificadas as tendências básicas e incertezas-chave, passou-se a examinar suas conexões, buscando evidenciar as prováveis sequências cronológicas de acontecimentos, ações e reações dos atores-chave. Trata-se, evidentemente, de análise tanto subjetiva como objetiva,



a partir de uma ilustração pré-estabelecida em que se consideram não apenas causalidades e predominância de certos efeitos, mas também probabilidades de sinergias, gatilhos, efeitos “compostos” ou cumulativos, etc. O diagrama 2 (abaixo, cópia do que foi incorporado à sondagem) apresenta, a princípio, uma visão sistêmica, denominada Regras de Interação por Schoemaker (1995):

Diagrama 2

**Regras de Interação: encadeamento de eventos e associação de riscos**



Fonte: elaboração própria.

Vale observar, em primeiro lugar, que os eventos encadeados no diagrama estão, na sua esmagadora maioria, diretamente ligados a combinações de tendências e incertezas identificados na etapa anterior: a frequência de *Congestionamentos e Negativas de Atendimento*, por exemplo, estaria diretamente ligada a **T2** (Gargalos na gestão local da doença), **T3** (Maior número de casos graves em comunidades pobres e vulneráveis), **T6** (Gargalos, congestionamento e negação de atendimento a pacientes, vítimas, familiares), **T11** (Burocracia, lentidão e desvios nos programas emergenciais), **T12** (Adaptação fabril para produção emergencial de EPI’s e ventiladores mecânicos), **U7** (Solidez/suficiência de redes público-privadas de assistência social) e **U8** (Probabilidade de efeitos-dominó, geradores de colapsos e revolta popular).

Toma-se como ponto de partida (no canto superior esquerdo) a transmissão comunitária da doença no Brasil, oficialmente reconhecida pelo Ministério da Saúde em 20 de março de 2020 – menos de 30 dias após a confirmação oficial do primeiro caso de infecção pelo Coronavírus. A partir daquele evento, duas linhas de associação foram traçadas: a primeira, voltada para baixo, reconhece o fato de a doença se propagar rapidamente e provocar a necessidade de um número bem maior de internações do que as gripes endêmicas no país; a segunda, voltada para

a direita, sinaliza a adoção de medidas restritivas à mobilidade e à condução de um grande número de atividades em todo o território nacional.

Enquanto a primeira linha de sequência passa pelo evento Congestionamento e Negativas de Atendimento na sua jornada rumo ao núcleo crítico central (Desastres humanitários; Instabilidade política e social; Paralisia de equipes), a segunda perpassa uma trajetória mais longa: da parada abrupta na economia (Inadimplência, Falências; Desocupação e Queda na Renda), chega-se às dificuldades financeiras de entes subnacionais (Queda na receita de Impostos e Aumento de Gastos) rumo, também ao núcleo crítico, onde se concentram os mencionados riscos de mais amplo impacto.

Na avaliação dos respondentes do questionário de sondagem, o Diagrama 2 foi amplamente considerado capaz de registrar os principais riscos de agravamento da crise (70%), e de contribuir para que profissionais de diversas áreas dialoguem sobre os problemas e suas soluções (70%). No entanto, 40% dos respondentes concordaram (parcial ou totalmente) com a afirmativa de que o diagrama seria confuso, podendo atrapalhar mais do que ajudar.

Finalmente, resta-nos considerar, para a própria criação dos microcenários-base da COVID-19, as capacidades e as tendências comportamentais dos atores-chave nas suas reações àquela dinâmica. Cabe, mais precisamente, investigar 4 aspectos – na perspectiva da gestão local da crise:

**a) Engajamento comunitário e de coalizões:** Em que medida o diálogo entre os atores-chave e a própria população é capaz de promover a adesão às práticas de distanciamento e isolamento social?

**b) Prontidão local e regional de saúde:** Quão eficaz é a articulação regional de capacidades de saúde? Ela constitui rede de apoio mútuo, servindo aos propósitos de enfrentamento da epidemia (testagem, triagem, rastreabilidade) e de atendimento à população (compartilhamento estratégico de estruturas e equipes)?

**c) Resiliência da economia local:** Como as forças da economia local estão conseguindo absorver impactos e se adaptar às quedas de faturamento, inadimplência e suspensão de contratos? Há, por exemplo, atores com escala e visão para apoiar a rede de fornecedores e comerciantes locais?

