

58º CONSELHO DIRETOR

72ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

Sessão virtual, 28 e 29 de setembro de 2020

Tema 4.2 da agenda provisória

CD58/6

12 de agosto de 2020

Original: inglês

PANDEMIA DE COVID-19 NA REGIÃO DAS AMÉRICAS

Introdução

1. Aos 15 de julho de 2020, a Região das Américas é o epicentro da pandemia de COVID-19. Na Região estão seis países (Argentina, Brasil, Colômbia, México, Peru, Estados Unidos) dos dez que notificaram o maior número de casos e mortes no mundo, com dois deles (Brasil e Estados Unidos) entre os três primeiros. Todos os 54 países e territórios da Região notificaram casos de COVID-19. Os níveis de implementação e êxito de suas medidas para controlar a pandemia variaram.

2. Embora ainda não seja quantificável, acredita-se que será sem precedentes o impacto socioeconômico negativo da pandemia de COVID-19 no curto, médio e longo prazo em âmbito local, nacional e mundial. Todavia, essa é uma oportunidade para que as autoridades nacionais fortaleçam, retomem e reconstruam as instituições, aproveitando os êxitos e as lições aprendidas por meio da inovação e do engajamento de todos os setores do governo e de toda a sociedade em resposta à pandemia. Principalmente nos países e territórios que tiveram êxito na resposta sem exceder a capacidade de seus serviços de saúde, é cada vez maior a pressão para resolver a tensão entre as prioridades de saúde pública e as prioridades econômicas de uma maneira que não comprometa as conquistas alcançadas até o momento.

3. Este documento apresenta uma atualização sobre a pandemia de COVID-19 na Região das Américas e a resposta da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA). Contém informações para os Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) sobre como fortalecer e apoiar a capacidade de resposta e adaptação dos sistemas de saúde ante os riscos dessa pandemia para que seja possível manter a saúde e o bem-estar das sociedades, bem como o desenvolvimento socioeconômico na Região. Parte do pressuposto de que a Região apresentará ondas epidêmicas e surtos recorrentes intercalados com períodos de baixo nível de transmissão nos próximos 24 meses, enquanto se aguarda o desenvolvimento de uma vacina contra COVID-19 segura, eficaz e cujo acesso seja equitativo e uma cobertura apropriada da população.

Antecedentes

4. Desde sua criação em 1902, a RSPA apoiou os Estados Membros, trabalhando em espírito da solidariedade, na resposta a uma grande variedade de emergências e desastres causados por diversas ameaças em escala nacional, regional e mundial. Alguns dos principais eventos mais recentes foram a pandemia de influenza A (H1N1) em 2009; o surto de cólera no Haiti em 2010; o surto de infecção pelo vírus chikungunya em 2014; os preparativos para a doença pelo vírus Ebola durante o surto na África Ocidental em 2014-2015; o surto de infecção pelo vírus zika em 2015; os furacões Irma e Maria em 2017; e o ressurgimento do sarampo e da febre amarela na Região desde 2016.

5. Desde 1976, os Estados Membros da OPAS, em numerosas resoluções, solicitaram à Diretora apoio aos Estados Membros no preparo e na resposta a emergências e desastres. Especialmente durante os últimos 15 anos, os Estados Membros expressaram seu compromisso de reforçar a preparação multisetorial e a capacidade de resposta a múltiplas ameaças por meio do reforço da capacidade de seus sistemas de saúde e do compartilhamento tempestivo, responsável e transparente de informações. Esse compromisso é expresso por meio de diversos marcos de alto nível e resoluções da OPAS¹ e da Organização Mundial da Saúde (OMS),² que incluem, entre outros, o *Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (1)*; a *Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde* da OPAS (2); o *Plano de ação para a coordenação da assistência humanitária* da OPAS (3); o *Marco de Sendai para a redução do risco de desastres 2015-2030* (4); e o *Plano de ação para a redução do risco de desastres 2016-2021* da OPAS (5).

6. Nos termos do disposto no RSI, em 31 de dezembro de 2019, a Secretaria da OMS registrou informações sobre um conglomerado de casos de pneumonia de etiologia desconhecida na Cidade de Wuhan (província de Hubei, China). Em 1º de janeiro de 2020, a Secretaria da OMS solicitou mais informações sobre o evento às autoridades nacionais chinesas. No dia seguinte, a sede da OMS enviou um *e-mail* a todos os pontos de contato da OMS para o RSI nos escritórios regionais da OMS, incluída a OPAS, indicando esse evento em uma lista diária de sinais e eventos. Em 5 e 12 de janeiro de 2020, a Secretaria da OMS compartilhou informações relacionadas com todos os Estados Membros da OMS pelo *Site* de Informação sobre Eventos (EIS, na sigla em inglês). Nesses dias, também tornou públicas essas informações em sua página na internet sobre surtos de doenças.^{3,4}

¹ *Site* dos Órgãos Diretores da OPAS. Disponível em:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=42:governing-bodies&Itemid=419&lang=pt

² *Site* dos Órgãos Diretores da OMS. Disponível em espanhol em:

<https://apps.who.int/gb/gov/sp/index.html>

³ OMS — Brotes epidémicos, 5 de janeiro de 2020. Disponível em espanhol em:

<https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unkown-cause-china/es/>

⁴ OMS — Brotes epidémicos, 12 de janeiro de 2020. Disponível em espanhol em:

<https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/es/>

7. Em 17 de janeiro de 2020, a RSPA acionou uma Estrutura de Gestão de Incidentes (IMS, na sigla em inglês) que abrange toda a Organização. Isso possibilitou a liberação de fundos do Fundo de Emergência para Epidemias da OPAS e deflagrou uma série de mecanismos para reforçar a resposta da RSPA à introdução na Região do SARS-CoV-2, o novo coronavírus causador da COVID-19. Também em 17 de janeiro, a RSPA publicou um alerta epidemiológico sobre novo coronavírus (nCoV).⁵ Em 24 de janeiro, a diretora da RSPA enviou uma carta aos ministros de saúde e outros funcionários de alto nível na Região das Américas sobre o surgimento do SARS-CoV-2, incluídas algumas considerações técnicas e orientações.

8. Em 22 e 23 de janeiro de 2020, o diretor-geral (DG) da OMS convocou a primeira reunião do Comitê de Emergências do RSI para a pneumonia pelo novo coronavírus 2019-nCoV.⁶ Nessa ocasião, o diretor-geral, com base na assessoria inconclusiva do comitê, determinou que o evento não constituía uma emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII).^{7,8} Em 30 de janeiro de 2020, o diretor-geral convocou a segunda reunião do Comitê de Emergências do RSI e, depois dessa reunião, determinou que a propagação do SARS-CoV-2 constituía uma ESPII e emitiu as recomendações temporárias correspondentes.⁹ Em 11 de março de 2020, o diretor-geral declarou que a COVID-19, a doença causada pelo SARS-CoV-2, era uma pandemia.¹⁰ E, em 1º de maio de 2020, depois da terceira reunião do Comitê de Emergências do RSI, o diretor-geral publicou recomendações temporárias atualizadas relativas à ESPII.¹¹ A quarta reunião do Comitê de Emergências do RSI foi realizada virtualmente no dia 31 de julho de 2020.

⁵ OPS, Alerta Epidemiológica: Nuevo coronavirus (nCoV), 16 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/es/node/65119>

⁶ Página do Comitê de Emergências do RSI sobre pneumonia pelo novo coronavírus 2019-nCoV na internet. Disponível em inglês em: <https://www.who.int/ihr/procedures/novel-coronavirus-2019/en/>

⁷ Declaración del Director General de la OMS relativa a la reunión del Comité de Emergencia del RSI sobre nuevos coronavirus, 22 de janeiro de 2020. Disponível em espanhol em: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus>

⁸ Declaración de la OMS sobre la reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote de nuevo coronavirus (2019-nCoV), 23 de janeiro 2020. Disponível em espanhol em: [https://www.who.int/es/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

⁹ Declaración de la OMS sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV), 30 de janeiro de 2020. Disponível em espanhol em: [https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

¹⁰ Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19, 11 de março de 2020. Disponível em espanhol em: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.

¹¹ Declaración sobre la tercera reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19), 1º de maio de 2020. Disponível em espanhol em: [https://www.who.int/es/news-room/detail/01-05-2020-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of](https://www.who.int/es/news-room/detail/01-05-2020-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of)

9. Subsequentemente, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou resoluções relacionadas com a pandemia de COVID-19 em 2 e 20 de abril de 2020 (6, 7). Estas foram seguidas pela Resolução WHA73.1, aprovada pela 73^a Assembleia Mundial da Saúde em 19 de maio de 2020 (8). Essas resoluções destacam o fato de que a resposta, o controle e a coexistência com a pandemia de COVID-19 nos próximos meses dependerão de solidariedade e cooperação internacional.

10. Este documento está em consonância com o *plano estratégico de preparação e resposta à COVID-19* da OMS, atualizado em abril de 2020 (9); com o *Plano estratégico da OPAS 2020-2025* (10); e com a *Agenda de saúde sustentável para as Américas 2018-2030* (11). Está em consonância também com os objetivos gerais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (12), em especial (entre outros) o ODS 3, “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”. As metas e os indicadores do ODS 3 demandam intervenções para enfrentar desafios de saúde mundiais, fortalecer os sistemas de saúde e melhorar a gestão dos riscos para a saúde mundial e reduzi-los.

Análise da situação

11. De 21 de janeiro a 15 de julho de 2020,¹² os 54 países e territórios da Região das Américas notificaram um total de 7.016.851 casos confirmados por exame laboratorial de infecção por SARS-CoV-2, incluídas 294.301 mortes. Vinte e seis desses países e territórios, que dispunham de dados por idade e sexo, notificaram 4.076.628 casos, incluídas 168.613 mortes. Sessenta por cento (60%) dos casos ocorreram em pessoas de 20 a 59 anos de idade, e 80% das mortes notificadas ocorreram em pessoas de 60 anos ou mais. Embora não haja diferenças na proporção de casos por sexo, as taxas de mortalidade são maiores nos homens, que representam 60% do total de mortes.

12. A partir de 15 de julho de 2020, observa-se uma tendência geral de aumento da incidência de casos confirmados na Região das Américas. A estimativa da taxa de letalidade bruta acumulada na Região (número de mortes notificadas dividido pelo número de casos confirmados notificados) é de 4,2%. A estimativa mediana específica por país é de 2,8%, com um intervalo interquartil de 0,8% a 5,7%.

