

Fortalecer a resposta do sistema de saúde à COVID-19 Recomendações para a Região Europa da OMS Sumário de políticas (1º de abril de 2020)

A experiência inicial nos países com transmissão comunitária em larga escala (China, Irã, Itália e Espanha) mostra que a COVID-19 exige uma mobilização sem precedentes dos sistemas de saúde. Ao agir em caráter de urgência, os países que ainda não atingiram o estado de transmissão comunitária podem ter uma janela estreita de oportunidade de reduzir a velocidade de transmissão, e preparar seus sistemas de saúde para mitigar o impacto do surto. Esta nota resume as recomendações para o fortalecimento da resposta do sistema de saúde à COVID-19 na Região Europa da OMS, para a quebra das cadeias de transmissão e para o diagnóstico e tratamento de casos, sem deixar de manter os serviços essenciais. As 16 recomendações refletem as características da COVID-19 e as práticas vigentes de organização e financiamento de sistemas de saúde baseadas em evidências e na experiência, além de práticas emergenciais de resposta à COVID-19 na Região e no âmbito global.

Tabela 1. Resumo das 16 recomendações de resposta à COVID-19 para sistemas de saúde

1. Expandir a capacidade de comunicação e gerenciar as relações midiáticas de forma proativa.	2. Reforçar a capacidade de prestação de serviços essenciais de saúde para permitir respostas emergenciais.	3. Esclarecer a estratégia a ser adotada no primeiro ponto de contato para possíveis casos de COVID-19: contato telefônico, <i>on-line</i> ou físico.	4. Proteger outros potenciais pontos de entrada no momento do primeiro contato com o sistema de saúde.
5. Designar hospitais para recepção dos pacientes com COVID-19 e se preparar para mobilizar a capacidade para atendimento em situação de pico de demanda de casos agudos e UTI.	6. Organizar e expandir serviços próximos para responder à COVID-19.	7. Manter a continuidade dos serviços essenciais e ao mesmo tempo liberar espaço para a resposta à COVID-19.	8. Treinar, remanejar e mobilizar a força de trabalho em saúde em função dos serviços prioritários.
9. Proteger a saúde física dos profissionais da saúde da linha de frente.	10. Antecipar e abordar as necessidades relacionadas à saúde mental dos trabalhadores da saúde.	11. Revisar as cadeias de fornecimento e os estoques de medicamentos e tecnologias de saúde essenciais.	12. Mobilizar apoio financeiro e afrouxar barreiras logísticas e operacionais.
13. Avaliar e mitigar possíveis obstáculos ao acesso aos cuidados.	14. Avaliar e mitigar possíveis obstáculos físicos ao acesso para grupos de indivíduos vulneráveis.	15. Otimizar a proteção social a fim de mitigar o impacto das medidas de saúde pública sobre a segurança financeira familiar.	16. Garantir a clareza nos papéis, relações e mecanismos de coordenação na governança do sistema de saúde e no governo.

Motivação

Os Estados Membros europeus compartilham preocupações a respeito da prontidão e da capacidade de seus respectivos sistemas de saúde de responder à pandemia da COVID-19, causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). O perfil da doença sugere que, apesar de 80% dos casos serem leves, em torno de 15% dos afetados apresentam reações graves e 5% evoluem para um estado crítico (choque séptico, insuficiência respiratória e falência de órgãos). Os casos graves afetam desproporcionalmente indivíduos idosos com doenças de base, como doença cardiovascular, hipertensão e diabetes. Esse fato é particularmente preocupante em países europeus caracterizados por populações mais idosas.

Na China, 15 a 20% dos casos necessitaram de hospitalização, sendo em torno de 15% casos graves e 5% com necessidade de cuidados intensivos¹. Na Itália, aproximadamente 40% dos pacientes foram hospitalizados e cerca de 7% internados em unidades de terapia intensiva². A capacidade de atendimento de casos agudos e de prover cuidados intensivos varia significativamente na Região Europa da OMS. O número de leitos de terapia intensiva por 100.000 habitantes varia de 4,2 em Portugal a 46 na Turquia, sendo de 6,6 no Reino Unido, 9,7 na França, 12,5 na Itália e 29,2 na Alemanha. O número de médicos por 1.000 habitantes varia de 1,9 na Turquia a 5,2 na Áustria. Os níveis de habilidades relevantes, competências e treinamento em pandemia também variam.

