

RECOMENDAÇÕES

PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19



**Frente
pela Vida**

PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19

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

Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)
Associação Brasileira Rede Unida (Rede Unida)
Associação Brasileira de Economia em Saúde (ABrES)
Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn)
Sociedade Brasileira de Virologia (SBV)
Sociedade Brasileira de Bioética (SBB)
Conselho Nacional de Saúde (CNS)
Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (SBMT)
Rede de Médicas e Médicos Populares (RMMP)
**Associação Brasileira de Médicas e Médicos
pela Democracia (ABMMD)**

03 de julho de 2020

RECOMENDAÇÕES

Conforme exposto ao longo desse documento, considerando o caráter singular, complexo e diferenciado de eventos críticos como uma pandemia, as características biomoleculares do SARS-CoV-2, aspectos clínicos e dinâmica epidemiológica da nova coronavirose, as peculiaridades assumidas por essa pandemia ao se abater sobre a população brasileira, as dificuldades da conjuntura política e econômica do Brasil neste momento atual, o enfrentamento da Pandemia da COVID-19 requer firme e cuidadosa implementação, condução e acompanhamento de ações preventivas, protetivas e precaucionárias. Face à alta contagiosidade da COVID-19 e à ausência de tecnologias farmacológicas e clínicas efetivas para sua prevenção e tratamento, a melhor alternativa para a mitigação dos danos à saúde individual e coletiva é investir no controle da transmissão, sem descuidar da redução de complicações, sequelas e mortalidade entre aqueles que foram infectados.

É importante também destacar que a perspectiva de cenários epidêmicos com picos intermitentes de casos de COVID-19 é muito provável, tornando ainda mais oportuna a adoção de um plano de enfrentamento nos moldes aqui postulado.

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

Às autoridades políticas

Em primeiro lugar, é preciso deixar claro que a Presidência da República é, de ofício, diretamente responsável pelo reconhecimento do potencial danoso da pandemia da COVID-19, tendo como competência irrecorrível propor e coordenar ações e políticas emergenciais, necessárias e adequadas para controlá-la e reduzir seus impactos econômicos e sociais sobre a nação. Assim, além das estratégias sanitárias e epidemiológicas, frente à crise, muitas medidas são necessárias, notadamente de natureza política e econômica, que somente o Governo Federal pode executar. Não é demais enfatizar que, como a economia, impactada pela pandemia, não pode garantir a renda do trabalho, devem ser urgentemente concretizadas a implementação, manutenção e expansão de políticas de proteção social. Todas as medidas econômicas devem considerar as desigualdades de gênero (diretas e indiretas), que impactam as mulheres, em particular, as negras e pobres.

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

mínima às famílias e proteção emergencial da vida de segmentos vulnerabilizados da sociedade. Tais medidas devem ser complementares aos mecanismos de proteção social já existentes (previdência, seguro desemprego, benefício de prestação continuada, bolsa família) e não podem ser tomadas como justificativa para destruir o que resta do Estado Social brasileiro, previsto na Constituição Federal de 1988.

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

No presente momento, nas esferas políticas em geral, as seguintes medidas e ações são necessárias para controlar a pandemia e seus impactos negativos:

1. Implantar comitês consultivos e de assessoramento em todas as esferas de governo, com representação das comunidades científicas e profissionais e de organismos da sociedade civil, conforme a estrutura de conselhos de saúde, para discussão e encaminhamento de soluções e medidas de controle da pandemia.
2. Considerando o caráter federativo do SUS, é fundamental respeitar os mecanismos tripartites de pactuação e decisão, com o funcionamento eficiente da Comissão Intergestores Tripartite e das Comissões Intergestores Bipartites, assim como do Centro de Operações Estratégicas (COE).
3. Às autoridades federais cabe promover o adequado desempenho do COE, como instância de coordenação nacional visando à correta aplicação de estratégias epidemiológicas de controle da pandemia de acordo com os parâmetros definidos pela Organização Mundial de Saúde e a experiência de outros países.
4. Cabe aos governos estaduais e municipais o compromisso de seguirem os mesmos propósitos na sua respectiva esfera de atuação, mediante adoção, regulação e gestão de todas as medidas necessárias ao controle da pandemia.
5. É fundamental investir no desenvolvimento tecnológico de testes, vacinas e insumos em grande escala segundo as necessidades do país, articulando, apoiando e coordenando os esforços dos grupos de pesquisa e desenvolvimento tecnológico em saúde ativos no Brasil.

