

PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19

SUMÁRIO E RECOMENDAÇÕES



**Frente
pela Vida**

PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19

Contribuição das organizações que compõem a
FRENTE PELA VIDA e atuam no campo da Saúde
à sociedade brasileira

Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)
Associação Brasileira Rede Unida (Rede Unida)
Associação Brasileira de Economia em Saúde (ABrES)
Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME)
**Associação Brasileira de Saúde do Trabalhador
e da Trabalhadora (ABRASTT)**
Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn)
Sociedade Brasileira de Virologia (SBV)
Sociedade Brasileira de Bioética (SBB)
Conselho Nacional de Saúde (CNS)
Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (SBMT)
**Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado
e Segurança do Paciente (SOBRASP)**
Rede de Médicas e Médicos Populares (RMMP)
**Associação Brasileira de Médicas e Médicos
pela Democracia (ABMMD)**
**Sociedade Brasileira de Medicina de Família e
Comunidade (SBMFC)**

Versão 2

15 de julho de 2020

SUMÁRIO

1. Para enfrentar a pandemia da COVID-19, o Estado brasileiro tem a obrigação moral e constitucional de coordenar ações emergenciais para controlá-la, superá-la e reduzir impactos econômicos e sociais sobre a nação brasileira. Infelizmente, constata-se irresponsabilidade e inércia das autoridades federais, demonstrada pelo fato de o Brasil entrar no quinto mês da pandemia sem qualquer plano oficial geral para seu enfrentamento. Frente a essa omissão e diante da necessidade e da vontade da sociedade brasileira de superar a crise sanitária e todas as suas consequências, apresenta-se aqui uma contribuição, com base em conhecimento científico, expertise técnica e intensa mobilização social, para a sistematização de Plano Nacional de Enfrentamento da COVID-19.
2. O panorama epidemiológico da pandemia no Brasil mostra-se bastante complexo. Em meados de julho, já haviam sido registrados mais de 2 milhões de casos e 75 mil óbitos que fazem da COVID-19 a principal causa de morte no país, concentrada em áreas de periferia urbana e em grupos sociais vulnerabilizados. Nessa fase recente, a epidemia avança para o interior dos estados, ameaçando particularmente pequenas cidades, territórios indígenas, quilombolas e populações ribeirinhas. A diversidade e iniquidade na sociedade brasileira, uma das mais desiguais do mundo, representam fatores cruciais a serem considerados na implementação de propostas e estratégias de superação da pandemia e seus impactos.
3. Face à contagiosidade da COVID-19, na ausência de vacinas e medicamentos, medidas não farmacológicas de controle epidemiológico são importantíssimas, como distanciamento físico, uso de máscaras e higiene. Para tornar efetivo o enfrentamento da pandemia, a Organização Mundial da Saúde recomenda forte engajamento da sociedade. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 garante a participação da sociedade na gestão de políticas e programas e institui a participação social como princípio organizativo do SUS, tendo o Conselho Nacional de Saúde (CNS) como instância máxima do controle social. É imperioso fortalecer as instâncias de participação social, assegurando a representação da sociedade civil em toda sua diversidade e representatividade.
4. No plano da atenção à saúde, é preciso um processo de renovação do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvendo-o à sua plena potência, para que alcance a universalidade e as capacidades necessárias que a pandemia e os demais problemas de saúde estão a exigir dos sistemas de saúde. Ao lado de estratégias urgentes e emergenciais para o enfrentamento da pandemia, é fundamental superar, de forma estruturante, o subfinanciamento do SUS. Acesso universal e integralidade da atenção demandam organização sistêmica, efetivada mediante a celebração de pactos federativos pautados na cooperação e na solidariedade. Nesse aspecto, a irresponsabilidade do governo federal tem provocado conflitos federativos, chegando-se ao ponto de o Supremo Tribunal Federal ter que ratificar a autonomia dos governos subnacionais em legislar no âmbito da saúde pública. De modo ainda mais dramático, o Ministério da Saúde (MS) demonstra incapacidade de aplicar efetivamente recursos destinados ao controle da pandemia.
5. A pandemia atingiu o Brasil em meio a uma agenda de reformas centrada na austeridade fiscal e na redução do papel do Estado que resultou em desfinanciamento do SUS e fragilização das políticas sociais. Diante do quadro de recessão mundial e nacional causado pela pandemia, são necessárias medidas de promoção e geração de emprego e renda e de proteção social à população. De modo imediato, é necessário contemplar os grupos sob maior risco de adoecimento e morte, como pessoas idosas, e vulnerabilidade socioeconômica, como

SUMÁRIO E RECOMENDAÇÕES - VERSÃO 2 - 15/07/2020

trabalhadores precarizados, população negra, povos indígenas, população LGBTI+, pessoas em situação de rua, ciganos, migrantes e refugiados, pessoas com deficiência, populações privadas de liberdade.