Durante a transmissão comunitária, os países precisam encontrar maneiras de criar capacidade para atendimento em situação de pico de demanda para tratar os pacientes com COVID-19, sem deixar de manter os serviços essenciais. Isso exige um conjunto de políticas abrangentes e bem alinhadas para reorientar o complexo maquinário dos sistemas de saúde. O grau de reorientação necessário depende do sucesso das medidas de saúde pública (incluindo o distanciamento social) em reduzir a velocidade de transmissão e disseminação por um período longo de tempo (achatamento da curva). Essas abordagens são fundamentais para diminuir a necessidade de capacidade para atendimento em situação de pico de demanda durante o surto, garantir a capacidade dos sistemas de saúde de lidar com a situação e evitar a sobrecarga das unidades de cuidados hospitalares e de terapia intensiva.

A OMS emitiu uma ampla gama de orientações técnicas relacionadas à resposta à COVID-19³, incluindo coordenação, planejamento e monitoramento no âmbito nacional, vigilância, equipes de pronta resposta e investigação de casos, laboratórios nacionais, tratamento de casos (cuidados hospitalares e domiciliares), prevenção e controle de infecções, protocolos de investigação precoce, comunicação de risco e engajamento da comunidade, suporte operacional e logístico, redução da transmissão de animais para seres humanos e pontos de entrada e aglomerações. Muitos desses documentos orientativos já contêm medidas e políticas de saúde importantes, que refletem ações clínicas e de saúde pública.

Este sumário de políticas tem por objetivo fornecer orientações adicionais para o fortalecimento dos sistemas de saúde e a rápida reorganização da prestação de serviços em resposta à COVID-19, incluindo a ampla expansão da capacidade de gerenciamento de cuidados emergenciais, respiratórios e intensivos, sem deixar de manter os serviços essenciais para a continuidade de cuidados.

¹ <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762130>

² [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30110-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30110-8/fulltext)

³ Todas as orientações técnicas sobre o COVID-19 por tópico: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>

Recomendações para elaboração de políticas

- 1. Expandir a capacidade de comunicação e gerenciar as relações midiáticas de forma proativa.** As equipes de comunicação dos ministérios da saúde, dos órgãos de saúde pública e dos governos locais a cargo da coordenação da resposta devem ser reforçadas. Deve-se suplementar os esforços de comunicação de riscos⁴ e criar mensagens claras relacionadas a identificação dos sintomas, primeiro contato, uso adequado dos serviços de saúde, acesso financeiro e medidas de proteção relacionadas à COVID-19. Os esforços de comunicação relacionados aos serviços essenciais de saúde (não relacionados à COVID-19) também devem ser incrementados para reassegurar à população a continuidade da prestação desses serviços e do fornecimento de medicamentos e equipamentos. Diversos países acharam útil organizar *briefings* de mídia, uma ou duas vezes por dia, para compartilhar informações fidedignas e atualizadas. Deve-se trabalhar junto à mídia, incluindo a mídia social, na resposta de saúde pública através do uso de atualizações oficiais e informações obtidas de fontes seguras. Personalidades médicas conhecidas e renomadas podem ajudar transmitindo mensagens de calma e orientando a população a respeito do uso adequado dos serviços de saúde. Deve-se criar uma força-tarefa conjunta com jornalistas e pessoas influentes relevantes, desenvolver treinamentos curtos para transmissão de mensagens estruturadas e fornecer acesso preferencial a sumários informativos. Funcionários de alto escalão podem servir de modelo (praticando o distanciamento social em reuniões de gabinete, por exemplo).
- 2. Reforçar a capacidade de prestação de serviços essenciais de saúde para permitir respostas emergenciais.** Os serviços públicos de saúde locais e nacionais desempenham um papel integral na resposta à COVID-19 por meio da prestação de serviços essenciais ao governo, aos sistemas de saúde e assistência social e à população em geral. A experiência de países como China, Irã, Itália e Espanha mostra que os serviços públicos de saúde fundamentais precisam ser disponibilizados em uma escala sem precedentes, e que os países devem implementar prontamente a capacidade para atendimento em situação de pico de demanda por serviços como: (a) exames laboratoriais, rastreamento de contato e avaliação de risco; (b) análise e vigilância epidemiológica; (c) aconselhamento baseado em evidências para formulação de políticas de intervenções não farmacológicas e orientações destinadas ao setor de saúde e outros, a respeito de seus respectivos papéis na resposta; (d) identificação de grupos vulneráveis, como idosos e migrantes, e de intervenções sob medida que contemplem suas necessidades; (e) informações baseadas em evidências para a população em geral.
- 3. Esclarecer a estratégia a ser adotada no primeiro ponto de contato para possíveis casos de COVID-19: contato telefônico, on-line ou físico.** Conforme o surto avança para o estado de transmissão comunitária, um número crescente de pessoas deve passar a procurar os serviços de saúde. Deve-se desenvolver uma estratégia a ser adotada no primeiro ponto de contato, com planos de expansão de capacidade na mesma medida. Esse processo deve ser comunicado com clareza a toda a população, incluindo grupos vulneráveis e estrangeiros. As principais opções de primeiro contato incluem uma linha direta (*hotline*) centralizada, uma plataforma *on-line* e pontos de contato físico em centros temporários especialmente criados para esse fim ou centros de atenção primária. Em Wuhan, na China, assim como em diversos países da Europa Ocidental (Espanha,