13. Como estimativa da transmissão ativa na população, usa-se a média móvel de 7 dias da taxa de incidência de COVID-19 observada (doravante denominada taxa de incidência). Na sub-região da América do Norte, durante a semana de 9 a 15 de julho de 2020, houve uma diminuição significativa da taxa de incidência no Canadá (6 casos por 100.000 habitantes), mas uma aceleração nos Estados Unidos e no México. Nesse período, ambos registraram sua maior taxa de incidência até o momento — 33 casos por 100.000 habitantes no México e 131 casos por 100.000 habitantes nos Estados Unidos. Em consonância com as tendências em toda a Região, na sub-região da América do Norte não há diferenças na

[coronavirus-disease-\(covid-19\)](#)

¹² Sistema de informação sobre covid-19 para a Região das Américas da OPAS. Disponível em inglês em: <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/>

proporção de casos por sexo, e a maior proporção (66%) ocorre na faixa etária de 20 a 59 anos. Nesta sub-região, 61% das mortes ocorreram em pessoas a partir de 70 anos de idade, e 60% dos mortos eram homens.

14. Na sub-região da América Central, a taxa de incidência continua a aumentar em todos os países. Observou-se uma diminuição pequena, mas contínua em Honduras desde 4 de julho de 2020, mas as tendências devem ser interpretadas com cuidado, pois podem estar relacionadas a uma diminuição da testagem registrada durante essas semanas. As maiores taxas são notificadas no Panamá, onde a taxa de incidência continuou a aumentar desde fins de maio de 2020, com a maior taxa até o momento — 182 casos por 100.000 habitantes — observada em 14 de julho de 2020. A Costa Rica, onde o primeiro pico ocorreu no início de abril de 2020, passou por um aumento brusco da taxa de incidência desde o final de maio de 2020 e alcançou a taxa máxima de 59 casos por 100.000 habitantes em 15 de julho de 2020. Desde a última atualização, a Costa Rica declarou transmissão comunitária pelo aumento rápido de casos e, mais precisamente, o aumento de casos comunitários sem vínculo epidemiológico. El Salvador e Guatemala observaram um aumento brusco das taxas de incidência de COVID-19 em 7 dias nas duas primeiras semanas de julho, e os dois países apresentam as maiores taxas notificadas até o momento (ou perto delas) — 32 casos por 100.000 habitantes, em 15 de julho de 2020, em El Salvador e 37 casos por 100.000 habitantes, em 8 de julho, na Guatemala. A faixa etária mais afetada na sub-região da América Central é a de 20 a 59 anos (78% dos casos), com uma maior proporção dos casos notificados em homens (59%). Com relação às mortes, o grupo mais afetado é o de pessoas a partir de 70 anos de idade (44%), a maioria do sexo masculino (68%).

15. A taxa de incidência continua a aumentar na maioria dos países da sub-região da América do Sul; em 15 de julho de 2020 cada um dos países dessa sub-região alcançou, ou estava se aproximando, do nível mais alto desde o início da pandemia. O Chile apresenta uma tendência de declínio da taxa de incidência desde o final de junho, mas o país continua a notificar a segunda maior taxa de incidência na sub-região, com 95 casos por 100.000 habitantes em 15 de julho. O Brasil continua a notificar números crescentes de casos e mortes, com uma taxa de incidência de 122 casos por 100.000 habitantes em 15 de julho de 2020. No Peru, a taxa de incidência vem caindo desde 2 de junho de 2020, com a notificação de 74 casos por 100.000 habitantes em 15 de julho de 2020. No Equador, depois de se manter constante durante o mês de junho, a taxa de incidência de 7 dias havia aumentado nas duas primeiras semanas de julho e alcançou o nível de 40 casos por 100.000 habitantes em 15 de julho de 2020. A última vez em que o Equador notificou uma taxa de incidência superior a 40 casos por 100.000 habitantes foi em 5 de maio de 2020. É importante destacar que tanto o Equador quanto o Peru usam testes sorológicos rápidos além de testes por reação em cadeia da polimerase (RCP) para confirmar os casos. A maioria (77%) dos casos nessa sub-região ocorreu na faixa etária de 20 a 59 anos, sem diferença significativa na proporção de homens e mulheres. Entretanto, dos 77% das mortes que ocorreram em pessoas com mais de 60 anos, 61% eram homens.

16. Embora se tenha observado uma tendência geral de queda das taxas de incidência na maioria dos países e territórios da sub-região do Caribe, há uma considerável tendência de aumento na Guiana, Guiana Francesa, Haiti, Porto Rico, República Dominicana e Suriname. A taxa de incidência em Porto Rico chegou a 57 casos por 100.000 habitantes em 15 de julho de 2020, quando era de 36 casos por 100.000 em 12 de junho. Atualmente, a Guiana Francesa tem a maior taxa de incidência na Região, com 281 casos por 100.000 habitantes notificados em 15 de julho de 2020. O aumento drástico dos casos deve-se aos casos notificados nas regiões costeiras, que incluem áreas na fronteira com o Brasil. De modo semelhante, no Suriname, a taxa de incidência começou a se acelerar em fins de junho, com a notificação de uma taxa de incidência de 28 casos por 100.000 habitantes entre 22 e 28 de junho. Desde então, a taxa de incidência no Suriname manteve-se elevada, com um auge de 34 casos por 100.000 habitantes notificados em 1º de julho de 2020. Em 15 de julho de 2020, a República Dominicana alcançou sua maior taxa de incidência desde o início da pandemia — 75 casos por 100.000 habitantes. A taxa de incidência no Haiti vem diminuindo continuamente desde o pico em 6 de junho de 2020 (12 casos por 100.000 habitantes) e alcançou um nível mínimo de 3,5 casos por 100.000 habitantes em 15 de julho de 2020. Entretanto, o percentual de positividade (casos positivos/total de casos testados) no Haiti ainda é alto, com teste positivo em 45% dos casos em 14 de julho de 2020. Na sub-região do Caribe como um todo, a maioria (74%) dos casos notificados ocorreu na faixa etária de 20 a 59 anos. Entretanto, a maioria das mortes (69%) ocorreu em pessoas acima de 60 anos de idade. Em todas as faixas etárias, não houve diferenças significativas no número de casos notificados por sexo, mas 69% das mortes ocorreram em homens.

17. Com o apoio da RSPA, 34 países e territórios implementaram métodos de diagnóstico molecular para a detecção do SARS-CoV-2 em pelo menos um laboratório de saúde pública de referência nacional. Embora pelo menos 18 países e territórios tenham capacidade de fazer o sequenciamento local, todos têm acesso ao sequenciamento em laboratórios selecionados fora do país. Entretanto, a aquisição de provisões para diagnóstico *in vitro* foi prejudicada pela escassez de produtos disponíveis no mercado. Nesse contexto, em 30 de junho de 2020, a RSPA forneceu *primers* (iniciadores), sondas, controles e/ou kits de PCR para aproximadamente 4.900.000 reações ou testes. Os países e territórios também receberam apoio do Fundo Rotativo Regional para Provisões Estratégicas de Saúde Pública da OPAS (doravante denominado Fundo Estratégico) para a aquisição de mais de 10 milhões de testes PCR.

18. Para organizar uma resposta integral, os 35 Estados Membros acionaram mecanismos de coordenação intersetorial em resposta à pandemia de COVID-19. Estes compreendem as lideranças políticas de mais alto nível, incluídos funcionários de setores-chave, e a participação ativa de governos e autoridades locais, bem como o acionamento de planos de gestão de crises e mecanismos de resposta de emergência.¹³ Vinte e três

¹³ Organização Mundial da Saúde. Tracking Public Health and Social Measures dataset. Disponível em inglês em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/phsm>

Estados Membros declararam estado de emergência,¹⁴ que havia sido prorrogado em 12 deles¹⁵ na data da redação deste documento. Em toda a Região, os países e territórios mobilizaram recursos domésticos e mais de 500 milhões de dólares em financiamentos (novos ou repactuados) de instituições internacionais financeiras (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento) e subvenções de outros parceiros para o desenvolvimento (p. ex., Fundo Global e Gavi, a Aliança para Vacinas).

19. Vinte e sete Estados Membros acionaram ou instituíram estruturas administrativas de emergência no setor de saúde e medidas para fortalecer o sistema de saúde do país.¹⁶ Entre os desafios crônicos dos sistemas de saúde estão a fragmentação, o acesso não equitativo a serviços de saúde integrais, as debilidades relacionadas com os recursos humanos para saúde, o acesso não equitativo a tecnologias de saúde, a limitação da capacidade de funções essenciais de saúde pública (FESP), a insuficiência de recursos dos programas de prevenção e controle de infecções (PCI) e a adesão limitada às práticas de PCI.¹⁷ Estes se tornaram prioridades que demandaram ação imediata para rapidamente intensificar e expandir os serviços de saúde pública e de atenção à saúde individual a fim de responder à pandemia de COVID-19, enquanto se mantêm outros serviços essenciais (2, 13).

20. Entre 30 de janeiro e 12 de junho de 2020, todos os 35 Estados Membros, exceto dois (México e Nicarágua), implementaram medidas para limitar drasticamente a entrada de viajantes e meios de transporte internacionais ou para proibir por completo a entrada e a saída. Desses 33 países, 16 adotaram medidas relativas ao trânsito internacional antes da confirmação do primeiro caso de infecção pelo SARS-CoV-2 em seu território. Em termos gerais, os viajantes e os meios de transporte internacionais em missões com propósitos humanitários (p. ex., repatriação, evacuação médica, transporte de provisões para a resposta) não estão sujeitos às medidas supracitadas, mas a procedimentos específicos, como aqueles que viajam por motivos de segurança alimentar, manutenção de serviços essenciais,¹⁸ e segurança nacional.

21. Desde 2 de março de 2020, todos os 35 Estados Membros, exceto um (Nicarágua), adotaram medidas comunitárias para restringir drasticamente o deslocamento da

¹⁴ Antígua e Barbuda, Argentina, Barbados, Belize, Bolívia, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Dominica, Equador, El Salvador, Estados Unidos, Granada, Guatemala, Haiti, México, Paraguai, Peru, República Dominicana, Suriname, Uruguai e Venezuela.

¹⁵ Antígua e Barbuda, Argentina, Barbados, Colômbia, Dominica, El Salvador, Equador, Guatemala, Haiti, Peru, República Dominicana e Venezuela.

¹⁶ Antígua e Barbuda, Bahamas, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Cuba, Dominica, El Salvador, Estados Unidos, Granada, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, México, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, São Cristóvão e Nevis, Santa Lúcia, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.

¹⁷ Análise documental pela OPAS, informações não publicadas.

