

Public Health Institutes of the World

A faint, light blue world map is visible in the background of the page, centered behind the main text.

LIÇÕES APRENDIDAS COM A RESPOSTA
DOS INSTITUTOS NACIONAIS DE SAÚDE
PÚBLICA À PANDEMIA DE COVID-19 EM
2020

MAIO 2022

ÍNDICE

	1
INTRODUÇÃO	3
O QUE FIZEMOS	4
O QUE ENCONTRAMOS	5
RESPONDENDO À COVID-19: OS PAPÉIS, AS RESPONSABILIDADES E OS POSICIONAMENTOS ESSENCIAIS DOS INSP	5
Diversidade, adaptação e desafios: Os papéis e as responsabilidades dos INSPs durante os primeiros meses da pandemia de COVID-19	5
Estudo de caso 1 - Public Health Wales: Trabalhando às margens do mandato do INSP	7
Colaboração multinível e multissetorial como ferramenta-chave para uma coordenação efetiva da resposta	9
Estudo de caso 2 - Instituto Nacional de Saúde da Colômbia: Desenvolvendo parcerias estratégicas para expandir a capacidade de laboratórios	10
RESILIÊNCIA DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA E O MODO EM QUE OS INSPS EXERCERAM FUNÇÕES E OPERAÇÕES ESSENCIAIS	11
Lacunas nas capacidades do sistema público de saúde e desigualdades em nível global	11
Estudo de caso 3 - Centro para Controle de Doenças da Nigéria (CDC): Estratégias para Acessar, Prover e Administrar Bens Médicos e Recursos Humanos	13
Uma força de trabalho que está nos seus limites	14
CRISE COMO OPORTUNIDADE: PERSPECTIVAS SOBRE O DESENVOLVIMENTO, O FORTALECIMENTO E A PREPARAÇÃO DOS INSPS PARA FUTURAS CRISES DE SAÚDE	17
Oportunidade para que os INSPs fortaleçam sua posição de conselheiros científicos de confiança por via de novas capacidades e comunicação melhorada	17
Estudo de caso 4 - Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos: Lições aprendidas sobre modernização de dados	19
Estudo de caso 5 - Instituto Nacional de Saúde Pública (México). Consultor científico de confiança através de liderança e melhoras na comunicação	20
O papel dos INSPs com relação à crescente importância de lidar com as desigualdades em saúde para responder aos impactos globais da COVID-19	23
Estudo de caso 6 - Public Health Wales: Entendendo e respondendo aos impactos socioeconômicos da COVID-19 do ponto de vista da saúde pública	24
CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS DE COLABORAÇÃO INTERNACIONAL ENTRE INSTITUTOS NACIONAIS DE SAÚDE PÚBLICA	27
ANEXOS - Lições aprendidas pelos INSPs com a COVID-19, entrevistas e seminários	29

INTRODUÇÃO

A Associação Internacional de Institutos Nacionais de Saúde Pública (IANPHI) constrói coletivamente capacidades relativas à saúde pública ao conectar, desenvolver e fortalecer institutos nacionais de saúde pública (INSPs) no mundo inteiro. A Associação atualmente tem 110 institutos membros de 95 países.

Através de suas funções e atribuições principais¹, os INSP responderam à pandemia de COVID-19 assim que o vírus começou a se espalhar entre os países, no início de 2020. Forneceram aconselhamento científico, inteligência epidemiológica e assistência técnica para o monitoramento em tempo real e para a tomada de decisões, com o objetivo de mitigar e controlar a pandemia². Estas funções cobriram um amplo espectro de atividades, incluindo o desenvolvimento e a implementação de processos de coleta de amostras, testagem e diagnóstico, a organização de sistemas de vigilância para produzir relatórios diários e semanais para o monitoramento nacional e para a tomada de decisões, além de rastreamento de contatos, triagem da doença e programas de promoção de saúde.

Reconhecendo rapidamente o papel crítico dos INSPs na resposta à pandemia de COVID-19 e na proteção da saúde das populações de seus países, em 2020 IANPHI lançou uma iniciativa para captar e evidenciar as lições que os membros estavam aprendendo. Os objetivos desta iniciativa, conhecida como Exercício de Lições Aprendidas de IANPHI sobre Respostas dos INSPs ao Surto de COVID-19, foram compartilhar as experiências dos institutos membros de IANPHI e identificar as principais lições aprendidas com esta experiência. O exercício avaliou tanto as funções quanto as atividades que os INSPs executaram ou desenvolveram em resposta à pandemia, assim como as interações entre os INSPs e atores nacionais e internacionais.