⁴ Orientação técnica sobre comunicação de risco e participação da comunidade: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/risk-communication-and-community-engagement>

Reino Unido), indivíduos com suspeita ou sintomas de COVID-19 foram instruídos a contatar o sistema de saúde através de linhas diretas de emergência e plataformas *on-line* com robôs de conversação, para desafogar as centrais de atendimento e instituições de saúde. Essa abordagem protege os profissionais da saúde em unidades de atenção primária e hospitais, bem como os indivíduos que buscam essas instituições de saúde por outros motivos. As centrais de atendimento devem ter algoritmos claros e auxílios visuais para triagem das chamadas e indicação da jornada do paciente adequada⁵. Esses algoritmos devem ser baseados em um único protocolo de triagem para resposta à COVID-19 disponível no âmbito nacional que aborde as possíveis jornadas. Uma quantidade maior de funcionários se fará necessária para lidar com o maior número de chamadas e notificações *on-line* junto aos centros de atendimento. Essa capacidade para atendimento no pico de demanda também pode ser atingida por meio de voluntários treinados ou, onde cabível, funcionários públicos reintegrados. Esses indivíduos necessitarão de treinamento em triagem e ativação das jornadas relevantes do paciente.

4. **Proteger outros potenciais pontos de entrada no momento do primeiro contato com o sistema de saúde.** Mesmo na vigência de uma estratégia efetivamente comunicada a ser adotada no primeiro ponto do contato, deve-se pressupor que as pessoas possam não seguir as instruções, e contatar instituições de saúde não designadas ou preparadas para atuar como pontos de primeiro contato (serviços de atenção primária ou comunitária, serviços pré-hospitalares e móveis, setor de emergência, setor de casos agudos, serviços pediátricos e de maternidade, serviços destinados às forças armadas, serviços de saúde e justiça, departamentos de saúde ocupacional de organizações/empresas ou outras instituições públicas). A experiência da China e da Itália indica que profissionais da saúde desprotegidos se encontram sob maior risco de desfechos potencialmente graves. Portanto, é de suma importância preparar as instituições de saúde e proteger os profissionais da saúde que não se encontrem nas vias oficiais para lidar com casos inesperados. Para isso, deve-se implementar e ativar procedimentos operacionais padrão que incluam medidas de avaliação e isolamento de indivíduos, prevenção e controle de infecção⁶, proteção de funcionários e iniciação de sistemas de notificação. Deve-se garantir a disponibilidade do protocolo nacional de triagem para orientação e iniciação da jornada de cuidado mais adequada⁷. (Consultar também a recomendação para elaboração de políticas 9, sobre proteção de profissionais da saúde.)