**d) Adaptabilidade evolutiva:** Em que medida as instituições locais (Assembleias, Associações, Sindicatos, Igrejas) dispõem sua energia na busca de soluções coletivas, deixando diferenças de lado e assumindo responsabilidades? Em outras palavras, que padrão de adaptabilidade evolutiva as instituições locais tendem a manifestar?

As combinações de diferentes respostas a cada uma das perguntas acima permitem construir não apenas 3 panoramas futuros hipotéticos (como na Tabela 5, abaixo), mas um conjunto amplo de realidades, muitas delas possivelmente compatíveis com o complexo quadro de desigualdades regionais de nosso país. Não custa lembrar que a função dos cenaristas não é “acertar” o futuro que, com o tempo, se tornará real; cabe-lhes, sim, desenhar panoramas factíveis que permitam o reconhecimento de suas implicações, o estudo de seus impactos e a melhor formulação de medidas preventivas e/ou corretivas.

**Tabela 5:**

Três Cenários, perspectivas locais da COVID-19

	Cenário Otimista "Defesa Civil 2.0"	Cenário Intermediário "Mais uma epidemia"	Cenário Pessimista "Gripe espanhola do séc. 21"
Engajamento comunitário e das coalizões	Adesão suficiente aos regimes de isolamento, articulações político-institucionais coesas	Adesão volúvel às regras de distanciamento, articulações estritamente formais, segmentação	Baixa adesão às regras de distanciamento, desarticulação de esforços, conflitos institucionais
Prontidão local e regional da saúde	Gestão local eficaz, boa articulação regional garante recursos: teste, rastreabilidade, triagem; negativas de atendimento pontuais	Gestão local frágil, articulação regional intermitente: triagem e encaminhamentos ok; negativas de atendimento infrequentes	Colapsos locais, adoecimento em massa gerando fluxos "migratórios" espontâneos; negativas de atendimento generalizadas
Resiliência da economia local	Operações resilientes, poucas falências: recessão forte, mas de curta duração	Operações sobrevivem de recursos emergenciais, recessão profunda	Operações inviabilizadas, falências generalizadas, depressão econômica
Adaptabilidade evolutiva	Pactuações estratégicas, aprendizagem institucional: <b>supressão local e prontidão</b>	Trauma social e hostilidades intrarregionais: alto risco de <b>novos surtos e reinfecção</b>	Esgarçamento do tecido social e crise política: <b>violência e desordem</b>
Linhas de Ação	Rastreabilidade permanente, eficácia da comunicação	Pactuações emergenciais, recurso ao Ministério Público e à mídia, ênfase na assistência público-privada	Decretos GLO, Força Nacional de Segurança, Intervenções e Ajuda Humanitária

Fonte: elaboração própria.

Os três cenários descritos acima – assim como as linhas de ação que caracterizarão, de um extremo, a superação local da crise e, de outro, tentativas de impedir sua escalada a um ambiente de revolta civil – tendem a encontrar respaldo nas diversas experiências internacionais que a imprensa tem registrado em 2020. Ainda que as coberturas jornalísticas internacionais apresentem, até o momento, um quadro incipiente de desenvolvimentos da crise, as trajetórias de países como China, Singapura, Taiwan e Alemanha parecem convergir para o cenário “Defesa Civil 2.0”; por outro lado, o agravamento das situações em certas regiões no Brasil e na Índia parecem indicar probabilidades crescentes (ainda que relativamente menores) do cenário “Gripe espanhola do séc. XXI”.

#### **4-Conclusão e Contribuição Tecnológica-Social**

A gestão da pandemia tem levado equipes mundo afora a reconhecerem a importância de protocolos e instrumentos de gestão que favoreçam a cooperação e a coordenação de iniciativas. Além de envolver profissionais das mais diferentes áreas, de empresários a epidemiologistas, de políticos a assistentes sociais, de líderes comunitários a economistas, de médicos veterinários a gestores financeiros, a formulação de estratégias efetivas de gestão local da pandemia não pode prescindir de coalizões e alianças regionais: se o Coronavírus não respeita sequer fronteiras internacionais, é fundamental que lideranças locais e regionais se debruçam sobre arcabouços comuns, e encontrem soluções articuladas.