¹⁸ Llamamiento conjunto a los gobiernos del mundo para que se designen como “trabajadores clave” a las personas del sector aeronáutico y marítimo que realizan tareas esenciales; OACI, OIT e OMI, 26 May 2020. Disponível em espanhol em:

<https://www.icao.int/Newsroom/Pages/ES/ICAO-ILO-and-IMO-issue-joint-call-to-world-governments-on-need-for-key-worker-designations-for-essential-air-and-sea.aspx>

população. Essas medidas compreendem desde a suspensão de aglomerações habituais e de eventos com grande concentração de pessoas, bem como o fechamento de negócios e escolas, até o confinamento generalizado. Dos 34 Estados Membros que adotaram essas medidas, nove o fizeram antes da confirmação do primeiro caso de infecção por SARS-CoV-2 em seu território.

22. Na ausência de um tratamento específico ou de vacina contra a COVID-19, o padrão e a magnitude da propagação do SARS-CoV-2 observados na maior parte da Região até o início de maio de 2020 são atribuíveis à adoção de intervenções não farmacêuticas em toda a nação, que, a princípio, se mostraram bem-sucedidas na desaceleração da transmissão do SARS-CoV-2. No início de maio de 2020, cerca de seis a oito semanas após a implementação de medidas relacionadas ao trânsito internacional e de distanciamento social, as dúvidas sobre a sustentabilidade econômica e social dessas medidas se tornaram cada vez mais importantes. Começaram a surgir também tensões políticas entre os partidos políticos ou entre as autoridades centrais e subnacionais, incluindo questões relativas ao ciclo eleitoral em alguns países. Em meio a essas preocupações — possivelmente combinadas a uma falsa sensação de ter controlado a pandemia —, aumentaram as necessidades e pressões sobre os países para relaxar as medidas adotadas.

23. Entre janeiro e abril de 2020, mais de 500 hospitais (públicos e privados) em 18 países e territórios realizaram uma autoavaliação sobre a prontidão para a COVID-19.¹⁹ Os resultados indicaram níveis moderados de preparação em algumas áreas-chave, como capacidade laboratorial para diagnóstico do SRAS-CoV-2, isolamento e manejo de casos. As pontuações foram menores nas áreas relacionadas com a atenção aos pacientes necessitados de cuidados intensivos e a disponibilidade de equipamento para atenção médica, incluídos o equipamento de proteção individual (EPI) e os ventiladores mecânicos. A ampliação e reorganização da rede de saúde demandou importantes medidas e investimentos de curto prazo para colmatar as lacunas prioritárias identificadas. Todos os países e territórios implementaram medidas com o objetivo de ampliar a capacidade hospitalar para responder à pandemia de COVID-19, como decisões executivas no âmbito nacional para integrar as capacidades nacionais na medida do possível, principalmente para cuidados intensivos; gestão centralizada de leitos; transformação, modernização e melhoria de leitos; e fortalecimento do manejo clínico dentro da rede para a continuidade da atenção e o uso eficiente dos recursos hospitalares.

24. Todos os países e territórios implementaram medidas para reforçar a PCI. Em 30 de junho de 2020, 33 países e territórios²⁰ informaram ter um programa nacional de PCI e normas relativas a abastecimento de água, saneamento e higiene (WASH) nos estabelecimentos de saúde. O reforço da adesão às práticas de higiene das mãos, uso de

¹⁹ Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, Guatemala, Haiti, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Suriname, Trinidad e Tobago e Venezuela.

²⁰ Antígua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Dominica, El Salvador, Equador, Estados Unidos, Granada, Guiana, Haiti, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Santa Lúcia, São Cristóvão e Nevis, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.

EPI e limpeza e desinfecção de dispositivos médicos foi uma prioridade para os países, os territórios e a RSPA desde o início da pandemia.

25. As equipes médicas de emergência (EME) e os locais alternativos de atenção médica (LAAM) desempenharam papel essencial durante o aumento da demanda de serviços de saúde para ampliar a capacidade de atender às necessidades geradas pelo aumento exponencial do número de pacientes. As EME foram principalmente nacionais, dada a indisponibilidade de EME internacionais em decorrência das restrições de viagem e das necessidades dos países de apoiar seus próprios sistemas de saúde. A partir de 7 de julho de 2020, quinze países informaram sobre 176 EME nacionais mobilizadas e nove de prontidão, além de 96 LAAM em operação, totalizando 8.330 leitos para internação e 458 leitos de terapia intensiva. Além disso, as EME regionais têm apoiado a atenção clínica em áreas de fronteira e remotas, proporcionando o acesso de migrantes e da população indígena, sobretudo na região amazônica. Algumas unidades hospitalares móveis e instaladas em estádios, usadas como LAAM, priorizaram o aumento do número de leitos em vez da capacidade de prestar atenção efetiva ao paciente.

26. Em maio de 2020, por meio das Representações da OPAS/OMS nos países, realizou-se uma pesquisa sobre o primeiro nível da atenção no contexto da pandemia de COVID-19. O *feedback* recebido abrangeu 24 países.²¹ Vinte deles (83%) indicaram a incorporação do primeiro nível da atenção à resposta da área de saúde à pandemia de COVID-19. Entre as medidas tomadas para combater a pandemia estavam: educação e comunicação (67%), investigação de casos e localização de contatos (63%), triagem (63%), testes (42%), encaminhamento (54%) e acompanhamento de casos e contatos na comunidade (54%). As principais medidas tomadas para dar continuidade aos serviços essenciais estão relacionadas com a atenção a gestantes (58%) e recém-nascidos (54%), imunização (63%), dispensação de medicamentos (42%) e monitoramento de pacientes com condições crônicas por teleconsulta ou atenção domiciliar (71%). De acordo com uma avaliação recente, os serviços ambulatoriais para doenças não transmissíveis (DNT) estão mantidos, com acesso limitado em 18 países (64%) e acesso pleno em sete países (25%) (14). Desde abril de 2020, por meio das Representações da OPAS/OMS nos países, a RSPA realizou quatro pesquisas sobre os serviços de imunização de rotina. O *feedback* recebido em 11 de junho compreendia 39²² países. Os serviços de imunização de rotina foram mantidos em 31²³ deles (79%). Entretanto, houve suspensão parcial dos serviços em

²¹ Argentina, Bahamas, Belize, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equador, Guatemala, Guiana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.

²² Anguilla, Antígua e Barbuda, Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Belize, Bermuda, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Cuba, Curaçao, Dominica, Equador, Granada, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Ilhas Cayman, Ilhas Virgens Britânicas, Ilhas Turcas e Caicos, Jamaica, México, Montserrat, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Santa Lucia, São Cristóvão e Nevis, São Martinho, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.

²³ Anguilla, Antígua e Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Belize, Bermuda, Chile, Colômbia, Cuba, Dominica, Granada, Guatemala, Guiana, Honduras, Ilhas Turcas e Caicos, Ilhas Virgens Britânicas, Jamaica, México, Montserrat, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Santa Lúcia, São Cristóvão e Nevis, São

oito²⁴ países (21%). A comparação das doses de DPT3 administradas durante o primeiro trimestre de 2019 e o mesmo período de 2020 mostra uma diminuição de 12,3%. O tratamento do HIV não foi interrompido apesar da escassez, graças às medidas de mitigação implementadas pelos países e territórios, aí incluído o apoio da RSPA por meio do Fundo Estratégico.

27. A continuidade dos serviços essenciais prestados no primeiro nível de atenção foi especialmente afetada em áreas periurbanas e rurais e nas populações indígenas. Isso tem relação com o déficit de profissionais de saúde já existente associado a medidas de distanciamento social, profissionais de saúde infectados e fechamento de diversos estabelecimentos de atenção primária nessas áreas.

28. Entre as principais limitações enfrentadas no primeiro nível de atenção estão a carência de recursos humanos e a falta de incentivos; as dificuldades na conectividade; a escassez de medicamentos, provisões, dispositivos médicos e EPI; e a dificuldade logística para realizar investigação de casos e localização de contatos, testes, triagem, assistência domiciliar, administração de *call centers* e teleconsultas. As principais razões da interferência nos serviços para doenças não transmissíveis são a suspensão de serviços eletivos (14 de 24 países, ou 58%), a realocação do pessoal clínico para a resposta à COVID-19 (12/24, 50%) e a ausência de procura pelos pacientes (12/24, 50%) (14).

29. Os Estados Membros aceleraram as medidas para fortalecer os sistemas de informação em saúde e adotar soluções digitais para o acesso tempestivo (quase em tempo real) a dados desagregados com o objetivo de apoiar a tomada de decisão na resposta à pandemia de COVID-19. As intervenções de controle estão sendo fortalecidas pela introdução de plataformas e ferramentas digitais para o manejo de casos e contatos, bem como para o monitoramento da mobilidade da população. Além disso, as plataformas e ferramentas digitais permitem a difusão rápida e ampla de informações sobre as medidas preventivas. Plataformas e aplicativos para teleconsultas, consultas de telemedicina, monitoramento remoto de pacientes e comunicação remota estão sendo implementados para possibilitar que os profissionais de saúde, em especial no primeiro nível da atenção, administrem a atenção médica e facilitar o monitoramento domiciliar das pessoas com COVID-19.

30. Os profissionais de saúde estão na linha de frente da resposta à COVID-19, em categorias ocupacionais com uma exposição potencial muito alta ao SARS-CoV-2. Por conseguinte, a OMS publicou orientações sobre os direitos e as responsabilidades dos profissionais de saúde, aí incluídas as medidas necessárias para proteger sua saúde e segurança ocupacional. Entre os riscos ocupacionais estão a demora no diagnóstico ou na suspeita de COVID-19 em alguns pacientes; o trabalho em departamentos de alto risco com longos turnos e exposição prolongada a grande número de pacientes com COVID-19; as

Martinho, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.

²⁴ Argentina, Bolívia, Brasil, Curaçao, Equador, Haiti, Ilhas Cayman e Peru.

práticas insatisfatórias de PCI, como a insuficiente higienização das mãos e a falta ou o uso inadequado de EPI; e a capacitação insuficiente. Em 2 de junho de 2020, os profissionais de saúde representavam 4,7% do total de casos notificados por meio do sistema mundial de vigilância de COVID-19²⁵ (10, 11).