5. **Designar hospitais para recepção dos pacientes com COVID-19 e se preparar para mobilizar a capacidade para atendimento em situação de pico de demanda de casos agudos e UTI.** A necessidade de capacidade hospitalar para cuidado dos pacientes com COVID-19 com quadros graves ou críticos deve ser avaliada, estimada e continuamente revisada, por região. Calculadoras para pico de demanda podem ser úteis para alimentação de dados demográficos e dados referentes às características do surto e diretrizes de tratamento. A experiência de países que estão mais à frente na curva epidêmica também pode ajudar a estimar a parcela de pacientes com necessidade de leitos hospitalares ou de UTI, embora isso dependa dos protocolos de tratamento. Deve-se

⁵ Orientação técnica sobre tratamento do paciente: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/patient-management>

⁶ Orientações técnicas sobre prevenção e controle de infecções: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/infection-prevention-and-control>

⁷ Orientação técnica sobre tratamento do paciente: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/patient-management>

designar hospitais para tratamento de casos de COVID-19 e avaliar a prontidão deles para tratar os pacientes com COVID-19 sem comprometer a capacidade de tratar outras pessoas (consultar a lista de verificação de prontidão hospitalar para a COVID-19 da OMS⁸). Hospitais organizados em pavilhões seguem existindo em muitos países da Região e podem ajudar a evitar a transmissão dentro da própria instituição por meio da concentração dos pacientes com COVID-19 em um só pavilhão. A revisão da capacidade de prestação de cuidados críticos e intensivos à luz da demografia regional, e o adiamento de procedimentos não urgentes e eletivos, a fim de transformar as salas cirúrgicas e de recuperação em UTIs, são de particular importância. (Consultar também a recomendação para elaboração políticas 6, sobre organização e expansão de serviços.)

6. **Organizar e expandir serviços próximos para responder à COVID-19.** Os pacientes com sintomas leves e sem doenças de base crônicas podem ser alocados para o cuidado domiciliar⁹. Os casos leves podem não necessitar de nenhuma intervenção. Entretanto, o estabelecimento de comunicação com prestadores de serviços de saúde locais pode ser útil, para que possam checar os pacientes por telefone ou através de soluções digitais, educar os moradores da casa a respeito dos procedimentos de isolamento domiciliar, observar a evolução das condições e atuar caso o quadro se agrave. Em sistemas de saúde bem digitalizados, os cadastros de usuários do serviço de atenção primária podem ser usados para a pronta identificação dos pacientes e de seus números de contato para fins de acompanhamento. A disponibilidade de cuidados domiciliares varia amplamente na Região Europa. Os países que já contam com sistema de cuidado domiciliar podem ativá-lo e expandi-lo facilmente. Outros podem precisar remanejar as redes de saúde comunitária. Em alguns países essa opção não será viável por falta de recursos. Onde a ativação for possível, é importante envolver os profissionais da saúde, incluindo os que atuam em unidades de atenção primária, assim como as organizações comunitárias de saúde pública e as redes de saúde comunitárias, na elaboração de mecanismos de expansão do cuidado domiciliar.

7. **Manter a continuidade dos serviços essenciais e ao mesmo tempo liberar espaço para a resposta à COVID-19.** Os medicamentos, serviços e equipamentos essenciais cuja continuidade precisa ser mantida (por exemplo, cuidado pré-natal, partos, tratamento de doenças crônicas, diálise, respostas de urgência, serviços de cuidados críticos, etc.) devem ser identificados. As populações em busca de atenção por outros motivos de saúde devem ser protegidas do contato com pacientes com COVID-19 nas instituições de saúde através do reforço de procedimentos operacionais padrão relacionados a mecanismos de controle de infecção na atenção primária, durante o transporte e nos hospitais, incluindo jornadas separadas e equipamento hospitalar exclusivo. O número de pessoas com acesso aos hospitais (pacientes, estudantes, representantes médicos, visitantes, etc.) deve ser reduzido. Os serviços, inclusive tratamentos eletivos, que possam ser adiados ou prestados por meio de mecanismos alternativos devem ser identificados. Alguns mecanismos, como adiamento de todas as internações não urgentes e consultas de especialidades, aumento do prazo de validade de prescrições para pacientes crônicos, e transferência de mais atividades de atenção primária e não urgentes para plataformas digitais/on-line devem ser con-