6. A emergência da pandemia da COVID-19 acentua iniquidades geradas por raça/cor, classe, etnia, gênero, idade, deficiências, origem geográfica e orientação sexual. Assim como a experiência de outras epidemias mostra, em especial as mulheres têm sofrido fortemente o impacto da COVID-19. No entanto, todas as medidas adotadas até agora pelos governos têm sido direcionadas à população em geral, sem levar em conta os diferentes segmentos populacionais na produção de dados e estratégias de ação. Em especial, a vulnerabilidade dos povos indígenas à pandemia, acentuada nos grupos isolados ou de recente contato, demanda medidas urgentes e prioritárias.
7. Mesmo antes da pandemia, o sistema brasileiro de ciência, tecnologia e inovação já vinha enfrentando grave crise, agravada pelos ataques sistemáticos do governo federal a órgãos de fomento e instituições executoras de pesquisa científica e tecnológica. Agregue-se a isso o enfraquecimento do fomento industrial pela ausência de políticas industriais em tempos recentes. Não obstante, a comunidade científica brasileira tem demonstrado vitalidade e engajamento no contexto da crise, com participação marcante na testagem de vacinas e condução de inquéritos epidemiológicos, essenciais para avaliar a dinâmica da pandemia.
8. A pandemia provocou ainda uma “infodemia”, gerando um imaginário social cheio de ansiedade e medo. Para enfrentamento dessa infodemia, são necessárias a abertura e a valorização de espaços interculturais capazes de promover escuta e diálogos com cosmologias não hegemônicas (e enfrentar os epistemicídios).
9. Este documento traz uma análise de dimensões e interfaces relevantes da pandemia da COVID-19 e apresenta 70 recomendações, dirigidas às autoridades políticas e sanitárias, aos gestores do SUS e à sociedade em geral. A principal estratégia indicada é a vigilância epidemiológica, com busca ativa de casos confirmados ou suspeitos e bloqueio da transmissão, conduzida por equipes qualificadas, na rede de atenção primária do SUS, coordenadas conjuntamente pelas autoridades sanitárias. Medidas de qualificação da atenção secundária e terciária são igualmente propostas, juntamente com estratégias de mitigação dos danos sanitário e econômico.
10. Novas ameaças envolvendo agentes de origem biológica, similares ao Sars-CoV-2, ou de origem química, radiológica/radioativa, bem como desastres relacionados à emergência climática, fazem parte do modo de produção adotado por nossas sociedades e gerarão novos eventos críticos, que podem se sobrepor, combinando pandemias, epidemias, desastres e crises humanitárias e planetárias simultaneamente. Nesta perspectiva, não é desejável voltar à situação “normal” anterior à pandemia ou viver um “novo normal” que signifique manter as condições de riscos e a vulnerabilidade social secundária às desigualdades e iniquidades. Isto significa que, desde já, deve-se construir as condições que permitam não só uma melhor preparação e resposta para riscos futuros, mas também o desencadeamento de processos de reconstrução das condições de vida e saúde com base nos valores da liberdade, igualdade e solidariedade, num Brasil efetivamente democrático.

RESPONSABILIDADES E RECOMENDAÇÕES

Com base nos fundamentos e nas análises apresentadas neste documento, um conjunto articulado de proposições, com os devidos embasamento científico e detalhamento técnico, está sendo elaborado, discutido, negociado, estabelecido e apresentado à sociedade brasileira, na expectativa de poder contribuir para a superação desta terrível pandemia, que, na história recente, já se constitui no mais grave desafio à saúde coletiva em todo o mundo.

Considerando o caráter singular, complexo e diferenciado de eventos críticos como uma pandemia, as características biomoleculares do SARS-CoV-2, os aspectos clínicos e a dinâmica epidemiológica da nova coronavirose, as suas peculiaridades ao se abater sobre a população brasileira e as dificuldades da conjuntura política e econômica do Brasil atual, o enfrentamento da Pandemia da COVID-19 requer firme e cuidadosa implementação, condução e acompanhamento de ações preventivas, protetivas e precaucionárias. Face à alta infectividade da COVID-19 e à ausência de tecnologias farmacológicas e clínicas efetivas para prevenção e tratamento, a melhor alternativa para a mitigação dos danos à saúde individual e coletiva é investir no controle da transmissão, associado ao suporte financeiro e apoio social, sem descuidar da redução de complicações, sequelas e mortalidade entre aqueles que foram infectados. É importante destacar que a perspectiva de cenários epidêmicos com picos intermitentes de casos de COVID-19 é muito provável, tornando ainda mais oportuna a adoção de um plano de enfrentamento nos moldes aqui postulado.

Nesse contexto, é imperativo organizar conhecimentos, recursos, competências e energias disponíveis num conjunto amplo e diversificado de estratégias, orientações, normas, procedimentos, programas e políticas, articulado de modo sutil e sensível, coordenado centralmente, com transparência, contando com a gestão integrada em todas as esferas de governo e com a participação consciente de todos cidadãos e cidadãs.

Às autoridades políticas

Em primeiro lugar, é preciso deixar claro que a Presidência da República é, de ofício, diretamente responsável pelo reconhecimento dos danos provocados pela pandemia da COVID-19, tendo como competência irrecorrível propor e coordenar ações e políticas emergenciais, necessárias e suficientes para controlá-la e reduzir seus impactos econômicos e sociais. Nesse contexto, no auge da pandemia, a interinidade e ausência de expertise na direção do MS são inconcebíveis. A definição de um gestor máximo da área com conhecimento e articulações no setor e com autonomia para agir é uma prioridade inadiável.

Além das estratégias sanitárias e epidemiológicas, frente à crise, muitas medidas são necessárias, notadamente as de natureza política e econômica, que somente

o Governo Federal pode executar. Não é demais enfatizar que, como a economia, impactada pela pandemia, não pode garantir a renda do trabalho, devem ser urgentemente concretizadas a implementação, manutenção e expansão de políticas de proteção social. Todas as medidas econômicas devem considerar as desigualdades (diretas e indiretas) de gênero, raça/etnia, classe social e outras, que impactam sobretudo as mulheres negras e pobres.