6. Em cooperação tripartite, cabe às autoridades políticas assegurar o provimento e a fixação de profissionais em regiões remotas, considerando que o acesso a serviços profissionais constitui fator determinante para a saúde das populações e, em particular, dos povos tradicionais e grupos expostos a maior vulnerabilidade econômica e social.
7. Em todas as esferas de governo, deve-se implementar medidas que assegurem a manutenção de renda mínima às famílias, manutenção de empregos, de créditos aos médios, pequenos e microempresários, tal como apresentado no item respectivo deste Plano, e como vem sendo feito em outros países, de sorte a mitigar os impactos da pandemia no aprofundamento das desigualdades de gênero, classe, geração e raça/etnia.
8. No que diz respeito aos segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, como os informais e os desempregados, algumas medidas relevantes são:
 - a. Regulação e garantia de direitos básicos a todos os cidadãos;
 - b. Ampliação do tempo de duração do seguro-desemprego
 - c. Ampliação de uma “renda básica” aos trabalhadores informais, enquanto não tiverem condições de inserção em postos formais;
 - d. Garantia de recebimento da cota dupla do auxílio emergencial para as mulheres chefes de família, independentemente de qualquer situação;
 - e. Melhoria da eficiência na concessão dos vários tipos de benefícios sociais aos trabalhadores e às suas famílias (benefícios previdenciários e assistenciais);
 - f. Suspensão do pagamento das contas de água e luz para famílias de baixa renda até o controle total da epidemia.

Às autoridades sanitárias

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

No presente momento, as seguintes estratégias e ações, fundamentadas no conhecimento científico mais atual disponível, são imperiosas e urgentes:

9. O Ministério da Saúde deve urgentemente tomar a iniciativa de elaborar e apresentar à sociedade um Plano Estratégico Nacional de Intervenção, com a participação ativa das comunidades científicas da saúde e das instâncias de controle social do SUS.
10. Para o enfrentamento da pandemia, o Ministério da Saúde precisa operar com a responsabilidade e a diligência que a gravidade da crise sanitária exige, garantindo aplicação e repasse ágeis e eficientes dos recursos disponíveis,

com critérios de transferência para Estados e Municípios, devidamente pactuados na Comissão Intergestores Tripartite e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde.

11. O Ministério da Saúde deve atuar junto a outros Ministérios, bem como junto aos outros poderes da República, a fim de acompanhar a implementação e ampliação das medidas de proteção social e apoio emergencial a trabalhadores, desempregados, setores e grupos da população vulnerabilizados.
12. Nos planos estaduais e municipais, cabe às autoridades sanitárias respectivas, Secretários e Secretárias de Saúde, a formulação de planos estratégicos de intervenção equivalentes e ajustados às respectivas realidades.
13. É competência das autoridades sanitárias implantar e manter sistemas de informação capazes de monitorar de forma oportuna a evolução dos números de casos, internações, óbitos e exames laboratoriais.
14. As autoridades sanitárias, em todos as esferas de governo, devem manter e divulgar informações atualizadas sobre casos e óbitos de COVID-19 por sexo, faixa etária, escolaridade, raça/cor, ocupação, município de residência e ocorrência, com divulgação de informações integrais pelo Ministério da Saúde, de forma oportuna e transparente.
15. Em todos os níveis do sistema de saúde, as autoridades sanitárias são responsáveis por prover as condições para todos casos suspeitos, confirmados e óbitos sejam devidamente registrados e notificados, bem como por acelerar os processos diagnósticos e de transmissão de informações entre as esferas de assistência e de vigilância.
16. As autoridades sanitárias, em todas as esferas de governo, devem implementar ações para reduzir e controlar a transmissão comunitária da COVID-19 através de estratégias epidemiológicas apropriadas, mediante quarentena, distanciamento físico, isolamentos de infectantes e restrição de viagens domésticas e internacionais.
17. Enquanto persistir a transmissão com característica epidêmica, autoridades sanitárias devem manter as diretrizes de distanciamento físico, estímulo ao teletrabalho, uso de máscaras fora de casa, disponibilidade de álcool em gel em todos os locais públicos e veículos, proibição de eventos ou reuniões de qualquer natureza que não estejam relacionadas à manutenção de atividades essenciais.
18. A flexibilização das medidas de distanciamento físico e restrição de mobilidade será cogitada apenas onde e quando a situação epidemiológica permitir, com pré-requisitos precisamente definidos, conforme indicadores estabelecidos pela OMS e referendados por outras organizações internacionais de saúde, sendo não-indicada enquanto persistir algum dos seguintes critérios:
 - a. Número de casos e taxas de incidência em ascensão.
 - b. Número de óbitos e taxas de mortalidade em ascensão.
 - c. Número reprodutivo efetivo (Rt) acima de 1.