31. Muitos países promulgaram ferramentas legais e normativas para a administração dos recursos humanos em saúde (RHS), e alguns declararam a COVID-19 como doença ocupacional. Entre as estratégias para ampliar as capacidades de RHS figuram o uso de estudantes de ciências da saúde no apoio para a localização de contatos, a celebração de contratos temporários e o aumento do número de contratos permanentes, a subscrição de acordos bilaterais com outros países,²⁶ a autorização de licenças temporárias em caráter excepcional para profissionais de saúde graduados em outro país e a aprovação de acordos para acelerar a graduação de residentes e estudantes nos últimos anos de formação.²⁷ Alguns países também deram incentivos econômicos e não econômicos ao pessoal participante da resposta à pandemia.²⁸

32. Desde o início da pandemia de COVID-19, os países e territórios da Região enfrentaram desafios no acesso a tecnologias em saúde essenciais para a resposta, como recursos para diagnóstico *in vitro*, ventiladores mecânicos e EPI. Alguns países produtores impuseram restrições à exportação de EPI, ventiladores e recursos para diagnóstico, e os fabricantes estão dando prioridade a alguns mercados em detrimento de outros. O fechamento de fronteiras e a limitação do transporte aéreo dificultaram ainda mais o acesso e aumentaram o custo de provisões essenciais. Além disso, a participação de vários intermediários está afetando a transparência e a tempestividade do processo de aquisição, bem como a capacidade de monitorar a qualidade dos produtos. Essas restrições prejudicaram ainda mais a cadeia de suprimento de provisões essenciais para a saúde, já afetada pelo impacto da pandemia sobre a fabricação. As dificuldades no acesso a provisões médicas causadas pelo aumento da demanda durante a pandemia atual podem prever problemas semelhantes no acesso ao tratamento da COVID-19 e às vacinas quando estiverem disponíveis.

33. A necessidade de acelerar o desenvolvimento e a disponibilidade de tecnologias em saúde essenciais incentivou várias iniciativas de colaboração mundial. Entre elas estão o *Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator* [acelerador do acesso às ferramentas contra a COVID-19], uma iniciativa mundial de colaboração com o objetivo de acelerar o

²⁵ WHO Situation Report, 11 de abril de 2020. Disponível em inglês em:

https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200411-sitrep-82-covid-19.pdf?sfvrsn=74a5d15_2.

²⁶ Muitos países no Caribe dependem dos serviços habituais prestados por profissionais de saúde cubanos, e outros receberam novas brigadas cubanas para responder à COVID-19 (Antígua e Barbuda, Barbados, Belize, Dominica, Granada, Jamaica, Santa Lúcia, São Cristóvão e Nevis, São Vicente e Granadinas, Suriname e Trinidad e Tobago).

²⁷ Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Cuba, El Salvador, Haiti, Honduras, México, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Trinidad e Tobago e Venezuela.

²⁸ Argentina, El Salvador, Honduras, Paraguai, Peru e República Dominicana.

desenvolvimento, a produção e o acesso equitativo a novos meios de diagnóstico, tratamentos e vacinas para fazer frente à COVID-19.²⁹ Outro exemplo é o *Solidarity Call to Action* [chamado à ação solidária], uma iniciativa liderada pela Costa Rica que promove o acesso mundial equitativo às tecnologias em saúde contra a COVID-19 por meio da reunião de conhecimentos, propriedade intelectual e dados.³⁰ A facilitação do acesso aos fornecedores internacionais na Região, a captação de recursos de doadores e a reorientação dos fundos destinados à cooperação permitiram expandir o apoio da RSPA aos países e territórios necessitados.

34. A comunidade científica se concentrou no desenvolvimento de medicamentos novos e no uso de medicamentos autorizados para outras indicações que possam combater o SARS-CoV-2 e a infecção. Os Estados Membros estão financiando e promovendo pesquisas em diversas especialidades para enfrentar a pandemia de COVID-19,³¹ aí incluídos estudos que não são ensaios clínicos e, portanto, não estão registrados na plataforma internacional para registro de ensaios clínicos da OMS. Os Estados Membros estabeleceram procedimentos para realizar uma revisão ética rápida das pesquisas, uma prática quase inexistente na Região no início de 2020. Embora na data da redação deste documento não houvesse nenhuma intervenção farmacêutica terapêutica ou profilática efetiva contra o SARS-CoV-2, as diretrizes de manejo clínico publicadas por alguns Estados Membros recomendam intervenções com base no consenso de especialistas, evidências de qualidade muito baixa e pesquisas contraditórias. Entretanto, é importante mencionar que, em um estudo recente, a administração de baixas doses de um esteroide (dexametasona) reduziu a mortalidade em pacientes em suporte ventilatório e em pacientes que recebiam apenas oxigenioterapia.³² O uso de intervenções farmacêuticas sem eficácia comprovada — que podem não ser benéficas e até mesmo causar danos aos pacientes — fora do ambiente de pesquisa suscita preocupações de natureza ética. A pandemia também levou a bioética ao primeiro plano em razão dos desafios para priorizar os escassos recursos de terapia intensiva (p. ex., ventiladores). A promoção da equidade distribuição de tratamentos e vacinas em desenvolvimento nos países e territórios é o próximo desafio, que inclui definir quais são as implicações da aplicação da equidade nessa situação sem precedentes (15-29).

²⁹ Organização Mundial da Saúde. Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator. Disponível em inglês em: [https://www.who.int/publications/m/item/access-to-covid-19-tools-\(act\)-accelerator](https://www.who.int/publications/m/item/access-to-covid-19-tools-(act)-accelerator)

³⁰ Organização Mundial da Saúde. Solidarity Call to Action. Disponível em inglês em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/covid-19-technology-access-pool/solidarity-call-to-action>

³¹ Os seguintes países registraram ensaios clínicos ou estudos observacionais na plataforma internacional para registro de ensaios clínicos da OMS: Argentina (13), Bahamas, Barbados, Belize, Bolívia (2), Brasil (41), Canadá (64), Chile (8), Colômbia (13), Costa Rica (2), Cuba (13), Curaçao, Dominica, El Salvador, Equador (5), Estados Unidos (395), Granada, Guatemala, Haiti, Honduras (3), Jamaica, México (25), Montserrat, Paraguai, Peru (9), República Dominicana, Santa Lúcia, São Cristóvão e Nevis, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.

³² The RECOVERY Collaborative Group. Dexamethasone in hospitalized patients with Covid-19 — preliminary report. *N Engl J Med*. DOI: 10.1056/NEJMoa2021436.

35. Diversos atores humanitários tiveram que reorientar suas capacidades em razão da dificuldade de mobilidade e da disponibilidade desigual de recursos. O Grupo Regional sobre Riscos, Emergências e Desastres para a América Latina e Caribe (REDLAC), um espaço de coordenação interinstitucional, tem mantido informada a comunidade humanitária nas Américas e tem harmonizado mensagens técnicas e promovido a coordenação sob sua estrutura para que instituições e organizações possam prestar apoio nos países. A divulgação de informações tem sido semanal, e reuniões colaborativas do grupo do setor da saúde com outras entidades promoveram a criação de grupos temáticos sobre temas como saúde mental e atenção psicossocial.

36. A evolução rápida da pandemia de COVID-19 exigiu que a RSPA implementasse um mecanismo ágil e adaptativo, dentro de um contexto laboral ajustado e influenciado por medidas de restrição a viagens e distanciamento social, para responder à pandemia que afeta todos os países e territórios da Região. Para complementar os recursos locais da OPAS, houve a mobilização de pessoal ou provisões, onde disponíveis, para 51 países e territórios da Região. Estes serviram, entre outras coisas, para capacitar as autoridades sanitárias nacionais; apoiar a elaboração e acionamento de planos nacionais de emergência e a avaliação da reorganização dos serviços; disseminar as especificações técnicas de EPI e equipamento biomédico; e apoiar a análise de necessidades a fim de atender às demandas de EPI, provisões e reagentes com os fornecedores habituais e apoiar os Estados Membros na antecipação de processos aquisitivos para criar uma reserva estratégica nacional. De fevereiro a meados de março de 2020, organizaram-se sessões de treinamento em laboratório, no Brasil, para nove países da América do Sul, e no México, para sete países da América Central e do Caribe; enviaram-se especialistas em laboratório a nove países.³³ Especialistas em manejo clínico, PCI e reorganização de serviços de saúde foram enviados a nove países.³⁴ Especialistas na implementação da plataforma digital de localização de contatos Go.data foram enviados à Argentina, ao Brasil, à Colômbia e ao México. Além disso, realizaram-se mais de 90 sessões virtuais de treinamento com mais de 20.000 participantes de 33 países, e mais de 90 documentos técnicos e ferramentas foram elaborados, adaptados e/ou traduzidos para uso nas Américas. A RSPA está apoiando o fortalecimento ou a instalação de capacidade de diagnóstico laboratorial do SARS-CoV-2 em 38 países e territórios e já comprou e distribuiu reagentes laboratoriais, EPI e provisões e equipamento médicos para 37 países e territórios. Recentemente, a RSPA atualizou para US\$ 200 milhões o montante de recursos necessários para apoiar os esforços de preparação e resposta à COVID-19 nas Américas durante o período de 11 meses, de fevereiro a dezembro de 2020. A RSPA está engajando a OMS, doadores estratégicos e parceiros para suprir o déficit de financiamento de 53% que ainda persiste (em 15 de julho de 2020).

37. Uma atualização mais detalhada do apoio da RSPA aos países e territórios nas Américas em sua preparação e resposta à pandemia de COVID-19 foi publicada no

³³ Bahamas, Barbados, Dominica, Colômbia, Guiana, Haiti, Jamaica, Suriname e Venezuela.

³⁴ Antígua e Barbuda, Bolívia, Dominica, Equador, Granada, Honduras, Nicarágua, Paraguai e Venezuela.

documento *Resposta da Organização Pan-Americana da Saúde à COVID-19 nas Américas* (de 17 de janeiro a 31 de maio de 2020).³⁵

Ações necessárias para melhoria da situação

38. Na ausência de um tratamento específico e de uma vacina contra a COVID-19, este documento pressupõe que o cenário mais provável na evolução da pandemia é de ondas e surtos recorrentes em diferentes locais do mesmo país, simultaneamente ou em diferentes momentos, à medida que houver a reabertura econômica progressiva.

39. A política tem como base quatro linhas de ação complementares e que se reforçam mutuamente:

- a) Fortalecimento da liderança, da gestão e da governança.
- b) Fortalecimento da inteligência epidemiológica.
- c) Fortalecimento dos sistemas de saúde e das redes de prestação de serviços.
- d) Fortalecimento das operações de resposta a emergências e da cadeia de suprimento.