Trata-se de medidas de amplo alcance, envolvendo volume de recursos compatível com as necessidades da nossa sociedade, tal como apresentado no item respectivo deste Plano. A exemplo do que tem sido feito em outros países, tais medidas devem ser capazes de assegurar a preservação de empregos, a abertura de créditos a médios, pequenos e microempresários, a manutenção de renda adequada às famílias e a proteção emergencial da vida de segmentos vulnerabilizados da sociedade.

Como prioridade, deve-se garantir os direitos constitucionais dos povos indígenas, particularmente quanto à proteção dos seus territórios, implicando a obrigação do Estado de consultar os povos indígenas em suas ações e o respeito a autodeterminação desses grupos, particularmente dos povos isolados e recém contatados. Tais medidas devem ser complementares aos mecanismos de proteção social já existentes (previdência, seguro desemprego, benefício de prestação continuada, Bolsa Família e equivalentes) e não podem ser tomadas como justificativa para destruir o que resta do Estado Social brasileiro, previsto na Constituição Federal de 1988. Saliente-se que as Medidas Provisórias nº 927 (vigente, em discussão no Senado Federal) e nº 936 (convertida na Lei nº 14.020, em 6/7/2020) vão na contramão desses princípios, ampliando a destruição de direitos trabalhistas e previdenciários, na esteira das medidas de enfrentamento da pandemia. Faz-se necessário conceber e avançar estratégias para que sejam revertidas, revogadas e não prosperem.

Na ausência de uma coordenação nacional, as medidas de quarentena e a gestão da retomada de atividades, onde tem havido restrições de mobilidade e distanciamento físico, têm-se dado por iniciativa de governadores e prefeitos. Dada a incidência ainda crescente da COVID-19, na maior parte das cidades e regiões, a flexibilização dessas medidas representa grande risco de que haja aumento de casos, internações e óbitos, levando à necessidade de que sejam adotadas restrições mais rígidas. A restrição e a reativação de atividades incidem sobre a transmissão da doença de uma forma tal que os efeitos só são percebidos cerca de duas semanas depois de adotadas e, caso seja preciso fazer adequações, um período equivalente será necessário para que estas gerem resultados. Em qualquer circunstância, é, portanto, recomendável que não haja suspensão ou relaxamento de medidas de quarentena ou distanciamento físico “em bloco”. Com efeito, a suspensão em bloco das medidas de restrição não permitiria avaliar o peso de cada medida específica na transmissão e tornaria mais difícil o retorno, eventualmente necessário, a restrições mais rígidas à mobilidade.

No estágio em que se encontra a pandemia no país em meados de 2020, as seguintes medidas e ações, na esferas política geral, já deveriam ter sido tomadas.

Como ainda não o foram, além de necessárias, são agora urgentes para controlar a pandemia e seus impactos negativos:

1. Implantar comitês consultivos e de assessoramento em todas as esferas de governo, com representação das comunidades científicas e profissionais e de organismos da sociedade civil, conforme a estrutura de conselhos de saúde, para discussão e encaminhamento de soluções e medidas de controle da pandemia.
2. Considerando o caráter federativo do SUS, é fundamental respeitar os mecanismos tripartites de pactuação e decisão, com o funcionamento eficiente da Comissão Intergestores Tripartite e das Comissões Intergestores Bipartites, assim como do Centro de Operações Estratégicas (COE).
3. Às autoridades federais cabe promover o bom desempenho do COE, como instância de coordenação nacional, visando à correta aplicação de estratégias epidemiológicas de controle da pandemia de acordo com os parâmetros definidos pela Organização Mundial de Saúde e a experiência de outros países.
4. Cabe aos governos estaduais e municipais o compromisso de seguirem os mesmos propósitos na sua respectiva esfera de atuação, mediante adoção, regulação e gestão de todas as medidas necessárias ao controle da pandemia.
5. É fundamental investir no desenvolvimento tecnológico de testes, vacinas e insumos em grande escala segundo as necessidades do país, articulando, apoiando e coordenando os esforços dos grupos de pesquisa e desenvolvimento tecnológico em saúde ativos no Brasil. Deve ser garantido acesso público (pelo SUS) aos medicamentos e vacinas que forem desenvolvidas contra o coronavírus, o que pode ser garantido via proibição de patenteamento, licenças compulsórias ou pelo *pool* de patentes preconizado pela OMS.
6. Em cooperação tripartite, cabe às autoridades políticas assegurar o provimento e a fixação de profissionais e a infraestrutura básica, com sistema de referência e contra referência, na atenção primária à saúde (APS), particularmente em regiões remotas, considerando que o acesso a serviços profissionais constitui fator determinante para a saúde das populações e, em particular, de povos tradicionais, pessoas com deficiências e grupos expostos a maior vulnerabilidade econômica e social.
7. Em todas as esferas de governo, deve-se implementar medidas que assegurem a manutenção de renda mínima às famílias, preservação de empregos, oferta de créditos aos médios, pequenos e microempresários, tal como apresentado no item respectivo deste Plano, e como vem sendo feito em outros países, de sorte a mitigar os impactos da pandemia no aprofundamento das desigualdades sociais.
8. Cabe às autoridades políticas, em todas as esferas de governo, garantir o acesso à água potável e ao saneamento básico, fundamentais para o enfrentamento da COVID-19 e outras doenças, para a Segurança Alimentar e Nutricional e para a qualidade de vida em geral.