- d. Disseminação geográfica da epidemia, indicando que a redução de mobilidade não foi suficiente para bloquear sua progressão.
 - e. Persistência de velocidades de crescimento diferentes em diferentes áreas do mesmo estado.
 - f. Insuficiência da capacidade instalada para testagem molecular ampla de modo a detectar e isolar casos de COVID-19 e a rastrear contatos e colocá-los em quarentena.
 - g. Taxas de ocupação de leitos de UTI superiores a 70%.
19. As autoridades sanitárias são responsáveis por implantar, nos seus respectivos âmbitos de atuação, estratégias de busca ativa de casos, com equipes de vigilância epidemiológica capacitadas para testagem, por biologia molecular, de todos os casos suspeitos, com rastreamento dos contatos, cobrindo a possível cadeia de transmissão até o limite da rastreabilidade e monitoramento dos que tiverem indicação de isolamento ou quarentena.
 20. Para todos os casos laboratorialmente confirmados ou com diagnóstico clínico de COVID-19, em que se julgar necessário, deve ser realizado o isolamento individual rigoroso, sob supervisão das equipes de vigilância e acompanhamento pelas equipes de atenção primária em saúde.
 21. Em todos os níveis do sistema de saúde, as autoridades devem investir no desenvolvimento de tecnologias inovadoras e efetivas para rastreamento de casos e contatos, monitoramento e orientação bem como para apoio à análise epidemiológica, como os aplicativos para telefones móveis.
 22. As autoridades sanitárias são responsáveis por garantir a observância de protocolos de segurança com a provisão de equipamentos de proteção individual para todos os trabalhadores de saúde e outros setores que atuam na linha de frente na rede de serviços de saúde.
 23. Os recursos da saúde devem ser aplicados, considerando o perfil de demanda de populações com necessidades específicas e grupos expostos à maior vulnerabilidade econômica e social, conforme apresentado no Plano.
 24. Em todos os níveis do sistema de saúde, as autoridades sanitárias são responsáveis por assegurar a continuidade da atenção à saúde para todas as pessoas com qualquer condição de saúde que requeira assistência e cuidado.
 25. As autoridades sanitárias devem promover a fixação de profissionais de saúde em regiões remotas e localidades habitadas por povos tradicionais de modo a impactar positivamente no controle e na redução de transmissão da COVID-19 em populações vulnerabilizadas.
 26. A criação de Equipes Emergenciais de Saúde ou similares, implementada em alguns estados e municípios, deve ser adotada como estratégia de expansão da atenção primária em todo o país, ampliando o contingente de equipes de saúde.
 27. Em todos os níveis do sistema de saúde, deve-se desenvolver campanhas de comunicação social sobre a COVID-19 com orientações claras e embasadas em conhecimento científico para precaução, prevenção da doença, proteção e

atenção em saúde, incluindo informação sobre acesso factível a serviços de saúde disponíveis.

Aos gestores do SUS

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

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

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

28. Linhas de cuidado devem ser implementadas, para atender as diferentes fases da doença e seu potencial de gravidade, englobando desde o manejo de sintomas e isolamento domiciliar até a internação em UTI, incluindo, ainda, a reabilitação após a alta hospitalar.
29. Os gestores do SUS devem pôr em funcionamento Centrais de Teleatendimento em regime de 24 horas, com atendentes treinados na utilização de protocolos que permitam distinguir casos leves e graves, com orientação de casos leves quanto às medidas de isolamento domiciliar ou assistido, com monitoramento da evolução dos mesmos.
30. Ferramentas tecnológicas (como aplicativos de telefones móveis) poderão ser utilizadas para localização, monitoramento e controle dos casos durante o período infeccioso, visando a identificar infectantes e bloquear cadeias de transmissão.
31. O atendimento presencial a pacientes suspeitos de COVID-19, nas unidades de APS, deve ser realizado com todas as precauções e com medidas de

proteção individual, de forma a não aumentar o contágio para profissionais de saúde e demais usuários.