Este relatório é um resumo do Exercício de Lições Aprendidas de IANPHI sobre Respostas dos INSPs ao Surto de COVID-19, com base na experiência dos Institutos durante o primeiro ano da pandemia (de janeiro a dezembro de 2020). A análise demonstra como os INSPs, através da adaptação de suas funções e responsabilidades, tiveram um papel essencial na resposta à pandemia. Também evidencia alguns dos desafios enfrentados pelos INSPs durante o primeiro ano, além das boas práticas e dos diversos sucessos que foram identificados.

¹ Associação Internacional de Institutos Nacionais de Saúde Pública (IANPHI), Funções e Atribuições Principais dos Institutos Nacionais de Saúde Pública, 2009 (<http://www.ianphi.org/includes/documents/sections/tools-resources/nphi-core-functions-and-attributes.pdf>)

² Associação Internacional de Institutos Nacionais de Saúde Pública (IANPHI), Declaração do Rio de Janeiro sobre o Papel dos Institutos Nacionais de Saúde Pública no Enfrentamento às Desigualdades, 2022 (<https://www.ianphi.org/includes/documents/sections/tools-resources/rio-declaration-health-equity.pdf>)

O QUE FIZEMOS

O conteúdo do relatório baseia-se no *feedback* coletado por membros de IANPHI através de uma série de entrevistas e seminários realizados entre setembro e dezembro de 2020³. Estes encontros foram organizados de modo a registrar experiências em três níveis:

- Nível nacional: Debates individuais entre o Secretariado de IANPHI e um instituto membro.
- Nível regional: Debates em nível regional, organizados pelas quatro Redes Regionais de IANPHI (África, Ásia, Europa e América Latina).
- Nível global: Debate entre membros de IANPHI, reunidos em uma sessão da Reunião Anual de IANPHI, em dezembro de 2020.

Os membros de IANPHI foram guiados pelo Exercício de Lições Aprendidas por meio de uma lista de perguntas organizadas em cinco categorias:

1. A posição institucional do INSP em uma emergência nacional; missões e papéis formais dos INSPs dentro do sistema nacional de saúde pública.
2. Papéis e responsabilidades do INSP durante a pandemia de COVID-19 (tendo ou não sido reconhecidos).
3. A resposta e a adaptação dos INSPs nas circunstâncias de “melhores conhecimentos e recursos disponíveis”, e qualquer expansão de capacidade durante a crise.
4. A independência e a transparência do aconselhamento e das publicações científicas dos INSPs, e a gestão das relações com o público e com a mídia.
5. Cooperação internacional entre INSPs; boas práticas e *advocacy* coletiva.

A análise das informações recebidas de membros individuais evidenciou três temas abrangentes, e formam a base para a estrutura deste relatório, que é ilustrado com exemplos de experiências compartilhadas por INSPs durante as entrevistas, seminários, ou diretamente com o Secretariado de IANPHI. Os temas são:

- Respondendo à COVID-19 - os papéis, as responsabilidades e os posicionamentos essenciais dos INSPs.
- Resiliência do sistema de saúde pública e o modo em que os INSPs exerceram funções e operações essenciais.
- As oportunidades que surgiram da crise e as implicações para os INSPs.

³ Mais detalhes sobre as entrevistas e os seminários estão disponíveis no Anexo

O QUE ENCONTRAMOS

RESPONDENDO À COVID-19: OS PAPÉIS, AS RESPONSABILIDADES E OS POSICIONAMENTOS ESSENCIAIS DOS INSPS

Os achados evidenciaram os papéis, as responsabilidades e os posicionamentos essenciais dos institutos nacionais de saúde pública em todo o mundo. A pandemia obrigou os INSPs, com papéis e responsabilidades diferentes, a se adaptarem aos desafios que encontraram, como resposta à pandemia. Observou-se que a colaboração multinível e multissetorial foi um instrumento crucial para a coordenação efetiva à resposta.