9. As autoridades políticas devem implementar medidas urgentes frente às demandas gerais e à proteção social das pessoas com deficiência:
 - a. Assegurar uma renda básica emergencial desvinculada da renda familiar, incluindo compensação financeira para familiares e cuidadores;
 - b. Garantir a manutenção do trabalho com inserção produtiva.
 - c. Assegurar a educação inclusiva em todo o processo educacional remoto durante a pandemia;
 - d. Suprimir a medida cautelar que impede a vigência da lei Nº 13.181/2020, sobre o aumento da renda *per capita* para acesso ao BPC;
 - e. Endossar o atendimento prioritário nos serviços públicos essenciais.
10. No que diz respeito à proteção social dos segmentos populacionais mais afetados pela pandemia, como trabalhadores informais e os desempregados, bem como grupos sociais em situação de maior vulnerabilidade, algumas medidas relevantes são:
 - a. Regulação e garantia de direitos básicos a todos os cidadãos;
 - b. Ampliação do tempo de duração do seguro-desemprego;
 - c. Ampliação de “renda básica” aos trabalhadores informais, enquanto não tiverem condições de inserção em postos formais;
 - d. Garantia de recebimento da cota dupla do auxílio emergencial para as mulheres chefes de família, independentemente de qualquer situação;
 - e. Melhoria da eficiência na concessão dos vários tipos de benefícios sociais (benefícios previdenciários e assistenciais);
 - f. Suspensão do pagamento das contas de água e luz para famílias de baixa renda até o controle total da epidemia.
 - g. Criação de um Comitê de monitoramento da pandemia entre migrantes e refugiados, incluindo-os nos planos de combate à pandemia, a eles fornecendo autorizações de trabalho temporárias, independentemente do seu status legal no território nacional.
 - h. No contexto indígena, formulação e implementação de medidas e planos específicos de enfrentamento da COVID-19, com participação de suas entidades e representações, cumprindo integralmente as recomendações feitas pelo Ministério Público Federal (Recomendação nº 11/2020-MPF, de 2 de abril de 2020).

Às autoridades sanitárias

É da inteira responsabilidade do Ministro da Saúde e dos Secretários e Secretárias da Saúde nos estados e municípios a necessária, precisa e permanente avaliação de riscos e impactos da epidemia da COVID-19, a fim de fomentar, promover e implementar medidas emergenciais para controle da transmissão, mitigação de danos e redução de impactos, no setor saúde. As medidas de controle devem ser claras, factíveis e embasadas em conhecimento científico, compondo uma estratégia nacional articulada e coordenada pelas autoridades sanitárias, em todos os níveis de atuação.

No presente momento, as seguintes estratégias e ações são imperiosas e urgentes:

11. O Ministério da Saúde deve tomar a iniciativa de elaborar e apresentar à sociedade um Plano Estratégico Nacional de Intervenção, com a participação

- ativa das comunidades científicas da saúde e das instâncias de controle social do SUS.
12. O Ministério da Saúde precisa também operar com a responsabilidade e a diligência que a gravidade da crise sanitária exige, garantindo aplicação e repasse tempestivos dos recursos disponíveis, com critérios de transferência para estados e municípios devidamente pactuados na Comissão Intergestores Tripartite e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde.
 13. O Ministério da Saúde deve ainda atuar junto a outros Ministérios, bem como junto aos outros poderes da República, a fim de acompanhar a implementação emergencial e ampliação das medidas de proteção social e apoio a trabalhadores, desempregados, setores e grupos vulnerabilizados da população.
 14. O Subsistema de Saúde Indígena (SASI), parte integrante do SUS, necessita de fortalecimento das articulações com demais gestores de nível municipal, estadual e federal, com expansão da rede de atenção primária em territórios indígenas, garantia da integralidade da atenção dos usuários do subsistema e garantia de acesso ao SUS dos indígenas residentes em áreas urbanas não assistidos pelo SASI-SUS, respeitando suas especificidades socioculturais.
 15. Nos planos estaduais e municipais, cabe às autoridades sanitárias respectivas, Secretários e Secretárias de Saúde, a formulação e a implementação de planos de enfrentamento da pandemia equivalentes e ajustados às respectivas realidades, considerando as especificidades dos diferentes grupos vulnerabilizados.
 16. É competência das autoridades sanitárias implantar e manter sistemas de informação capazes de monitorar de forma oportuna a evolução dos números de casos, internações, óbitos e exames laboratoriais mediante investimentos em pessoal qualificado, processos e equipamentos, considerando a segurança da informação e assegurando o direito à privacidade da população.
 17. As autoridades sanitárias, em todos as esferas de governo, devem manter e divulgar informações atualizadas sobre casos e óbitos de COVID-19 por sexo, faixa etária, escolaridade, raça/cor, etnia, nacionalidade, ocupação, município de residência e ocorrência, com divulgação de informações integrais pelo Ministério da Saúde, de forma oportuna e transparente.
 18. Em todos os níveis do sistema de saúde, as autoridades sanitárias são responsáveis por prover as condições para que todos casos suspeitos, confirmados e óbitos sejam devidamente registrados e notificados, bem como por acelerar os processos diagnósticos e de transmissão de informações entre as esferas de assistência e de vigilância, priorizando a investigação dos casos de COVID-19 relacionados ao trabalho.
 19. As autoridades sanitárias, em todas as esferas de governo, devem implementar ações para reduzir e controlar a transmissão comunitária da COVID-19 através de estratégias epidemiológicas apropriadas, mediante quarentena, distanciamento físico, identificação e isolamento de infectantes e restrição de viagens domésticas e internacionais.
 20. Enquanto persistir a transmissão com característica epidêmica, autoridades sanitárias devem manter as diretrizes de distanciamento físico, estímulo ao

teletrabalho, uso de máscaras fora de casa, disponibilidade de álcool em gel em todos os locais públicos e veículos, proibição de eventos ou reuniões de qualquer natureza que não estejam relacionadas à manutenção de atividades essenciais.