32. A atenção clínica individual feita pelos profissionais da APS deve orientar os casos suspeitos quanto ao isolamento e reconhecimento dos sinais de alerta, identificar pacientes que não podem ser cuidados no domicílio, monitorar esses casos suspeitos quanto à evolução clínica, realizar videoconsultas para casos mais complexos e solicitar remoção para unidade hospitalar ao identificar sinais de agravamento.
33. Pacientes com suspeita de COVID-19 devem ser rastreados no primeiro contato com qualquer serviço de saúde com as precauções para controle de infecção, que incluem atendimento em áreas externas, limitação do contato físico, modificações de fluxo, separação de áreas de atendimento e espera, distanciamento, barreiras físicas e uso adequado de EPI, de acordo com a atividade e tipo de contato realizado.
34. A busca ativa de casos deve ser realizada por equipes das redes de atenção à saúde, que precisam ter à disposição aparelhos celulares institucionais para fazer contato, de forma segura, com os casos suspeitos, visando a implementar o isolamento seguro de possíveis infectantes.
35. Os profissionais da atenção primária à saúde devem ser capacitados para encaminhar os pacientes a outros serviços sempre que necessário, de forma responsável e articulada com outras unidades da rede.
36. Casos confirmados leves ou assintomáticos devem ser identificados, apoiados, orientados e rigorosamente monitorados a fim de verificar o cumprimento estrito das instruções de isolamento, sendo oferecida hospedagem em instalações protegidas, internação em unidades de quarentena ou auxílio financeiro para viabilizar o isolamento individual em regime domiciliar.
37. As unidades de saúde devem realizar intervenções terapêuticas, monitorar sinais de agravamento e providenciar transferência oportuna para leitos de maior complexidade, quando necessário, encaminhando os casos graves para hospitais de referência para COVID-19 por ambulâncias dedicadas, com profissionais treinados e adequadamente protegidos, segundo as medidas preconizadas para a prevenção de infecção.
38. Os gestores devem assegurar que as UPAs e o SAMU disponham de equipes completas e capacitadas e equipamentos adequados, visando a oferecer atenção oportuna e de qualidade que permita salvar vidas e reduzir o sofrimento das pessoas.
39. Deve ser expandida a capacidade instalada de leitos, incluindo leitos de UTI, tanto em hospitais de campanha, quanto em novos hospitais permanentes, contando com equipes completas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico adequados e unidades intermediárias e de terapia intensiva ou mecanismo de referência para essas unidades, em caso de necessidade.

40. É fundamental que o Poder Público controle e gerencie toda a capacidade hospitalar existente no país e institua uma fila única, englobando serviços públicos e privados, de casos graves de covid-19 que demandem internação e terapia intensiva.
41. É preciso regular leitos vinculados à Atenção Primária, que dão suporte especialmente ao cuidado às condições crônicas quando agudizam e não podem ser acompanhadas pela APS.
42. Leitos de retaguarda dedicados ao atendimento de casos suspeitos com alto risco de agravamento ou com contraindicação de isolamento domiciliar devem fazer parte do planejamento da rede de atenção COVID-19, incluindo pessoas com comorbidades, as que residem sozinhas e as que apresentam maior comprometimento pela doença, ainda que não estejam graves.
43. Os gestores do SUS devem ainda organizar Unidades de Cuidados Intermediários, para recuperação e/ou reabilitação ao semi-agudo, evitando assim internações desnecessárias ou inadequadas por complicações de crônicos sob acompanhamento da Atenção Primária; estes serviços poderiam ser instalados nos hospitais de pequeno porte, em muitos casos, subutilizados.
44. Os casos suspeitos de COVID-19 devem ser atendidos na APS e UPAs, conforme os seguintes protocolos:
 - a. classificação da severidade dos pacientes com síndrome respiratória aguda grave (SRAG);
 - b. manejo clínico inicial dos pacientes com síndrome respiratória aguda grave (suporte respiratório a pacientes e terapia farmacológica na COVID-19), com ou sem risco de complicações;
 - c. procedimentos de proteção e controle de infecção em ambiente hospitalar.
45. O transporte dos pacientes graves do domicílio diretamente para a unidade de referência deve constar como ponto essencial no planejamento da rede assistencial para que a terapia adequada possa ser iniciada a tempo com acesso a leitos de cuidados intermediários e intensivos.
46. O manejo clínico de pacientes deve seguir protocolos já disponibilizados que devem ser adaptados às condições locais e integrados em redes que permitam o monitoramento do cuidado e possibilidade de mecanismos rápidos de regulação.
47. O estabelecimento de protocolos e treinamento de profissionais para atenção às diversas fases da doença e seu potencial de gravidade, englobando desde o manejo de sintomas e isolamento domiciliar até a internação em UTI, incluindo, ainda, a reabilitação após a alta hospitalar.
48. Diante da profusão de promessas de tratamentos medicamentosos, sem base científica, os gestores do SUS devem primar pela observância da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), Resolução CNS nº 338/2004, assegurando o acesso e promovendo o uso racional de medicamentos.