O presente artigo estabeleceu um modelo-base de microcenários locais, com múltiplos instrumentos de análise e prospecção, para que – partindo de uma leitura abrangente do sistema a ser gerido – essas oportunidades para formalização de alianças estratégicas tenham maior chance de sucesso.

Como todo instrumento analítico, o arcabouço apresentado tem limitações; pelo menos duas delas – especula-se – seriam passíveis de superação, no processo de implementação de dinâmicas locais ou regionais em torno da adaptação e da revisão de cenários:

- (i) A necessidade de articulação com abordagens integrativas da saúde, segundo os princípios da Saúde Única<sup>iv</sup>;
- (ii) A incorporação de fatores de mudança, tendências básicas e incertezas-chave de caráter estritamente local, envolvendo as dinâmicas políticas específicas, as condições sanitárias, a participação da população em condições de maior vulnerabilidade, a participação da produção local no abastecimento de bens essenciais, entre outros.

O primeiro aspecto constitui desafio relevante na medida em que, gradualmente, órgãos de vigilância e controle de doenças, pesquisadores e formuladores de políticas públicas vão reconhecendo a insuficiência de abordagens segmentadas da saúde – desconsiderando a indissociabilidade de saúdes humana, animal e vegetal (El Zowalaty & Järhult, 2020). Enfrentar essa questão envolveria, a princípio, a elaboração de uma segunda versão do diagrama 2, em que as chamadas Regras de Interação capturassem elementos para uma gestão integrada da saúde no contexto da COVID-19. Obviamente, o *trade-off* entre

complexidade e riqueza de aspectos relevantes precisaria ser apreciado por profissionais qualificados – como nas etapas já concluídas.

O segundo aspecto, por sua vez, envolveria reunir representantes de gestões municipais (atuais ou passadas) do Estado de Pernambuco para condução de entrevistas semiestruturadas e de grupos focais, como realizado por Santos e Giovanella (2014).

Cabe, por fim, ressaltar que a adoção institucional do referido sistema, aproximando o pensamento de gestores e lideranças de diferentes localidades, exigirá uma série de outras etapas, como a conquista do patrocínio de lideranças políticas, para tal abordagem; a preparação de materiais paradidáticos, a contratação de facilitadores e a realização de múltiplas oficinas (possivelmente em ambiente virtual) – entre outras atividades cuja discussão foge ao escopo do presente artigo. Pode-se apostar, contudo, que a trajetória será rica, para todos envolvidos, em desenvolvimentos humano, social e institucional.

### **Referências Bibliográficas:**

Almeida, E., Rossi, A. & Ferraz, L. (2020) Vagas em UTI e Respiradores Artificiais: As Exigências do Coronavírus. Questões de Saúde. *Folha de São Paulo, Revista Piauí*. 13 de março de 2020. Recuperado de <https://piaui.folha.uol.com.br/vagas-em-uti-e-respiradores-artificiais-as-exigencias-do-coronavirus/#>

Alves, M. A. & Da Costa, M. M. (2020) Colaboração entre governos e organizações da sociedade civil em resposta a situações de emergência. *Revista de Administração Pública, Early View*: A resposta da administração pública brasileira aos desafios da pandemia. Recuperado de <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/81780>

Amer, M., Daim, T. U., & Jetter, A. (2013). A review of scenario planning. *Futures*, 46, 23-40.

Anjos, A. B., Muniz, B., Fonseca, B. & Oliveira, R. (2020). Em meio à pandemia de coronavírus, Brasil enfrenta “desertos” de UTIs. Publica. Agência de Jornalismo Investigativo. Recuperado de <https://apublica.org/2020/03/em-meio-a-pandemia-de-coronavirus-brasil-enfrenta-desertos-de-utis/>

Chermack, T. J., Lynham, S. A., & Ruona, W. E. (2001). A review of scenario planning literature. *Futures Research Quarterly*, 17(2), 7-32.

El Zowalaty, M. E., & Järhult, J. D. (2020). From SARS to COVID-19: A previously unknown SARS-CoV-2 virus of pandemic potential infecting humans–Call for a One Health approach. *One Health*, 9 (jun20), 100124.

Leung, K., Wu, J. T., Liu, D., & Leung, G. M. (2020). First-wave COVID-19 transmissibility and severity in China outside Hubei after control measures, and second-wave scenario planning: a modelling impact assessment. *The Lancet*, 395(10233), pp. 1382-1393.