21. A flexibilização das medidas de distanciamento físico e restrição de mobilidade será cogitada apenas onde e quando a situação epidemiológica permitir, com pré-requisitos precisamente definidos, conforme indicadores estabelecidos pela OMS e referendados por outras organizações internacionais de saúde, sendo não-indicada enquanto persistir algum dos seguintes critérios:
 - a. Número de casos e taxas de incidência em ascensão.
 - b. Número de óbitos e taxas de mortalidade em ascensão.
 - c. Número reprodutivo efetivo (R_t) acima de 1.
 - d. Disseminação geográfica da epidemia, indicando que a redução de mobilidade não foi suficiente para bloquear sua progressão.
 - e. Persistência de velocidades de crescimento diferentes em diferentes áreas do mesmo estado.
 - f. Insuficiência da capacidade instalada para testagem molecular ampla de modo a detectar e isolar casos de COVID-19 e a rastrear contatos e colocá-los em quarentena.
 - g. Taxas de ocupação de leitos de UTI superiores a 70%.
22. As autoridades sanitárias são responsáveis por implantar, nos seus respectivos âmbitos de atuação, estratégias de busca ativa de casos, com equipes de vigilância epidemiológica capacitadas para testagem, por biologia molecular, de todos os casos suspeitos, com rastreamento dos contatos, cobrindo a possível cadeia de transmissão até o limite da rastreabilidade e monitoramento dos que tiverem indicação de isolamento ou quarentena, respeitando os direitos individuais, o sigilo e a confidencialidade.
23. Para todos os casos laboratorialmente confirmados ou com diagnóstico clínico de COVID-19, em que se julgar necessário, deve ser realizado o isolamento individual rigoroso, sob supervisão das equipes de vigilância e acompanhamento pelas equipes de atenção primária em saúde.
24. Em todos os níveis do sistema de saúde, as autoridades devem investir no desenvolvimento de tecnologias inovadoras e efetivas para rastreamento de casos e contatos, monitoramento e orientação para apoio à análise epidemiológica, bem como para ações de formação dos trabalhadores em saúde e de apoio aos serviços de saúde.
25. As autoridades sanitárias são responsáveis por garantir a observância de protocolos de segurança com a provisão de equipamentos de proteção individual para todos os trabalhadores de saúde e outros setores que atuam na linha de frente na rede de serviços de saúde.
26. Os recursos da saúde devem ser aplicados de forma equitativa, considerando as necessidades gerais da população e as necessidades específicas de grupos expostos à maior vulnerabilidade econômica e social, conforme apresentado neste Plano.

27. Em todos os níveis do sistema de saúde, as autoridades sanitárias são responsáveis por assegurar a continuidade da atenção à saúde para todas as pessoas com qualquer condição de saúde que requeira assistência e cuidado.
28. As autoridades sanitárias devem promover a fixação de profissionais de saúde em regiões remotas e localidades habitadas por povos tradicionais de modo a impactar positivamente no controle e na redução de transmissão da COVID-19 em populações vulnerabilizadas.
29. A criação de Equipes Emergenciais de Saúde ou similares, já implementadas em alguns estados e municípios, deve ser adotada como estratégia de expansão da atenção primária em todo o país, ampliando o contingente de equipes de saúde.
30. Em todos os níveis do sistema de saúde, deve-se realizar campanhas de comunicação social sobre a COVID-19 para precaução, prevenção da doença, proteção e atenção em saúde com orientações claras e embasadas em conhecimento científico, sem deixar de considerar as diversidades socioculturais e linguísticas de nossa sociedade. Organizações comunitárias e movimentos sociais devem ser apoiados no desenvolvimento de estratégias comunicacionais adequadas às possibilidades de cada território, visto em toda sua amplitude.
31. Devem ser elaboradas e implementadas estratégias e medidas de cuidado em saúde mental, compondo um plano complementar de enfrentamento de transtornos psiquiátricos e agravos à saúde mental, com apoio das práticas integrativas e complementares.
32. Cabe às autoridades sanitárias a implementação de medidas urgentes destinadas à proteção da saúde e da vida das pessoas com deficiência:
 - a. Considerar pessoas com deficiência como grupo de risco, conforme orientações da ONU, OMS e OPAS.
 - b. Garantir plena acessibilidade aos meios de informação e comunicação, contemplando: comunicação simples, legenda, Braille, LIBRAS, audiodescrição e arquivos de texto acessíveis.
 - c. Assegurar o cuidado singular nas unidades de urgência e emergência, incluindo acompanhantes para aqueles que necessitarem;
 - d. Coibir medidas discriminatórias de acesso ao cuidado especializado;
 - e. Formular protocolos para a retomada de serviços especializados para pessoas com deficiência no âmbito da saúde e da assistência social, principalmente aqueles de habilitação e reabilitação.
33. Cabe às autoridades sanitárias a implementação de medidas de prevenção da transmissão do COVID-19 no âmbito hospitalar, como:
 - a. Pacientes de COVID-19, casos suspeitos ou confirmados, internados em ambiente hospitalar devem compor coortes específicas e estar fisicamente separados dos demais pacientes.
 - b. Precauções universais e específicas relativas à transmissão do vírus por contato e via respiratória devem ser estabelecidas, como o uso de EPIs adequados aos procedimentos a serem realizados, higienização das mãos, estabelecimento de medidas administrativas e de engenharia que

permitam fluxos adequados e ventilação, exaustão e refrigeração para reduzir a presença do SARS Cov-2 nos ambientes de cuidado.