Fortalecimento da liderança, da gestão e da governança

40. As experiências e lições aprendidas no âmbito nacional durante a resposta à pandemia de COVID-19 estão delineando um contexto em que as decisões relacionadas ao ajuste de intervenções não farmacêuticas podem se afastar progressivamente do processo de “tentativa e erro”. Em especial, acumularam-se evidências sobre a efetividade de intervenções não farmacêuticas na desaceleração da transmissão do SARS-CoV-2.³⁶ Desde o surgimento do vírus, houve avanços no fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde pela aplicação da tecnologia de uma maneira inovadora que facilita o distanciamento social, entre outras medidas. A implementação dessas medidas não mutuamente excludentes para controlar a COVID-19 é necessariamente intersetorial, ultrapassando o mandato e o alcance do setor de saúde. Embora ainda não seja possível quantificar com precisão, provavelmente o impacto socioeconômico negativo imediato e a longo prazo — no âmbito local, nacional e mundial — será sem precedentes, abalando o alcance dos ODS, entre outras coisas. Com essa finalidade, as autoridades nacionais e as Secretarias da OPAS e da OMS devem considerar a adoção das seguintes medidas:

- a) Fortalecer ou manter uma abordagem de todos os setores do governo e de toda a sociedade para aliviar tensões e alcançar um equilíbrio entre prioridades e interesses de saúde pública e socioeconômicos. Isso exigirá o ajuste contínuo e progressivo das medidas em uma ou outra direção — de reforço ou de relaxamento — de acordo

³⁵ Organização Pan-Americana da Saúde. Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la COVID-19 en la Región de las Américas. Disponível em espanhol em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52454> (Relatório atualizado estará disponível no final de setembro).

³⁶ As intervenções não farmacêuticas abrangem medidas de proteção pessoal, ambientais e de distanciamento social, além de medidas relativas ao trânsito internacional.

- com o cenário de transmissão. A prestação de proteção social, financeira e fiscal, sobretudo em comunidades muito dependentes da economia informal, é crucial para evitar e/ou mitigar as consequências indesejadas dessas medidas.
- b) Fortalecer ou manter uma estratégia de comunicação de risco congruente com as medidas introduzidas, ajustadas ou interrompidas e, ao mesmo tempo, manter um alto grau de conscientização acerca do risco individual.
 - c) Aperfeiçoar as estratégias para o isolamento dos casos de COVID-19 e a quarentena de seus contatos a fim de adaptar ainda mais essas estratégias aos contextos locais e aumentar sua eficiência (p. ex., pelo uso de tecnologias de proximidade).
 - d) Fundamentar o processo decisório relacionado ao ajuste das medidas em uma análise iterativa de dados econômicos, sociológicos e de saúde cada vez mais granulares a fim de que a implementação dessas medidas esteja mais de acordo com a localização geográfica. São necessários esforços e investimentos para ampliar as fontes de informação e refinar a granularidade do método de análise, de modo que o processo decisório seja baseado em um conjunto robusto de indicadores.
 - e) Tomar as providências operacionais e administrativas pertinentes, sobretudo em países muito dependentes do turismo, para a retomada das viagens aéreas e marítimas internacionais não essenciais. Isso incluirá a adoção de medidas pelos operadores de meios de transporte, nas portas de entrada e no setor hoteleiro. Essas providências devem ser baseadas em evidências científicas; na situação epidemiológica mundial, regional e nacional; e, o mais importante, na capacidade do sistema nacional de saúde. Como não é possível eliminar o risco de outras introduções do SARS-CoV-2, a retomada progressiva, ordenada e flexível das viagens internacionais não essenciais exige máxima harmonização de políticas e práticas entre os países de todo o mundo, bem como sua comunicação clara e oportuna à população em geral. No momento, a retomada de viagens internacionais não essenciais deve estar fundamentada em um processo iterativo de avaliação de riscos, e não na exigência de resultados de exames laboratoriais moleculares ou sorológicos relacionados ao SARS-CoV-2.
 - f) Assegurar a tempestividade, a pertinência e a coerência na formulação de recomendações temporárias e orientações técnicas relacionadas (p. ex., orientações relativas a viagens) pela Secretaria da OMS.
41. Fortalecer a governança dos sistemas de saúde com gestão, coordenação e providências especiais para superar a fragmentação da prestação de serviços a fim de tirar proveito das capacidades de todos os subsistemas e setores (públicos e privados). Para facilitar os processos decisórios essenciais, é necessário desenvolver sistemas integrados de informação para fornecer informações em tempo real sobre indicadores-chave dos serviços de saúde e fazer revisões de ação.
42. Posicionar a saúde pública no centro das transformações dos sistemas de saúde e aumentar os investimentos a fim de desenvolver as capacidades para implementar as FESP, inclusive as necessárias para a aplicação e o cumprimento do RSI. Com base em avaliações

multissetoriais e realizadas pelos países acerca das FESP, incorporar ações em políticas e planos nacionais de saúde, com a correspondente alocação orçamentária, dando prioridade ao aumento da força de trabalho de saúde pública e da capacidade das redes de serviços de saúde com o objetivo de se preparar para os eventos de saúde pública e responder a eles, com a devida atenção ao primeiro nível de atenção e às ações no âmbito territorial.

43. Iniciar atividades preparatórias para a vacinação, na expectativa de que se disponha de uma vacina contra a COVID-19 nos próximos 24 meses. Estas incluem consultas a especialistas (em particular, reuniões do Grupo Técnico Assessor sobre Doenças Imunopreveníveis regional e dos comitês técnicos assessores de imunizações nacionais) para recomendar estratégias e boas práticas de vacinação. Devem-se tomar medidas para capacitar os interessados diretos nos países (em particular, em países com pouca ou nenhuma experiência com programas estabelecidos de vacinação contra influenza sazonal); avaliar e fortalecer as capacidades da cadeia de refrigeração; elaborar ou atualizar planos nacionais de fornecimento de vacinas; fortalecer os sistemas de informação para registros de imunização e cobertura de vacinação; e desenvolver as capacidades e iniciativas de comunicação social e de riscos. Além disso, deve-se assegurar a participação em redes regionais para a vigilância da segurança das vacinas.

44. Incorporar a gestão de riscos de desastres e emergências no setor de saúde em políticas, planos e orçamentos nacionais, bem como promover a integração da saúde em planos e estratégias nacionais para responder a crises e pandemias. Fortalecer os sistemas de gestão de incidentes nos âmbitos nacional, subnacional e local, incluídas as funções de liderança, e os centros de operações de emergências em saúde (30).

45. Investir estrategicamente recursos em pesquisa e desenvolvimento, não só para a resposta à COVID-19, mas também para as atividades habituais dos sistemas e serviços de saúde, com o objetivo de aumentar sua resiliência em situações de crise. Estabelecer e implementar orientações clara sobre condutas éticas aceitáveis no uso de intervenções de utilidade não pesquisada e não comprovada em benefício dos pacientes. Promover a institucionalização de mecanismos éticos de coleta de amostras; mecanismos colaborativos de resposta rápida, informados por evidências, para apoiar as futuras pesquisas sobre COVID-19; e mecanismos para a rápida tradução das evidências científicas em políticas e práticas.

46. Estabelecer e implementar políticas e programas que mitiguem as consequências negativas enfrentadas por populações em situação de vulnerabilidade cujas condições adversas preexistentes tenham se agravado em consequência das medidas de saúde pública. Estas incluem trabalhadores sem proteção social ou seguro-saúde, pessoas que vivem em espaços superpovoados, pessoas internadas em instituições, migrantes, sem-teto e comunidades indígenas e afrodescendentes que vivem em condições precárias. A implementação de medidas de saúde pública e a adesão a elas foram um desafio para muitas populações na Região, como os trabalhadores da economia informal, que dependem dos ganhos diários e precisam cumprir as ordens de confinamento domiciliar; as famílias em que muitas pessoas moram na mesma casa, com aumento do risco de violência interfamiliar

e pouco espaço para o distanciamento social; e as pessoas sem acesso à água corrente e sabão para a lavagem frequente das mãos.

47. Formular orientações rigorosas para promover a justiça e a equidade na alocação mundial de tratamentos e vacinas contra a COVID-19.

Fortalecimento da inteligência epidemiológica

48. Tornar a detecção precoce de casos suspeitos — seguida por testes laboratoriais, isolamento, localização de contatos e quarentena de contatos — a pedra fundamental de uma estratégia específica e sustentável para o controle da COVID-19 a médio prazo. Na maioria dos países e territórios, haverá necessidade de ampliação considerável dos recursos humanos, aumento do investimento financeiro e do uso de ferramentas inovadoras, bem como da manutenção de mecanismos para assegurar a vigilância da COVID-19 e de outras doenças transmissíveis.

49. Implementar condutas e ferramentas inovadoras para a localização de contatos e as medidas de quarentena, adaptadas ao contexto legal, social e epidemiológico de cada país ou território. Monitorar e avaliar a tempestividade e a exaustividade da localização de contatos e da adesão à quarentena. As experiências e lições aprendidas devem ser divididas com os países dentro e fora da Região, em um espírito de solidariedade e com vistas a oferecer segurança mútua acerca da qualidade da resposta.

50. Implementar uma combinação de estratégias para a vigilância da COVID-19, como a vigilância universal e nominal com base na definição de caso suspeito; a vigilância sentinela de infecções respiratórias agudas graves (IRAG) e síndromes gripais; e a vigilância baseada em eventos (ou seja, a coleta e avaliação sistemática de relatos dos meios de comunicação e rumores). A busca ativa de casos e a vigilância sentinela de IRAG e síndromes gripais (em curso nas Américas há mais de uma década para monitorar o vírus influenza e outros) são essenciais para melhorar a detecção e o monitoramento da transmissão de COVID-19 na comunidade. Deve haver vigilância contínua dos vírus influenza, dado seu potencial epidêmico e pandêmico.

51. Fortalecer a coleta de amostras de casos de pneumonia ou IRAG incomuns, assegurando a coleta adequada e a entrega tempestiva das amostras aos centros nacionais de influenza ou aos laboratórios nacionais responsáveis pela vigilância e detecção de vírus respiratórios.

52. Melhorar a compreensão dos padrões de transmissão e das características epidemiológicas do SARS-CoV-2. A RSPA considera que informações sobre o genoma viral são cruciais para compreender a origem e a propagação mundial do vírus, esclarecer sua patogenia e, portanto, permitir o desenvolvimento de tratamentos e vacinas. Isso já ajudou a comunidade científica a sequenciar tantos genomas de SARS-CoV-2 quanto possível.

53. Fortalecer a vigilância baseada em eventos para enfrentar os desafios da detecção precoce nas populações em situação de vulnerabilidade, aí incluídas as populações indígenas e afrodescendentes, cuja falta de acesso a serviços de saúde, comunicação e transporte aumenta a vulnerabilidade ao SARS-CoV-2.

Fortalecimento dos sistemas de saúde e das redes de prestação de serviços

54. Fortalecer a governança dos sistemas de saúde e a gestão das redes de serviços de saúde para aumentar sua capacidade de adaptar a resposta. No cenário mais provável de evolução da COVID-19, os serviços de saúde devem se ajustar rapidamente, mantendo e expandindo a capacidade de saúde pública e de cuidados intensivos desenvolvidas para a resposta à COVID-19. Também será necessário fazer ajustes para a prestação contínua dos serviços de saúde de rotina, garantindo que os serviços essenciais não sejam comprometidos.