49. Tanto para a COVID-19 quanto para outros problemas de saúde, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico precisam ser expandidos para melhorar as condições de acesso da população, eliminando barreiras à sua utilização em tempo oportuno e assegurando o retorno ágil dos resultados ao paciente e à equipe de atendimento solicitante.
50. Devem ser aprimoradas as ações de educação, informação e comunicação em saúde, incluindo medidas de prevenção de doenças infecciosas e não transmissíveis e outros agravos relevantes.
51. É fundamental que gestores de saúde ampliem os programas de assistência médica remota para garantir atendimentos telefônicos, consultas online ou domiciliares, com prioridade às mulheres de todas as idades, mantendo sessões presenciais para as gestantes e neonatos de alto risco.
52. Os serviços de Saúde Reprodutiva e Sexual devem ser mantidos, incluindo contracepção, atenção ao abortamento (inseguro e legal) cuidados de assistência ao pré-natal, parto e puerpério, com garantia de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual e/ou doméstica, tanto nos serviços de saúde e de segurança pública.
53. É importante desenvolver estratégias de comunicação com metas para os níveis individual, familiar, comunitário e municipal, com mensagens direcionadas, fontes de informação, organização e políticas da comunidade, usando a maior variedade de mídias.
54. Essas estratégias devem ser desenvolvidas em conjunto com as comunidades afetadas de modo a favorecer sua adequação às distintas realidades e sua efetividade, o que inclui a necessidade de ações de educação em saúde antirracistas orientadas por uma pedagogia antirracista.

À sociedade em geral

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

55. A sociedade deve exigir e conquistar acesso à informação acurada, certificada e útil, conscientizando-se da gravidade da crise e, em consequência, compreender e aderir às medidas de controle epidemiológico.
56. Para vencer a pandemia, é preciso que a mobilização social em prol do direito aos cuidados de saúde de qualidade esteja alicerçada no princípio ético da igualdade e no exercício da solidariedade.
57. A sociedade deve reconhecer e promover a superação das invisibilidades e dos silenciamentos produzidos socialmente, compreendendo as

interdependências entre as várias dimensões da pandemia, em que vulnerabilidades e privilégios sociais colocam corpos circulantes e corpos em isolamento em contagem diferente de casos e mortes.

58. No que concerne ao Sistema Único de Saúde, em particular, a sociedade precisa intensificar sua participação nos espaços destinados ao controle social, acompanhando a evolução da epidemia e cobrando o desempenho dos gestores em todos os níveis.
59. Em geral, a sociedade deve exercer a participação cidadã, defendendo a dignidade da vida humana, a preservação do meio ambiente e o fortalecimento do regime democrático que vêm sofrendo ataques de arrivistas que, por meio de fraudes e manipulações, passaram a ocupar lugares de destaque na cena política nacional.
60. Neste contexto, é fundamental promover a Cultura de Paz pelo conjunto de seus valores, atitudes, tradições, comportamentos e estilos de vida baseados:
 - a. No respeito à vida, no fim da violência e na promoção e prática da não-violência por meio da educação, do diálogo e da cooperação;
 - b. No pleno respeito e na promoção de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, rejeitando práticas racistas, sexistas, LGBTQ+fóbicas, qualquer discriminação fruto do ódio e da intolerância;
 - c. Na adesão aos princípios de liberdade, justiça, democracia, tolerância, solidariedade, cooperação, pluralismo, diversidade cultural, diálogo e entendimento em todos os níveis da sociedade e entre as nações.

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