- c. A escuta e o suporte emocional aos profissionais de saúde e a educação permanente são dois instrumentos fundamentais para aumentar o grau de resiliência dos trabalhadores de saúde e para reduzir riscos e danos para pacientes e profissionais associados ao cuidado, seja em relação a Covid19 ou não.

Aos gestores do SUS

Os diretores/as, coordenadores/as, chefes de equipe etc., em todos os programas, estabelecimentos e serviços da Rede de Atenção à Saúde e do Sistema de Vigilância em Saúde precisam adequar o funcionamento da rede, do sistema e das unidades de saúde sob sua responsabilidade às contingências, demandas e pressões advindas do evento crítico da Pandemia da COVID-19. A vigilância epidemiológica, com busca ativa de casos confirmados ou suspeitos e o bloqueio da transmissão representa uma das estratégias mais efetivas para controlar uma epidemia; com base na estrutura do SUS, esse procedimento deve ser conduzido conjuntamente por equipes de vigilância e de APS, conectadas e coordenadas pelos gestores do SUS.

Na hipótese mais desejável, o diagnóstico precoce e o tratamento rápido e adequado dos casos devem ser realizados por serviços de saúde prontos e preparados, tanto do ponto de vista técnico quanto do ponto de vista logístico, para oferecer aos doentes um cuidado com qualidade, equidade e humanização, garantindo a segurança dos profissionais da saúde e outros trabalhadores. A reorganização dos fluxos de pacientes nas redes de atenção pressupõe readequar as funções dos diferentes pontos de cuidado, incluindo novas modalidades de atendimento remoto, devidamente incorporadas à atenção primária em saúde.

Na urgência desta crise sanitária, cabem algumas recomendações, sem qualquer intenção de configurar protocolos rígidos, que podem contribuir, no plano microinstitucional, para dar maior consistência e efetividade às ações e práticas de controle da pandemia:

34. Linhas de cuidado devem ser implementadas para atender as diferentes fases da doença e seu potencial de gravidade, englobando desde o manejo de sintomas e isolamento domiciliar até a internação em UTI, incluindo, ainda, a reabilitação após a alta hospitalar.
35. Os gestores do SUS devem pôr em funcionamento Centrais de Teleatendimento em regime de 24 horas, com atendentes treinados na utilização de protocolos que permitam distinguir casos leves e graves, com orientação de casos leves quanto às medidas de isolamento domiciliar ou assistido e com monitoramento da evolução dos mesmos.
36. Ferramentas tecnológicas (como aplicativos de telefones móveis) poderão ser utilizadas para localização, monitoramento e controle dos casos durante o período infeccioso, respeitando sigilo e confidencialidade, visando a identificar infectantes e bloquear cadeias de transmissão.

37. O atendimento presencial a pacientes suspeitos de COVID-19, nas unidades de APS, deve ser realizado com todas as precauções e com medidas de proteção individual, de forma a evitar a infecção de trabalhadores de saúde e de usuários.
38. A atenção clínica individual feita pelos profissionais da APS deve orientar os casos suspeitos quanto ao isolamento e reconhecimento dos sinais de alerta, identificar pacientes que não podem ser cuidados no domicílio, monitorar casos suspeitos quanto à evolução clínica, realizar vídeoconsultas para casos mais complexos e solicitar remoção para unidade hospitalar ao identificar sinais de agravamento.
39. Pacientes com suspeita de COVID-19 devem ser rastreados no primeiro contato com qualquer serviço de saúde com as precauções para controle de infecção, que incluem atendimento em áreas externas, limitação do contato físico, modificações de fluxo, separação de áreas de atendimento e espera, distanciamento, barreiras físicas e uso adequado de EPI, de acordo com a atividade e tipo de contato realizado.
40. A busca ativa de casos deve ser realizada por equipes das redes de atenção à saúde, também em locais de trabalho. Essas equipes precisam ter à disposição aparelhos celulares institucionais para fazer contato, de forma segura, com os casos suspeitos, visando a implementar o isolamento seguro de possíveis infectantes e a suspensão das atividades em ambientes de trabalho insalubres ou transmissores de infecção pelo coronavírus.
41. Casos confirmados leves ou assintomáticos devem ser identificados, apoiados, orientados e rigorosamente monitorados a fim de verificar o cumprimento estrito das instruções de isolamento, sendo oferecida hospedagem em instalações protegidas, internação em unidades de quarentena ou auxílio financeiro para viabilizar o isolamento individual em regime domiciliar.
42. As unidades de saúde devem realizar intervenções terapêuticas, monitorar sinais de agravamento e providenciar transferência oportuna para leitos de maior complexidade, quando necessário, encaminhando os casos graves para hospitais de referência para COVID-19 por ambulâncias dedicadas, com profissionais treinados e adequadamente protegidos.
43. Os gestores devem assegurar que as UPAs e o SAMU disponham de equipes completas e capacitadas e equipamentos adequados, visando a oferecer atenção oportuna e de qualidade que permita salvar vidas e reduzir o sofrimento das pessoas.
44. Deve ser expandida a capacidade instalada de leitos, incluindo leitos de UTI, tanto em hospitais de campanha, quanto em novos hospitais permanentes, contando com equipes completas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico adequados e unidades intermediárias e de terapia intensiva ou mecanismo de referência para essas unidades, em caso de necessidade, particularmente para as regiões remotas e municípios distantes das capitais.
45. É fundamental que o Poder Público controle e gerencie toda a capacidade hospitalar existente no país e institua uma fila única, englobando serviços