Diversidade, adaptação e desafios: Os papéis e as responsabilidades dos INSPs durante os primeiros meses da pandemia de COVID-19

Os institutos nacionais de saúde pública cobrem um amplo leque de funções, desde o monitoramento e da avaliação do estado de saúde de populações até se preparar e responder a riscos à saúde, incluindo prevenção e proteção da saúde. No início da pandemia, seus papéis e funções variaram bastante, dependendo do seu mandato, tamanho, recursos e da existência ou não de outros órgãos que ofereciam serviços de saúde no país. Um desafio enfrentado por muitos INSPs no início da pandemia foi ver seus mandatos e suas funções desafiados para além da escala de suas experiências passadas e recursos disponíveis. Conforme a COVID-19 rapidamente se tornou o foco primário de todos os INSPs, todos os seus programas de trabalho tiveram que ser adaptados, reorganizados, renegociados ou até mesmo suspensos, para concentrar recursos na resposta à COVID-19. A experiência de muitos INSPs ilustrou como seus sistemas de saúde não estavam adequadamente preparados para uma grande crise de saúde pública, como a pandemia de COVID-19.

Em termos gerais, os INSPs forneceram aconselhamento crucial para os governos, em nível técnico e político. Os institutos produziram e interpretaram dados e evidências disponíveis nacional e internacionalmente. Em alguns países, os governos colocaram os INSPs na linha de frente para fornecer dados e fundamentação para a administração pública e para o público.

Mais especificamente, suas atividades incluíram vigilância epidemiológica em nível nacional e regional, suporte para ou implementação de sistemas de rastreamento de contatos, coleta, análise e interpretação de dados técnicos, e até mesmo gestão de estoques estratégicos de equipamento e consumíveis médicos. Alguns INSPs focaram em oferecer serviços laboratoriais e clínicos relativos a doenças infecciosas, incluindo a coordenação de laboratórios nacionais de referência, controle de qualidade de testes e de kits de testes, e sequenciamento genético. Outros contribuíram ativamente

para a pesquisa e para o compartilhamento de conhecimento, para o desenvolvimento e a implementação de intervenções comportamentais e promotoras da saúde, fornecendo estratégias de comunicação, e um grande leque de aconselhamento especializado em resposta a solicitações dos governos e da sociedade.

Refletindo sobre sua experiência durante o primeiro ano, a maioria dos INSPs não acharam que estavam prontos para os desafios postos pela COVID-19. Entretanto, graças à experiência obtida em epidemias anteriores, alguns INSPs se sentiram mais preparados - por exemplo, os institutos com experiência recente em resposta ao Ebola.

Muitos INSPs precisaram fazer ajustes às suas funções muito rapidamente, pois seu escopo e missão formais não lhes permitiam enfrentar os desafios e as múltiplas dimensões da pandemia (ver estudo de caso 1: Public Health Wales: Trabalhando às margens do mandato do INSP). Comunicação e coordenação ruins entre os diferentes atores envolvidos na resposta, incluindo o governo, criaram dificuldades adicionais para os INSPs. Uma experiência comum foram os pedidos frequentes dos governos, muitas vezes com prazo muito curto, de aconselhamento por parte dos INSPs. Estes pedidos às vezes não eram coordenados com outras partes do governo que estavam pedindo a mesma coisa ou algo semelhante, e por vezes isto ocorria sem diálogos estruturados nos altos níveis de hierarquia do governo e do instituto. Isto colocava as equipes dos INSPs sob considerável pressão para responder a múltiplos pedidos de informação durante um longo período de tempo, com muitos institutos relatando preocupações significativas relativas à fadiga das equipes (tanto física quanto psicológica).

Muitos INSPs encontraram-se na linha de frente da crítica do público por parte do governo, da mídia e de grupos sociais. Respondendo ao imperativo da saúde pública, mas às vezes na ausência de mandatos ou papéis institucionais claros, os INSPs foram criticados pelas decisões e ações que tomaram. Os INSPs também tiveram que aceitar diferenças entre os conselhos que forneceram para os tomadores de decisões e a realidade das medidas adotadas ou implementadas. A experiência dos INSPs demonstra a importância do registro cuidadoso das motivações para suas decisões e ações, a fundamentação científica de seus conselhos, e da responsabilidade entre o instituto e o governo.