Marren, P.B. & Kennedy, P.J. (2010), "Scenario planning for economic recovery: short-term decision making in a recession", *Strategy & Leadership*, Vol. 38 No. 1, pp. 11-16.

Mazza, L. (2020). Uma Pandemia, Muitas Quarentenas. Questões de Epidemiológicas. *Folha de São Paulo, Revista Piauí*. 30 de abril de 2020. Recuperado de <https://piaui.folha.uol.com.br/uma-pandemia-muitas-quarentenas/>

Ministério da Saúde (2020). Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública. Doença pelo Coronavírus 2019 (COE-COVID19). *Boletim Epidemiológico 11*. 17 de abril de 2020. Semana Epidemiológica 16. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/18/2020-04-17---BE11---Boletim-do-COE-21h.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2018). Managing epidemics: key facts about major deadly diseases. *World Health Organization*. Geneva. ISBN 78-92-4-156553-0. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Recuperado de <https://www.who.int/emergencies/diseases/managing-epidemics-interactive.pdf>

OPAS. Organização Pan-americana de Saúde (2009). Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria de Salud. Washington, D.C.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (2020). The territorial impact of COVID-19: Managing the crisis across levels of government.

Pollard, D. & Hotho, S. (2006), "Crises, scenarios and the strategic management process", *Management Decision*, Vol. 44 No. 6, pp. 721-736.

Ribeiro, J. M., Moreira, M. R., Ouverney, A. M., & Silva, C. M. F. P. D. (2017). Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1031-1044.

Santos, A. M. D., & Giovanella, L. (2014). Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 48, 622-631.

Sarwar, M., & Soomro, T. R. (2013). Impact of smartphone's on society. *European journal of scientific research*, 98(2), 216-226.

Schoemaker, P. J. (1995). Scenario planning: a tool for strategic thinking. *Sloan management review*, 36(2), 25-50.

Soares, R. F., Clemente, A., Freire, F. D. S., & Scarpin, J. E. (2016). Centralidade municipal e interação estratégica na decisão de gastos públicos em saúde. *Revista de Administração Pública*, 50(4), 563-586.

STJ. MEDIDA CAUTELAR Adin 6.357. Distrito Federal. Relator: Ministro Alexandre de Moraes. DJ: 29/03/2020. Supremo Tribunal Federal, 2020. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADI6357MC.pdf>

Sun, J., He, W. T., Wang, L., Lai, A., Ji, X., Zhai, X., ... & Veit, M. (2020). COVID-19: epidemiology, evolution, and cross-disciplinary perspectives. *Trends in Molecular Medicine* 26(5), 483-495.

Wen, C. L. (2013). Conselho Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde (CBTms 2006-2013). *Journal of Health Informatics*, 5(4).

---

<sup>i</sup> A referida validação preliminar se deu, em função das circunstâncias impostas por medidas de isolamento social, através de uma sondagem de opinião junto a 20 profissionais das áreas de administração e saúde (pública e privada), com atuação no Estado de Pernambuco.

<sup>ii</sup> Para consulta, acesse o endereço: <https://forms.gle/YaGaUL8xABhmeTe67>

<sup>iii</sup> A Confederação Nacional de Municípios, por exemplo, recomenda (segundo materiais disponibilizados em sua página na web) a seguinte composição para os gabinetes locais de crise: I – Secretaria Municipal de Saúde que o coordenará; II – Secretaria Municipal de Assistência Social; III – Gabinete do Prefeito; IV – Secretaria Municipal de Administração; V – Secretaria Municipal da Fazenda; VI – Conselho Regional de Medicina; VII – Associações Comunitárias com atuação na área da saúde no Município; VIII – Guarnição do Corpo de Bombeiros. Para maiores detalhes, vide: <https://www.cnm.org.br/biblioteca/download/14534%22>

<sup>iv</sup> A *One Health Commission*, organização internacional sem fins lucrativos, define a Saúde única como uma abordagem colaborativa, multisetorial e transdisciplinar, atuante em esferas locais, regionais, nacionais e global para alcançar resultados ótimos de saúde e bem-estar, reconhecendo a interconexão entre pessoas, animais, plantas e seus ambientes compartilhados. Vide: <https://www.onehealthcommission.org/>