⁸ Lista de verificação de prontidão hospitalar para a COVID-19: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov-technical-guidance/coronavirus-disease-covid-19-outbreak-technical-guidance-europe/hospital-readiness-checklist-for-covid-19>

⁹ Orientação provisória sobre cuidado domiciliar de pacientes com COVID-19 com sintomas leves e manejo de seus contatos: [https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts)

siderados. Em muitos países, leitos destinados a casos agudos são ocupados por pacientes que necessitam de assistência social e que poderiam ser mais ativamente transferidos para unidades semi-intensivas ou outras instalações, em sinergismo com prestadores de serviços domiciliares ou comunitários. O telefone e as ferramentas digitais de saúde devem ser utilizados para liberar funcionários do setor de saúde e reduzir o número de atendimentos no setor de emergências e de internações hospitalares.

8. **Treinar, remanejar e mobilizar a força de trabalho em saúde em função dos serviços prioritários.** Com a alteração das prioridades dos serviços, a força de trabalho terá que ser remanejada, mobilizada e realocada para a prestação desses mesmos serviços. O adoecimento de profissionais da saúde por infecção no ambiente de trabalho ou comunitário, apesar dos esforços de proteção, deve ser antecipado e planos de contingência criados. A mobilização interna deve ser considerada antes da busca por apoio externo (forças armadas, voluntários, por exemplo). Planos existentes de aumento da capacidade para atendimento nos picos de demanda devem ser implementados, ou novos planos pragmáticos rapidamente desenvolvidos para viabilizar o cuidado dos indivíduos afetados em seus locais de residência. Por exemplo, a lista de funcionários deve ser revisada e a capacidade de reserva mobilizada; funcionários de outras especialidades com treinamento básico em controle de infecção e habilidades de cuidados físicos devem ser mobilizados; farmacêuticos podem atuar na linha de frente de aconselhamento da população, além de resolver dificuldades relacionadas às cadeias de fornecimento; a ajuda de voluntários deve ser solicitada. Funcionários aposentados podem ser convidados a voltar a trabalhar em ambientes de baixo risco, de forma a liberar funcionários com perfil de risco mais baixo para apoiar as respostas à COVID-19 (em conformidade com as diretrizes de controle de infecção). Estudantes de último ano também devem ser considerados para contratação em regime de apoio à resposta à COVID-19 (dentro de seus limites de competência e em conformidade com as diretrizes de controle de infecção). Os Estados Membros podem considerar a transferência de funcionários com risco alto de mortalidade para locais de cuidado com menor risco. Os esforços de mobilização devem ser reforçados por medidas de reconfiguração do perfil e aprimoramento das habilidades da força de trabalho por meio de treinamento adequado e apoio supervisionado, alinhados com os escopos da prática conforme necessidade.
9. **Proteger a saúde física dos profissionais da saúde da linha de frente.** Os profissionais da saúde devem ser vistos como um grupo de risco. O acesso a equipamentos de proteção individual (EPIs) para a força de trabalho em saúde em todos os serviços (públicos e privados, comunitários e hospitalares) se fará necessário, assim como orientações claras a respeito de como e em quais circunstâncias utilizá-los, como obtê-los e como notificar a sua falta. O estoque de EPIs deve ser garantido e controlado. Deve-se garantir que todos os profissionais da saúde tenham folga e tempo de recuperação adequados, e considerar a implementação de outras medidas de proteção para esses profissionais e suas respectivas famílias, como acomodações específicas para funcionários com alto nível de exposição durante os períodos de folga.
10. **Antecipar e abordar as necessidades relacionadas à saúde mental dos trabalhadores da saúde.** Deve-se criar uma linha direta exclusiva para apoio psicológico. Isso pode envolver o preparo e treinamento de membros da comunidade (professores, membros da força policial, bombeiros,

donos de lojas e voluntários) que possam ser envolvidos na prestação de primeiros socorros psicológicos para aliviar o esgotamento emocional e a angústia entre os membros da comunidade¹⁰.