Estas experiências enfatizam a necessidade de mais clareza no papel do INSP em seu apoio ao governo, a outros tomadores de decisão em nível nacional, e a outras organizações nacionais e locais de saúde pública, em uma emergência de saúde pública. Isto inclui maior clareza nos canais de comunicação entre os atores envolvidos. A experiência dos INSPs revela principalmente a necessidade de lideranças efetivas em nível nacional, para assegurar que os papéis dos atores sejam compreendidos e cumpridos efetivamente, levando a melhor coordenação e planejamento, e resultando em uma resposta mais efetiva.

O aconselhamento dos INSPs costuma ter mais impacto onde os INSPs construíram relações fortes com o governo e alianças intersetoriais efetivas. O nível de comunicação e confiança entre os INSPs e os governos parece estar relacionado à qualidade e à duração da colaboração antes da COVID-19.

Apesar destes desafios, houve oportunidades criadas pela redefinição do escopo e das funções dos INSPs durante a pandemia. Exemplos foram mudanças no modo em que os INSPs trabalham, internamente e com parceiros estratégicos, que foram necessárias não somente para a resposta, mas ofereceram conhecimentos que podiam durar para além da pandemia. Alguns institutos relataram que o aumento na demanda sobre eles lhes permitiu acelerar investimentos em serviços que eram cronicamente subfinanciados, incluindo laboratórios, genômica, monitoramento, rastreamento de contatos e proteção à saúde. Por exemplo, o Instituto Nacional de Saúde de Moçambique relatou que antes da pandemia era difícil estabelecer uma rede nacional de laboratórios de saúde pública. A necessidade que surgiu com a resposta à COVID-19 acelerou o desenvolvimento desta rede.

ESTUDO DE CASO 1

Public Health Wales: Trabalhando às margens do mandato do INSP

Nas primeiras semanas da pandemia, antes que o primeiro caso fosse detectado no País de Gales, Public Health Wales (PHW) trabalhou com secretarias locais de saúde para estabelecer esquemas locais de coleta de amostras e testagem. Às secretarias de saúde foi pedido que montassem Unidades de Testagem para Coronavírus (CTUs, na sigla em inglês), normalmente co-localizadas com estabelecimentos de saúde já existentes. No entanto, enquanto estas unidades estavam sendo montadas, o PHW precisou fornecer capacidade de coleta de amostras e de testagem imediatamente, como resposta a casos suspeitos. Isto significava enviar um especialista em Doenças Infecciosas para a casa do paciente ou para um estabelecimento de saúde local para analisar o indivíduo e colher amostras. Depois do primeiro caso em Gales, no fim de fevereiro de 2020, e com o aumento do número de casos no começo de março, isto logo se tornou insustentável.

As secretarias de saúde estavam oferecendo serviços locais de coleta de amostras através das CTUs já no início de março de 2020, enviando as amostras por correio para o laboratório do PHW em Cardiff para testagem. Em meados de março já era claro que centros de testagem em massa também seriam necessários. O PHW, trabalhando de perto para dar suporte ao governo galês, entrou em debates com o Departamento de Saúde da Inglaterra. Nos estágios iniciais destes debates, muito pouca informação era compartilhada com o PHW e com o governo galês, embora logo tenha ficado claro que planos estavam sendo desenvolvidos para instalar centros de testagem *drive-thru*, agendamentos online e devolução de amostras de testes para laboratórios em outros lugares do Reino Unido.

Isto apresentou vários problemas para o País de Gales, incluindo a intenção de usar swabs diferentes daqueles usados em Gales, e uma incapacidade técnica em relacionar os resultados de laboratórios na Inglaterra ao sistema de informações do laboratório galês. Enquanto os debates internos no País de Gales e entre o país e a Inglaterra continuaram, em uma tentativa de resolver estes problemas, o PHW começou a sondar os requerimentos para estabelecimentos de testagem em grande escala no país. O governo galês e os conselhos locais de saúde estavam envolvidos na identificação de locais adequados.

No fim de março de 2020, o PHW foi contatado por uma empreiteira privada, contratada pelo Departamento de Saúde da Inglaterra, para falar sobre um centro de coleta de amostras que precisavam montar em um estádio de futebol em Cardiff. A PHW não havia recebido nenhuma comunicação a respeito disso. Como a intenção era abrir o local no dia seguinte, com funcionários do PHW, isto significava desafios significativos para o PHW - o PHW não havia feito planos para remanejar funcionários para outro estabelecimento (havia sido dito anteriormente que as secretarias de saúde iriam operar os centros de testagem em massa), as providências sugeridas não estavam de acordo com os requerimentos operacionais de governança do NHS (o Serviço Nacional de Saúde) em Gales, e a questão do uso de swabs diferentes ainda não tinha sido resolvida.