55. Estabelecer planos definidos de preparação, resposta e mitigação para o caso de novos surtos ou catástrofes que ocorram durante a pandemia. Disseminar e aplicar documentos e ferramentas para atualização transdisciplinar e multissetorial dos planos e procedimentos de resposta e recuperação a fim de aumentar a eficiência, reduzir a duplicação de esforços e permitir ações conjuntas coordenadas.

56. Implementar estratégias de expansão da capacidade de atendimento clínico, de acordo com as diretrizes das equipes médicas de emergência, para assegurar respostas sustentáveis e autossuficientes das equipes médicas. Considerar as lacunas identificadas durante a resposta nos processos de planejamento, estimativa das necessidades e ampliação da capacidade da rede de serviços de saúde.

57. Investir para aumentar a capacidade resolutiva do primeiro nível de atenção, o que será crucial para a identificação de casos, a contenção da expansão, o manejo tempestivo dos casos ambulatoriais de COVID-19 na comunidade e a continuidade dos serviços de saúde essenciais. Isso inclui a ampliação da capacidade de recursos humanos (com atenção específica à transferência ou realocação de pessoal), bem como da capacidade de telecomunicações e transporte; a garantia da disponibilidade de medicamentos, provisões, dispositivos médicos, equipamento e EPI; a adaptação de estruturas físicas conforme a necessidade; e a instituição de medidas para cuidados domiciliares. Esta última abrange o monitoramento de casos ativos e recuperados e a prestação de serviços de saúde essenciais, o que demanda equipamento para teleconsulta, logística para mobilização e provisões para a atenção médica e de enfermagem.

58. Identificar as barreiras ao acesso e implementar estratégias para dar cobertura às populações em situação de vulnerabilidade ou com vulnerabilidades específicas durante a pandemia, com a devida atenção a necessidades específicas e diversificadas. A implementação de mecanismos para a participação comunitária e ação intersetorial é essencial para responder às necessidades de saúde da população durante a pandemia de COVID-19.

59. Implementar ações em consonância com a estratégia e o plano de ação sobre recursos humanos para a saúde. Isso inclui a instituição de sistemas de informação sobre RHS unificados, confiáveis e atualizados para permitir a mobilização rápida e a distribuição de tarefas conforme as necessidades de resposta. Deve-se fazer uma revisão de acordos, normas e regulamentações para mobilidade e migração da força de trabalho da saúde, o que foi especialmente importante para o Caribe e a América do Sul durante a pandemia, bem como uma revisão das condições de trabalho dos profissionais de saúde para assegurar que trabalhadores que contraíam COVID-19 estejam cobertos por planos de indenização. Também é essencial o fortalecimento de programas de saúde ocupacionais para os profissionais de saúde.

60. Fortalecer os programas de PCI, considerando a governança, a liderança e a alocação de recursos para conter patógenos endêmicos ou epidêmicos. Utilizar estratégias multimodais para implementar atividades programáticas de PCI no âmbito nacional. Integrar as atividades de PCI com programas relacionados — como aqueles para infecção por HIV, tuberculose e hepatites virais — e com a imunização.

61. Continuar acelerando o fortalecimento dos sistemas de informação para a saúde e a adoção de soluções digitais para melhorar o acesso aos serviços de saúde. Isso facilitará a avaliação, o diagnóstico e o manejo de casos suspeitos e positivos com segurança e efetividade, minimizando o risco de transmissão ao mesmo tempo em que promove maior equidade no acesso à atenção médica tempestiva. Para fortalecer o primeiro nível da atenção durante a pandemia, devem-se adotar, no mínimo, as seguintes medidas: *a)* registros digitais de doenças, *b)* aplicativos para a coleta ética de dados, *c)* aplicativos para a interação segura com os pacientes, *d)* prontuários eletrônicos e portais para pacientes, *e)* sistemas eletrônicos de prescrição, *f)* ferramentas de telessaúde e *g)* ferramentas para obter uma segunda opinião médica.

62. Aproveitar avanços e inovações surgidos durante a resposta à COVID-19 para progredir rumo ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde, com sistemas de saúde baseados na atenção primária.

Fortalecimento das operações de resposta a emergências e da cadeia de suprimento

63. Garantir a existência de compromissos financeiros e políticos para dar a todos os Estados Membros acesso tempestivo a meios de diagnóstico, dispositivos médicos, novas vacinas e tratamentos. Isso exigirá a participação em discussões e iniciativas mundiais, como o acelerador do acesso às ferramentas contra a COVID-19, a força-tarefa das Nações Unidas para o abastecimento de provisões para a COVID-19, entre outras.

64. Contribuir para a adoção de critérios transparentes para acesso equitativo e a alocação de tecnologias em saúde essenciais. O uso das capacidades de aquisições conjuntas e de cooperação técnica disponíveis por meio do Fundo Rotativo para a Compra

Vacinas e do Fundo Estratégico poderia melhorar a viabilidade econômica, a disponibilidade e o uso apropriado dessas tecnologias nos Estados Membros.

65. Preparar os mecanismos nacionais necessários para que haja rapidez e efetividade na introdução, no uso e na supervisão de novos produtos médicos que possam mitigar a pandemia. A garantia de qualidade, segurança e efetividade de novos produtos deve ser uma prioridade no contexto das autorizações de emergência para uso desses produtos. É importante também reforçar a capacidade da cadeia de suprimento para fornecer com eficiência as novas tecnologias e, ao mesmo tempo, garantir o acesso apropriado a todas as outras tecnologias de saúde essenciais.

66. Fortalecer a coordenação de saúde setorial e intersetorial e a capacidade decisória nos âmbitos nacional, subnacional e municipal, segundo as evidências científicas.³⁷ Aplicar as lições aprendidas nas grandes cidades muito afetadas às cidades menores que ainda não alcançaram o pico e podem usufruir da transferência de conhecimento sobre boas práticas, protocolos e implementação de medidas públicas.

67. Fortalecer e integrar as cadeias de suprimento nacionais, os armazéns e as capacidades e os recursos logísticos, principalmente no contexto das incertezas relacionadas com as cadeias de suprimento mundiais.

68. Desenvolver a capacidade na Região para a fabricação e manufatura de provisões e tecnologia essenciais.

Monitoramento e avaliação

69. Esta política contribuirá para a implementação dos resultados intermediários 1, 2, 4, 5, 9, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 24 e 25 do *Plano Estratégico da OPAS 2020-2025*, bem como para alcançar os objetivos da *Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030*.

70. O monitoramento e a avaliação deste plano estarão em consonância com a estrutura de gestão baseada em resultados da Organização e com seus processos de monitoramento e avaliação de desempenho. Um relatório de progresso será publicado em 2023, quando se supõe que já poderá haver uma vacina e/ou opção terapêutica contra a COVID-19.

Repercussões financeiras

71. O custo total estimado da cooperação técnica da RSPA para apoiar os Estados Membros na implementação de medidas vinculadas a esta política, de 2020 a 2022, incluídos os custos com pessoal e atividades, é de US\$ 30 milhões. O financiamento das iniciativas nos países será assumido pelos Estados Membros.

³⁷ Organização Pan-Americana da Saúde. Informações técnicas e últimas pesquisas sobre COVID-19 nas Américas. Disponível em: https://covid19-evidence.paho.org/?locale-attribute=pt_BR

Ação pelo Conselho Diretor

72. Convida-se o Conselho Diretor a analisar este documento, formular as recomendações que julgar pertinentes e considerar a aprovação do projeto de resolução apresentado no Anexo A.

Anexos

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Regulamento sanitario internacional (2005), terceira edição [consultado em 12 de junho de 2020]. Disponível em espanhol em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246186/9789243580494-spa.pdf?sequence=1>
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 set-3 out 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2014 (Resolução CD53.R14) [consultado em 12 de junho de 2020]. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R14-p.pdf>
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para a coordenação da assistência humanitária [Internet]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 set-3 out 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2014 (Resolução CD53.R9) [consultado em 12 de junho de 2020]. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R9-p.pdf>
4. Nações Unidas. Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015–2030, 2015 (Resolução A/RES/69/283) [consultado em 20 de junho de 2020]. Disponível em espanhol em: <https://undocs.org/es/A/RES/69/283>
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para a redução do risco de desastres 2016-2021 [Internet]. 55º Conselho Diretor, 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26-30 set 2016. Washington, DC: OPAS; 2016 (Resolução CD55.R10) [consultado em 12 de junho de 2020]. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R10-p.pdf>
6. Nações Unidas. Solidaridad mundial para luchar contra la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19) (Resolução A/RES/74/270), 2 de abril de 2020 [consultado em 12 de junho de 2020]. Disponível em espanhol em: <https://undocs.org/es/A/RES/74/270>

7. Nações Unidas. Cooperación internacional para garantizar el acceso mundial a los medicamentos, las vacunas y el equipo médico con los que hacer frente a la COVID-19 (Resolução A/RES/74/274), 20 de abril de 2020 [consultado em 12 de junho de 2020]. Disponível em espanhol em: <https://undocs.org/es/A/RES/74/274>
8. Organização Mundial da Saúde. Respuesta a la COVID-19 (Resolução WHA73.1), 19 mai 2020 [consultado em 12 de junho de 2020]. Disponível em espanhol em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-sp.pdf
9. Organização Mundial da Saúde. COVID-19 strategy update, 2020. Disponível em inglês em: <https://www.who.int/publications/i/item/covid-19-strategy-update---14-april-2020>
10. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2020-2025 [Internet]. 57º Conselho Diretor, 71ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 30 set-4 out 2019. Washington, DC: OPAS; 2019 (Resolução CD57.R2), 2019 [consultado em 12 de junho de 2020]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=50585-cd57-r2-p-plano-estrategico-opas&category_slug=cd57-pt&Itemid=270&lang=pt
11. Organização Pan-Americana da Saúde. Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 [Internet]. 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25-29 set 2017; Washington, DC. Washington: OPAS; 2017 (Resolução CSP29.R2) [consultado em 12 de junho de 2020]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-pt-9251&alias=42292-csp29-r2-p-292&Itemid=270&lang=pt.
12. Nações Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. 70ª Sessão da Assembleia Geral; 2 set 2015; Nova York, NY. Nova York: Nações Unidas; 2015 (Resolução A/RES/70/1) [consultado em 12 de junho de 2020]. Disponível em espanhol em: <https://undocs.org/es/A/RES/70/1>
13. Organização Pan-Americana da Saúde. Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, DC: OPAS; 2019 [consultado em 12 de junho de 2020]. Disponível em espanhol em: <https://www.paho.org/es/documentos/salud-universal-siglo-xxi-40-anos-alma-ata-informe-comision-alto-nivel-edicion-revisada>