11. **Revisar as cadeias de fornecimento e os estoques de medicamentos e tecnologias de saúde essenciais.** Pode haver problemas relacionados às cadeias de fornecimento de medicamentos e tecnologias essenciais de saúde devido à diminuição da velocidade dos processos de produção e logística. As condições de saúde devem ser priorizadas e os produtos direcionados de acordo. Boas práticas de compra de produtos farmacêuticos devem ser adotadas, incluindo a restrição das compras à lista de medicamentos essenciais, e a determinação do volume do pedido com base em estimativas confiáveis das necessidades. Produtos específicos¹¹ para situações de emergência devem ser comprados obedecendo-se padrões mínimos de qualidade, e podem seguir as especificações técnicas desenvolvidas para a COVID-19. Deve-se garantir que os mecanismos de emergência para compra, registro e gerenciamento preciso de estoque tenham sido implementados. Deve-se regulamentar e promover a produção local de sanitizantes para mãos¹² e desinfetantes de superfícies na comunidade e em farmácias hospitalares, a fim de contornar possíveis faltas.
12. **Mobilizar apoio financeiro e afrouxar barreiras logísticas e operacionais.** Deve-se introduzir legislação de emergência¹³. Fundos de reserva para emergência devem ser mobilizados para cobrir os custos aumentados. As regras de compra e contratação relacionadas à resposta emergencial devem ser relaxadas. Quaisquer obstáculos à reintegração ou contratação de curto prazo de profissionais da saúde para efeito de atendimento em situação nos picos de demanda devem ser esclarecidos.
13. **Avaliar e mitigar possíveis obstáculos financeiros ao acesso aos cuidados.** As políticas de cobertura de saúde devem ser revisadas para garantir que ninguém enfrente obstáculos financeiros às consultas médicas, testes diagnósticos, tratamento (incluindo medicamentos), cuidado ou transporte de emergência. Os usuários devem ser isentos de todas as cobranças (co-pagamentos) vinculadas à busca por cuidados e tratamento relacionados à COVID-19. As regras de cobertura devem ser explicitadas e claramente comunicadas para tranquilizar aqueles que possam hesitar em buscar cuidados por questões de custo. Isso é de particular importância em contextos que envolvam pagamentos informais.
14. **Avaliar e mitigar possíveis obstáculos físicos ao acesso para grupos vulneráveis.** Deve-se elaborar uma lista de grupos vulneráveis e avaliar os diferentes obstáculos ao acesso por eles enfrentados (sobretudo ao primeiro contato e ao transporte). Mecanismos de monitoramento do surto nesses grupos, assim como de seu acesso ao cuidado, devem ser estabelecidos. Um pacote de intervenção sob medida a ser ativado em caso de necessidade deve ser desenvolvido para facilitar os esforços preventivos e o acesso ao apoio. Uma ampla gama de vulnerabilidades associadas à natureza da epidemia em si ou às condições sociodemográficas, econômicas e ambientais dos lares, deve ser considerada. De forma geral, os grupos vulneráveis podem incluir:

¹⁰ Primeiros socorros psicológicos para profissionais que atuam a campo: https://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/

¹¹ Pacote de materiais para a COVID-19: [https://www.who.int/publications-detail/disease-commodity-package---novel-coronavirus-\(ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/disease-commodity-package---novel-coronavirus-(ncov))

¹² Formulações de produtos para higienização das mãos: https://www.who.int/gpsc/5may/Guide_to_Local_Production.pdf

¹³ Plano de prontidão e resposta à COVID-19: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-19-sprp-unct-guidelines.pdf>