- públicos e privados, de casos graves de COVID-19 que demandem internação e terapia intensiva, respeitando-se as tabelas de pagamentos do SUS em vigor.
46. É preciso regular leitos vinculados à Atenção Primária, que dão suporte especialmente ao cuidado às condições crônicas quando agudizam e não podem ser acompanhadas pela APS, sendo dada atenção especial ao fluxo e regulação para usuários provenientes do Subsistema de Saúde Indígena.
 47. Leitos de retaguarda dedicados ao atendimento de casos suspeitos com alto risco de agravamento ou com contraindicação de isolamento domiciliar devem fazer parte do planejamento da rede de atenção COVID-19, incluindo pessoas com comorbidades, aquelas que residem sozinhas, ainda que não estejam graves, e quem vive em contextos que inviabilizam isolamento e distanciamento físico.
 48. Os gestores do SUS devem ainda organizar Unidades de Cuidados Intermediários, para recuperação e/ou reabilitação ao semi-agudo, evitando assim internações desnecessárias ou inadequadas por complicações de crônicos sob acompanhamento da Atenção Primária; estes serviços poderiam ser instalados nos hospitais de pequeno porte, em muitos casos, subutilizados.
 49. É fundamental que gestores de saúde ampliem os programas de assistência médica remota para garantir atendimentos telefônicos, consultas online ou domiciliares, com prioridade às mulheres de todas as idades, mantendo atendimento presencial para as gestantes e neonatos de alto risco, em condições adequadas de segurança.
 50. Os serviços de Saúde Reprodutiva e Sexual devem ser mantidos, incluindo contracepção, atenção ao abortamento (inseguro e legal), cuidados de assistência ao pré-natal, parto e puerpério, com garantia de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual e/ou doméstica, tanto nos serviços de saúde e de segurança pública.
 51. O manejo clínico de pacientes deve seguir protocolos já disponibilizados que devem ser adaptados às condições locais e integrados em redes que permitam o monitoramento do cuidado e possibilidade de mecanismos rápidos de regulação.
 52. O estabelecimento de protocolos e treinamento de profissionais para atenção às diversas fases da doença e seu potencial de gravidade, englobando desde o manejo de sintomas e isolamento domiciliar até a internação em UTL, incluindo, ainda, a reabilitação após a alta hospitalar. Os seguintes protocolos devem ser seguidos, na APS, UPAs e SASIs:
 - a. Classificação da severidade dos pacientes com síndrome respiratória aguda grave (SRAG);
 - b. Manejo clínico inicial dos pacientes com síndrome respiratória aguda grave (suporte respiratório a pacientes e terapia farmacológica na COVID-19), com ou sem risco de complicações;
 - c. Procedimentos de proteção e controle de infecção em ambiente hospitalar.

53. O transporte dos pacientes graves do domicílio diretamente para a unidade de referência deve ser ponto essencial do planejamento da rede assistencial para que a terapia adequada possa ser iniciada a tempo com acesso a leitos de cuidados intermediários e intensivos; atenção especial deve ser dada a municípios e usuários residentes em regiões remotas que podem necessitar de logística complexa como barco, avião ou helicóptero.
54. O acesso a recursos de alto custo como as Unidades de Terapia Intensiva e as tecnologias utilizadas para o cuidado de pacientes graves não deve ser subordinado a preconceitos de qualquer natureza (idade, comorbidades, situação social ou quaisquer outros), mas exclusivamente orientado pelas necessidades clínicas dos pacientes.
55. Diante da profusão de promessas de tratamentos medicamentosos, sem base científica, os gestores do SUS devem primar pela observância da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), Resolução CNS nº 338/2004, assegurando o acesso e promovendo o uso racional de medicamentos. Deve ser garantido, através de estoque estratégico, que medicamentos essenciais não falem para os pacientes. A utilização de medicamentos *off label* deve ser limitada a participantes de projetos de pesquisa devidamente aprovados pelo sistema CEP/CONEP.
56. Tanto para a COVID-19 quanto para outros problemas de saúde, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico precisam ser expandidos para melhorar as condições de acesso da população, eliminando barreiras à sua utilização em tempo oportuno e assegurando o retorno ágil dos resultados ao paciente e à equipe de atendimento solicitante.
57. Cabe aos gestores do SUS implementar e assegurar as condições de funcionamento de Comissões de Bioética Hospitalar, de modo a favorecer a reflexão e a discussão coletiva de dilemas morais que surgem localmente e a auxiliar profissionais, pacientes e familiares nos processos de tomada de decisão.
58. Deve-se instituir protocolo de consentimento para assegurar aos pacientes de COVID-19 o direito de identificar, no momento da internação e isolamento, uma pessoa de sua confiança que possa atuar como “decisor substituto” quando ele próprio não puder decidir.
59. Deve-se também instituir mecanismos de comunicação entre o hospital e a família dos pacientes internados/isolados, com a escolha deste indivíduo de contato sendo realizada pelo paciente, para que a família tenha acesso regular e confiável sobre o estado de saúde de seu ente querido.
60. Devem ser aprimoradas as ações de educação, informação e comunicação em saúde para a população em geral, preferencialmente em parceria com representantes dos movimentos e iniciativas locais, abordando medidas de prevenção de doenças transmissíveis e não transmissíveis e outros agravos relevantes, por meio de interação social e compartilhamento de saberes.
61. É importante desenvolver estratégias de comunicação com metas para os níveis individual, familiar, comunitário e municipal, com mensagens direcionadas, fontes de informação, organização e políticas da comunidade, usando maior variedade de mídias e meios de comunicação, como rádios

comunitárias, orelhões, internet, *podcasts*, transmissões ao vivo em redes sociais, grupos de *whatsapp*.