14. Organização Pan-Americana da Saúde. Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas, 4 de junho de 2020 [consultado em 12 de junho de 2020]. Disponível em espanhol em: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-evaluacion-rapida-prestacion-servicios-para-enfermedades-no-transmisibles>
15. Organização Mundial da Saúde. 2019 novel Coronavirus Global research and innovation forum: towards a research roadmap; R&D Blueprint. 2020 [consultado em 12 de junho de 2020]. Disponível em inglês em: <https://www.who.int/blueprint/priority-diseases/key-action/Roadmap-version-FINAL-for-WEB.pdf?ua=1>
16. Organização Mundial da Saúde. Plataforma de registros internacionales de ensayos clínicos. 2020. Busca realizada em 10 de junho de 2020 [consultado em 12 de junho de 2020]. Disponível em espanhol em: <https://www.who.int/ictrp/es/>
17. Organização Pan-Americana da Saúde. Considerações regulatórias sobre a autorização do uso de plasma convalescente (PC) para atender à emergência da COVID-19. 2020. [consultado em 12 de junho de 2020]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52249>
18. Organização Pan-Americana da Saúde. Seguridad de los pacientes con COVID-19 en relación con el uso de medicamentos sin evidencia científica sobre su beneficio. 2020. Disponível em espanhol em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52219>
19. Organização Pan-Americana da Saúde. Considerations for Regulatory Oversight of Clinical Trials in the COVID-19 Pandemic. 2020. Disponível em inglês em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52303/OPSIMSHSSMTCOVID-19200022_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
20. Organização Pan-Americana da Saúde. Orientación ética sobre cuestiones planteadas por la pandemia del nuevo coronavirus (COVID-19). 2020. Disponível em espanhol em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52142>
21. Organização Mundial da Saúde. R&D Blueprint and COVID-19. 2020. Disponível em inglês em: <https://www.who.int/teams/blueprint/COVID-19>
22. Organização Pan-Americana da Saúde. Orientación y estrategias para agilizar la revisión y supervisión éticas de investigaciones relacionadas con COVID-19. 2020. Disponível em espanhol em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52090>

23. Organização Pan-Americana da Saúde. Modelo y pautas operativas para la revisión y supervisión éticas de las investigaciones relacionadas con COVID-19. 2020. Disponível em espanhol em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52087>
24. Organização Mundial da Saúde. Guidance for Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks. 2016 [consultado em 12 de junho de 2020]. Disponível em inglês em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>
25. Organização Pan-Americana da Saúde. Guia para os cuidados críticos de pacientes adultos graves com coronavírus (COVID-19) nas Américas (versão curta). 2020. [consultado em 12 de junho de 2020]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52099>
26. Organização Mundial da Saúde. Clinical Management of COVID-19. Disponível em inglês em: <https://www.paho.org/en/documents/clinical-management-COVID-19>
27. Organização Pan-Americana da Saúde. Ongoing Living Update of Potential COVID-19 Therapeutics: summary of rapid systematic reviews. 2020. [consultado em 12 de junho de 2020]. Disponível em inglês em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52193>
28. Organização Pan-Americana da Saúde. Orientación ética para el uso de recursos limitados en los servicios críticos de salud durante la pandemia de COVID-19. 2020. [consultado em 12 de junho de 2020]. Disponível em espanhol em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52092>
29. Organização Mundial da Saúde. Ethics and COVID-19: resource allocation and priority-setting. 2020 [consultado em 12 de junho de 2020]. Disponível em inglês em: <https://www.who.int/ethics/publications/ethics-covid-19-resource-allocation.pdf?ua=1>
30. Nuzzo, J. B., Meyer, D., Snyder, M., et. al. What makes health systems resilient against infectious disease outbreaks and natural hazards? Results from a scoping review. BMC Public Health 19(1310), 2019 [consultado em 12 de junho de 2020]. Disponível em inglês em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7707-z#citeas>

58º CONSELHO DIRETOR

72ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

Sessão virtual, 28 e 29 de setembro de 2020

CD58/6*
Anexo A
Original: inglês

PROJETO DE RESOLUÇÃO

A PANDEMIA DE COVID-19 NA REGIÃO DAS AMÉRICAS

O 58º CONSELHO DIRETOR,

(PP1) Tendo examinado o documento *A pandemia de COVID-19 na Região das Américas* (Documento CD58/6);

(PP2) Recordando as resoluções Resposta à COVID-19 (Resolução WHA73.1 [2020]), Cooperação internacional para garantir o acesso mundial a medicamentos, vacinas e equipamentos médicos para enfrentar a COVID-19 (Resolução A/RES/74/274 [2020]), Solidariedade mundial contra a doença do coronavírus de 2019 (COVID-19) (Resolução A/RES/74/270 [2020]), *Plano de Ação para a Redução do Risco de Desastres 2016-2021* (Resolução CD55.R10 [2016]), *Transformando nosso mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável* (Resolução A/RES/70/1 [2015]), *Marco de Sendai para a Redução do Risco de Desastres 2015–2030* (Resolução A/RES/69/283 [2015]), *Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde* (Resolução CD53.R14 [2014]), *Plano de Ação para a Coordenação da Assistência Humanitária* (Resolução CD53.R9 [2014]) e Revisão do Regulamento Sanitário Internacional (Resolução WHA58.3 [2005]);

(PP3) Reconhecendo que em todo e qualquer país e território, a pandemia de COVID-19 exige e exigirá liderança e responsabilidade nacional bem como o compromisso de todos os setores do governo e da sociedade para manter as atividades de resposta, mitigação e recuperação constantes e robustas em médio e longo prazos;

(PP4) Considerando ser justificado que sejam reenfatizados e renovados na Região das Américas o compromisso e as solicitações expressadas na Resolução WHA73.1

* A versão do projeto de resolução contém ajustes editoriais nos parágrafos (OP)1e e (OP)2g para garantir o alinhamento com o Documento CD58/6.

da Assembleia Mundial da Saúde sobre a resposta à pandemia de COVID-19, a mitigação de seus efeitos e a recuperação,

RESOLVE:

(OP)1. Instar todos os Estados Membros, levando em conta seus contextos, necessidades, vulnerabilidades e prioridades, a que:

- a) mantenham, aprimorem, ampliem e planejem políticas, estratégias e ações constantes e sustentáveis que abarquem todos os setores do governo e da sociedade, a fim de continuar respondendo à pandemia de COVID-19;
- b) continuem a investir e aproveitem as vantagens e inovações decorrentes da resposta à pandemia de COVID-19, tanto para serviços individuais como coletivos, em todo o sistema de saúde, enfatizando as funções essenciais da saúde pública;
- c) iniciem atividades preparatórias para a imunização em preparação para quando uma vacina segura, eficaz e acessível contra a COVID-19 estiver disponível;
- d) cumpram com as disposições do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), particularmente aquelas relacionadas à divulgação oportuna de informações, possibilitando que: (i) haja monitoramento integral da evolução da pandemia de COVID-19; (ii) os Estados Partes realizem atividades de gestão de riscos adequadamente; (iii) a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) mobilize apoio em campo;
- e) conduzam e documentem, com o apoio da RSPA se necessário, avaliações da resposta nacional à pandemia de COVID-19;
- f) levem em consideração o movimento das pessoas (p. ex., equipe de trabalho humanitário, profissionais da saúde, trabalhadores essenciais e tripulação de embarcações e aeronaves) e dos equipamentos e provisões necessárias para as operações de resposta à pandemia de COVID-19, assim como das mercadorias essenciais;
- g) proporcionem financiamento sustentável à Organização Pan-Americana da Saúde para que esta possa cumprir seus mandatos bem como realizar as atividades de resposta à pandemia de COVID-19, mitigação de seus efeitos e recuperação.

(OP)2. Solicitar à Diretora que:

- a) continue a prestar cooperação técnica com base em evidências aos Estados Membros, promovendo a inovação e o intercâmbio de experiências, a fim de retomar e manter sem interrupções as operações e intervenções do sistema de saúde em todos os aspectos relevantes necessários à resposta à pandemia de COVID-19;
- b) demonstre transparência, independência e imparcialidade quando instar os Estados Partes a que divulguem de maneira oportuna e responsável informações verazes,

- em conformidade com as disposições do RSI, sobre a evolução da pandemia de COVID-19 em seu território;
- c) mantenha a rede regional de vigilância da influenza e de outros vírus respiratórios e a amplie com a criação de uma rede regional de vigilância genômica;
 - d) apoie os Estados Membros, por intermédio das áreas técnicas da RSPA, do Fundo Rotativo para Acesso a Vacinas (Fundo Rotativo) e do Fundo Rotativo Regional para Provisões Estratégicas de Saúde Pública (Fundo Estratégico), a fim de melhorar o acesso equitativo e o uso adequado de vacinas, terapêuticas, diagnósticos, equipamento biomédico e equipamento de proteção individual que sejam acessíveis, seguros, eficazes e de qualidade e que possam melhorar os resultados de saúde e reduzir o impacto da pandemia;
 - e) apoie os Estados Membros ao participarem de iniciativas mundiais, como o acelerador do acesso às ferramentas contra a COVID-19 para vacinas, diagnóstico e terapêuticas, o chamado à ação solidária e todas as demais iniciativas relevantes para o desenvolvimento e o acesso a tecnologias em saúde essenciais para a COVID-19;
 - f) informe os Estados Membros periodicamente sobre os avanços na pesquisa e desenvolvimento das vacinas, terapêuticas e diagnóstico para a COVID-19, assim como recomendações de uso, princípios para acesso e alocação, requisitos regulatórios e ações que o Fundo Rotativo e o Fundo Estratégico tenham iniciado para garantir o acesso a vacinas e produtos para a COVID-19;
 - g) promova, facilite e consolide avaliações da resposta à pandemia de COVID-19 por parte dos Estados Membros e realize e documente uma atividade equivalente com foco na resposta da RSPA, de acordo com a Resolução WHA73.1;
 - h) mantenha e continue a fortalecer a capacidade da RSPA em todos os níveis organizacionais a fim de responder à pandemia de COVID-19 e outras emergências e desastres;
 - i) informe periodicamente os Órgãos Diretores da Organização Pan-Americana da Saúde sobre o progresso alcançado e os desafios enfrentados na implementação desta resolução.