- Crianças
- Idosos
- Indivíduos com problemas mentais
- Migrantes, refugiados e requerentes de asilo
- Indivíduos com incapacidade física e/ou mental (defeitos de visão ou audição, mobilidade limitada e distúrbios cognitivos, por exemplo)
- Indivíduos com baixo nível de alfabetização ou que não sejam falantes nativos
- Indivíduos geográfica, cultural ou socialmente isolados ou confinados ao lar
- Indivíduos de baixa renda
- Indivíduos com dependência médica ou química
- Indivíduos sem-teto ou em condições habitacionais transitórias
- Indivíduos sem acesso a telefone ou internet
- Presidiários

15. **Otimizar a proteção social a fim de mitigar o impacto das medidas de saúde pública sobre a segurança financeira familiar.** Medidas de saúde pública podem ter impacto econômico direto e indireto sobre a segurança financeira familiar, que por sua vez pode ter efeitos adversos sobre a saúde, a busca por cuidado e a adesão. Uma ampla gama de medidas de proteção social se faz necessária para garantir a segurança financeira, incluindo o direito à licença por motivos de saúde e pagamentos de subsídios por doença (sem período de espera) para enfermidade relacionada à COVID-19, autoisolamento ou quarentena, a indenização de trabalhadores que estejam cuidando de crianças devido ao fechamento das escolas, a indenização de trabalhadores que estejam cuidando de amigos ou parentes devido ao fechamento de asilos e centros de atenção diurna (centros dia), ou porque os cuidadores se encontram impossibilitados de trabalhar, a indenização de setores gravemente afetados (alimentação, turismo, aviação) e o alívio de pagamentos de hipoteca e dívidas. Os procedimentos administrativos devem ser alterados, se necessário.
16. **Garantir a clareza nos papéis, relações e mecanismos de coordenação na governança do sistema de saúde e no governo.** A implementação das medidas descritas acima requer que os papéis, relações e mecanismos de coordenação sejam esclarecidos e reforçados antes que o surto passe para a fase de transmissão comunitária. A transparência na tomada de decisão garantirá a confiança na resposta e a cooperação dos profissionais da saúde e da população. Conforme os países se preparam para a transmissão comunitária, a coordenação entre a estrutura de governança da equipe de gerenciamento de emergências e a estrutura de governança da prestação de serviços de saúde se reveste de particular importância. Isso pode garantir a organização adequada do primeiro contato, a estimativa e preparação oportunas da capacidade para atendimento nos picos de demanda e a proteção dos profissionais da saúde. Em antecipação às reconfigurações significativas da prestação de serviços, um ponto focal para serviços essenciais de saúde deve ser designado com antecedência e incluído entre os membros da equipe de gerenciamento de emergências relacionadas à COVID-19. Deve-se considerar também o reforço ou estabelecimento de uma estrutura de coordenação de serviços de saúde para unificar o cuidado hospitalar público e privado, a atenção primária e a assistência social, além de notificar à estrutura geral de governança do sistema de saúde através da equipe de gerenciamento de emergências relacionadas à COVID-19. Os mecanismos intergovernamentais são igualmente importantes, principalmente no que concerne a: (a) Ministérios da Fazenda, para garantir a mobilização de recursos financeiros adicionais nos locais de maior necessidade; (b) Ministérios da Economia, para delinear respostas proporcionais que coloquem a saúde em primeiro lugar sem deixar de considerar o

impacto econômico dos diferentes cenários/soluções contemplados; (c) Ministérios do Trabalho, para desenvolver legislações especiais ou adaptar a legislação vigente com relação a questões como trabalho remoto, licença por motivos de saúde ou outras autorizações relacionadas; (d) Ministérios da Educação e Assistência Social, para proteger asilos e para envolver professores e assistentes sociais na prevenção da doença e identificação de possíveis casos entre estudantes ou grupos vulneráveis (consultar recomendações para elaboração de políticas 14). Os mecanismos de coordenação devem ser ativamente utilizados para harmonizar as respostas da governança nacional e regional, incluindo planejamento, coordenação e monitoramento.

© **Organização Pan-Americana da Saúde, 2020.**

Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob licença CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Número de referência OPAS: OPAS-W/BRA/COVID-19/20-056