62. Essas estratégias devem ser desenvolvidas em conjunto com as comunidades afetadas de modo a favorecer sua efetividade e sua adequação aos distintos contextos socioculturais, o que inclui a necessidade de ações de educação em saúde antirracistas, pela igualdade de gênero e pelo respeito à diversidade, orientadas por pedagogias emancipadoras baseadas em diálogo e construção compartilhada de conhecimento.

À sociedade em geral

Todas as pessoas têm o direito e o dever de cumprir as medidas de controle epidemiológico recomendadas, as quais devem ser objeto de campanhas de comunicação veiculadas em linguagem compreensível por todas as pessoas, levando em conta as circunstâncias e os contextos dos diferentes grupos populacionais. Uma população bem informada é vital para o sucesso de qualquer plano de enfrentamento da pandemia, que, em última instância, depende da mobilização e do protagonismo da sociedade civil, à qual o Estado deve obedecer e servir. Nesse sentido, cabe fazer as seguintes recomendações:

63. A sociedade deve exigir e conquistar acesso à informação acurada, certificada e útil, conscientizando-se da gravidade da crise e, em consequência, deve compreender e aderir às medidas de controle epidemiológico. As informações devem ser amplamente difundidas, pela maior variedade possível de veículos de comunicação e plena diversidade de estratégias comunicacionais.
64. Para vencer a pandemia, é preciso intensa mobilização social em prol do direito aos cuidados de saúde de qualidade, em defesa do direito à vida e à saúde, nas organizações independentes da sociedade civil de defesa de direitos de grupos sociais e organizações de grupos marginalizados como moradores de favelas e periferias das cidades, inclusive em torno de atividades culturais, que se fundamentam no princípio ético da igualdade e no exercício da solidariedade.
65. A sociedade como um todo, considerando a diversidade e o direito à inclusão de todos os grupos sociais, deve lutar pelo reconhecimento e pela superação das invisibilidades e dos silenciamentos produzidos socialmente, compreendendo as interdependências entre as várias dimensões da pandemia, em que vulnerabilidades e privilégios sociais colocam corpos circulantes e corpos em isolamento em contagem diferente de casos e mortes.
66. É importante a mobilização das competências de inovação tecnológica em saúde, nas universidades e demais centros de pesquisa, com financiamento público estratégico para que instituições públicas, em parceria com incubadoras e empresas nacionais, possam desenvolver capacidade nacional de provimento de infraestrutura tecnológica para suporte às ações de saúde.
67. A sociedade e, em especial, as instituições científicas devem criar de comitês de pesquisadores de diversas áreas que possam monitorar, avaliar e propor inovações para o melhor funcionamento e transparência dos sistemas de informação conferindo maior credibilidade aos dados

68. No que concerne ao Sistema Único de Saúde, em particular, a sociedade precisa intensificar sua participação nos espaços destinados ao controle social, acompanhando a evolução da epidemia e cobrando o desempenho dos gestores em todas as esferas de governo, assim como exigir que outros canais sejam abertos à participação comunitária.
69. Em geral, a sociedade deve exercer a participação cidadã, defendendo a dignidade da vida humana, a preservação do meio ambiente e o fortalecimento do regime democrático que vêm sofrendo ataques de arrivistas que, por meio de fraudes e manipulações, passaram a ocupar lugares de destaque na cena política nacional.
70. Neste contexto, é fundamental promover a Cultura de Paz pelo conjunto de seus valores, atitudes, tradições, comportamentos e estilos de vida baseados nos seguintes princípios:
 - a. Respeito à vida, fim da violência e promoção e prática da não-violência por meio da educação, do diálogo e da cooperação;
 - b. Promoção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, rejeitando práticas racistas, sexistas, LGTB+fóbicas ou qualquer discriminação fruto do ódio e da intolerância;
 - c. Reconhecimento e respeito aos diversos saberes e práticas de saúde e cuidado.
 - d. Adesão aos princípios de liberdade, justiça, democracia, tolerância, solidariedade, cooperação, pluralismo, diversidade cultural, diálogo e entendimento em todos os níveis da sociedade e entre as nações.

Como resta evidente, este rol de recomendações não significa uma mera lista de propostas de atuação a serem aplicadas nas diferentes esferas de governo ou nos distintos níveis de operação do SUS, de modo isolado ou cumulativo. Trata-se, na verdade, de um sistema articulado e integrado de estratégias, táticas e ações, destinadas a viabilizar métodos de controle dos processos epidêmicos, cuja funcionalidade e efetividade dependem de planejamento eficaz, gestão competente e coordenação fina e sensível. A condição de viabilidade (ou sucesso) de sua implementação, num contexto de tão grande complexidade, reside justamente na capacidade de mobilização da população, incluindo usuários, gestores e profissionais num regime de coesão firme e solidária.