Relatório sobre as repercussões financeiras e administrativas do projeto de resolução para a Repartição

1. Tema da agenda: 4.2 – Pandemia de COVID-19 na Região das Américas

2. Relação com o [Programa e Orçamento da OPAS 2020-2021](#):

Resultado intermediário 1: Aumento da capacidade resolutiva das redes integradas de serviços de saúde (RISS), com ênfase no primeiro nível de atenção, a fim de ampliar o acesso a serviços de saúde integrais e de qualidade que sejam equitativos, sensíveis ao gênero e à cultura, baseados em direitos e se centrem nas pessoas, famílias e comunidades, rumo à saúde universal

Resultado intermediário 2: Promoção de vidas mais saudáveis por meio do acesso universal a serviços de saúde integrais e de qualidade para todas as mulheres, homens, crianças e adolescentes na Região das Américas, com foco nos grupos em condições de vulnerabilidade

Resultado intermediário 4: Aumento da capacidade resolutiva das redes integradas de serviços de saúde (RISS) para a prevenção, a vigilância, a detecção precoce, o tratamento e a atenção às doenças transmissíveis, incluídas as doenças imunopreveníveis

Resultado intermediário 5: Ampliação do acesso equitativo a serviços de saúde integrais e de qualidade visando a prevenção, a vigilância, a detecção precoce, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos no caso de doenças não transmissíveis (DNT) e problemas de saúde mental

Resultado intermediário 9: Fortalecimento da gestão e governança por parte das autoridades nacionais de saúde, possibilitando que liderem a transformação dos sistemas de saúde e implementar as funções essenciais de saúde pública visando a saúde universal

Resultado intermediário 15: Melhoria da ação intersetorial para contribuir para a redução da violência e traumatismos

Resultado intermediário 16: Aumento da promoção da saúde mental, redução dos transtornos causados pelo uso de substâncias, prevenção dos problemas de saúde mental e suicídio, e redução do estigma, por meio da ação intersetorial

Resultado intermediário 17: Fortalecimento dos sistemas de saúde para alcançar ou manter a eliminação da transmissão de doenças prioritizadas

Resultado intermediário 18: Aumento da capacidade dos atores do setor da saúde para abordar os determinantes sociais e ambientais da saúde com um foco intersetorial, priorizando os grupos em condições de vulnerabilidade

Resultado intermediário 20: Desenvolvimento e implementação de sistemas de informação integrados para a saúde, com o fortalecimento das capacidades nos Estados Membros e na Repartição Sanitária Pan-Americana

Resultado intermediário 21: Aumento da capacidade dos Estados Membros e da Repartição Sanitária Pan-Americana para gerar, analisar e disseminar evidências no âmbito da saúde e traduzir o conhecimento para a tomada de decisões nos níveis nacional e subnacional

Resultado intermediário 23: Fortalecimento da capacidade dos países para o gerenciamento do risco de desastres e emergências de saúde que abarque todos os tipos de ameaça, para tornar o setor de saúde resiliente aos desastres

Resultado intermediário 24: Fortalecimento das capacidades dos países para prevenir e controlar epidemias e pandemias causadas por patógenos de alto impacto ou de graves consequências

Resultado intermediário 25: Detecção, avaliação e resposta rápidas às emergências de saúde

3. Repercussões financeiras:

- a) **Custo total estimado da aplicação da resolução no período de vigência (inclui os gastos correspondentes a pessoal e atividades):** US\$ 30 milhões

Áreas	Custo estimado (em US\$)
Recursos humanos	3.800.000
Capacitação	10.000.000
Consultores/contratos de serviços	4.000.000
Viagens e reuniões	1.800.000
Publicações	900.000
Provisões e outros gastos (EPI, meios de diagnóstico, etc)	9.500.000
Total	30.000.000

- b) **Custo estimado para o biênio 2020-2021 (inclui os gastos correspondentes a pessoal e atividades):**
US\$18.000.000, relacionados principalmente com ações no âmbito regional, incluída alguma acumulação de reservas.
- c) **Parte do custo estimado no item b) que poderia ser incluída nas atuais atividades programadas:** US\$12.000.000

4. Repercussões administrativas:

- a) **Níveis da Organização em que se seriam tomadas medidas:**
Níveis regional, sub-regional e nacional, com ênfase no nível nacional
- b) **Necessidades adicionais de pessoal (no equivalente de cargos a tempo integral, incluindo o perfil do pessoal):**
Não se prevê a contratação de pessoal novo. Entretanto, é fundamental que se mantenha pelo menos a capacidade atual da Organização em todos os níveis institucionais para se preparar e estar pronto para outros possíveis patógenos com potencial pandêmico e epidêmico, bem como para responder à pandemia de COVID-19 e a outras emergências e desastres.
- c) **Prazos (prazos amplos para as atividades de aplicação e avaliação):**
A orientação dada neste documento de política deve ser analisada, avaliada e revisada em dois anos (2022).



Formulário analítico para vincular os temas da agenda com os mandatos institucionais

1. **Tema da agenda:** 4.2 – Pandemia de COVID-19 na Região das Américas

2. **Unidade responsável:** Emergências de saúde (PHE)

3. **Preparado por:** Dr. Ciro Ugarte, Diretor, Emergências de Saúde da OPAS (PHE)

4. **Vínculo entre este tema e a [Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030](#):**

Este projeto de documento de política está em consonância com os seguintes objetivos da Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030:

Objetivo 1: Ampliar o acesso equitativo a serviços de saúde integrais, integrados, de qualidade, centrados nas pessoas, na família e na comunidade, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças.

Objetivo 5: Garantir o acesso aos medicamentos essenciais e vacinas e a outras tecnologias sanitárias prioritárias, segundo as evidências científicas disponíveis e de acordo com o contexto nacional.

Objetivo 6: Fortalecer os sistemas de informação em saúde para apoiar a formulação de políticas e a tomada de decisões baseadas em evidências.

Objetivo 8: Fortalecer as capacidades nacionais e regionais de preparação, prevenção, detecção, vigilância e resposta a surtos de doenças e a emergências e desastres que afetam a saúde da população.

Objetivo 9: Reduzir a morbidade, a incapacidade e a mortalidade decorrentes de doenças não transmissíveis, lesões, violência e transtornos de saúde mental.

Objetivo 10: Reduzir a carga das doenças transmissíveis e eliminar as doenças negligenciadas.

Objetivo 11: Reduzir a desigualdade e a iniquidade na saúde mediante enfoques intersetoriais, multissetoriais, regionais e sub-regionais dos determinantes sociais e ambientais da saúde.

5. **Vínculo entre este tema e o [Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2020-2025](#):**

Conforme indicado no Anexo B, este Plano de Ação contribuirá para alcançar os resultados intermediários 1, 2, 4, 5, 9, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 24, 25 do Plano Estratégico da OPAS 2020-2025.

6. **Lista de centros colaboradores e instituições nacionais vinculados a este tema:**

- Centro colaborador da OMS para **biossegurança de laboratórios** [Departamento de Controle de Amostras e Serviços, Instituto de Diagnóstico e Referência Epidemiológicos (InDRE), Secretaria de Saúde)
- Centro colaborador da OMS para **gestão da qualidade em laboratórios** [Direção de Serviços e Apoio Técnico DSAT, Instituto de Diagnóstico e Referência Epidemiológicos (InDRE), Secretaria de Saúde)

- Centro colaborador da OMS para **biossegurança e bioproteção** [Centro para Bioproteção, Divisão de Infraestrutura de Segurança Sanitária, Agência de Saúde Pública do Canadá (PHAC)]
- Centro colaborador da OMS para **biossegurança e bioproteção** [Escritório do Diretor Associado para Ciências Laboratoriais, Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC)]
- Centro colaborador da OMS para a **implementação de capacidades básicas do RSI** [Equipe de programas e parceiros, Unidade de Segurança Sanitária Mundial, Divisão de Proteção Sanitária Mundial, Centro para a Saúde Mundial, Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC)]
- Centro colaborador da OMS para o **Regulamento Sanitário Internacional (RSI)** (Centro para Epidemiologia e Políticas de Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade do Desenvolvimento)
- Centro colaborador da OMS para vigilância, epidemiologia e controle da **influenza** [Divisão de Influenza, Centro Nacional para Imunização e Outras Doenças Respiratórias, Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC)]
- Centro colaborador da OMS para pesquisa e orientação de política em **assistência humanitária de saúde** (Centro para Saúde Humanitária, Departamento de Saúde Internacional, Escola de Saúde Pública Bloomberg, Universidade Johns Hopkins)
- Centro colaborador da OMS para **pesquisa sobre a resposta a doenças infecciosas emergentes e preparativos** [Gabinete da Diretora, Instituto Nacional de Alergia e Doenças Infecciosas (NIAID), Institutos Nacionais de Saúde (NIH)]

7. Boas práticas nesta área e exemplos de países da Região das Américas:

Historicamente, os Estados Partes da Região das Américas abraçaram os princípios da responsabilidade compartilhada em prol da saúde pública mundial que inspiram o Regulamento Sanitário Internacional (RSI). Nesse sentido, para cumprir com a responsabilidade mútua, eles vêm apresentando sistematicamente à Assembleia Mundial da Saúde seu relatório anual de Estado Parte sobre a implementação do RSI e, o que é mais importante, ao abraçarem o enfoque de melhoria da qualidade, vêm promovendo análises pós-ação de eventos agudos de saúde pública como ferramenta para ampliar o grau dos preparativos. Além disso, como se informou aos Órgãos Diretores da OPAS, em conformidade com as disposições do RSI, o volume e a tempestividade da troca de informações sobre eventos que possam ter repercussões internacionais de saúde pública geralmente são elogiáveis. Em resposta à pandemia de COVID-19, com poucas exceções, os Estados Partes demonstraram uma capacidade extraordinária de acelerar a capacidade de resposta adaptativa, com a participação de todos os setores do governo.

Outros exemplos do aumento da resiliência do sistema de saúde foram observados em programas como o “Remediar” na Argentina, em que se fizeram investimentos anticíclicos nos sistemas de saúde, principalmente no fornecimento de medicamentos essenciais por programas de atenção primária, durante um período de crise econômica, o que aumentou a capacidade da rede pública de atenção primária à saúde do país de prestar serviços de saúde à população.

Vários países da Região estão em processo de elaborar estratégias para satisfazer as necessidades de saúde dos migrantes. Por exemplo, os migrantes no Brasil têm acesso irrestrito à atenção à saúde e a medicamentos, e o governo da Colômbia sancionou uma resolução para prestar atenção de emergência aos migrantes.

Além disso, o desenvolvimento de planos nacionais de preparação para enfrentamento de uma pandemia de influenza pelos países durante os 10 últimos anos, depois do H1N1, constituiu uma base para elaborar planos de resposta à COVID-19, incluindo a ampliação dos sistemas de vigilância de influenza com capacidade de realizar testes moleculares de vírus respiratórios existentes na maioria dos países das Américas.

- - -