A secretaria local de saúde avisou que precisariam de até seis semanas de tempo de preparação antes de se tornarem totalmente operativos, de modo que o PHW trabalhou muito de perto com o governo galês para colocar o estabelecimento em funcionamento em menos de três dias. Isto incluiu o remanejamento rápido de mais de 60 funcionários da divisão de rastreamento do PHW

para trabalhar no centro em Cardiff. Para simplificar o planejamento operacional, o diretor de rastreamento, um administrador operacional experiente, usou esquemas similares àqueles utilizados nos nossos principais centros de rastreamento, com ótimos resultados.

O resultado da intervenção do PHW para assegurar o sucesso do estabelecimento significou que a organização acabou incorporando o desenvolvimento dos centros de teste em massa ao seu plano de amostragem e teste. Três outros centros de coleta de amostras em massa foram abertos no País de Gales em abril de 2020, e além disso o PHW trabalhou com o governo galês e com o Ministério da Defesa para colocar em operação unidades móveis de teste. A transferência das coletas de amostras em massa da população para as secretarias de saúde foi finalmente concluída em junho.

Colaboração multinível e multissetorial como ferramenta-chave para uma coordenação efetiva da resposta

Além dos desafios que surgiram dos ajustes necessários aos seus papéis e responsabilidades, os INSPs também enfrentaram dificuldades para coordenar os diferentes níveis da resposta (nacional, subnacional, local) e para garantir relações claras e efetivas com os níveis subnacionais e locais. Por exemplo, alguns institutos tiveram dificuldade em coordenar atividades com redes de laboratórios em vários níveis, o que impedia o compartilhamento efetivo de informações entre os níveis nacional e subnacional. Isto às vezes foi causado por diferenças nas experiências locais da pandemia, às vezes por diferenças nos recursos disponíveis localmente, e às vezes pela política local. Relatos destes desafios foram frequentes em países com estrutura federativa e estados ou províncias fortes. Por exemplo, os Centros Nigerianos de Controle de Doenças descreveram dificuldades em oferecer suporte para todos os estados por causa das diferenças políticas em alguns estados com relação a assuntos como a economia.

Em resposta a tais desafios, os INSPs enfatizaram a importância de trabalhar de perto com as autoridades e sistemas de saúde locais, e a necessidade de envolvê-los no processo de tomada de decisões, além do desenho e da entrega de serviços essenciais, incluindo monitoramento e resposta. É necessário dar mais ênfase ao fortalecimento do alinhamento entre os INSPs e os órgãos locais, pois ligações fortes com os atores locais são cruciais para o sucesso de atividades como rastreamento de contatos. Trabalhar de perto com uma ampla gama de parceiros e setores é uma ferramenta importante para uma resposta coordenada e completa.

Outro elemento-chave de uma resposta nacional coordenada e efetiva identificado pelos INSPs foi a importância de trabalhar de modo multissetorial, permitindo a coleta de dados de qualidade e no momento certo, e conseqüentemente melhorando o aconselhamento aos tomadores de decisão, juntamente e em coordenação com outros setores.

Alguns INSPs se beneficiaram desta abordagem multissetorial através da sua representação em comissões consultivas em nível nacional que apoiaram os governos e os tomadores de decisões. Os institutos representados nestas comissões ofereceram apoio crítico às respostas nacionais e locais, juntamente com representantes de outros setores, incluindo universidades, e organizações que representavam especialistas clínicos e científicos. Por exemplo, o Centro Saudita de Controle e Prevenção de Doenças fazia parte de uma Comissão Ministerial criada para aconselhar o Ministério da Saúde, com representantes de vinte e quatro diferentes entidades do país.

Em outros exemplos, foi possível obter colaboração multissetorial também por meio de parcerias com atores não-tradicionais, incluindo organizações voluntárias, o setor privado, e engajamento com serviços de defesa. Foi uma estratégia essencial para lidar não somente com a coordenação da resposta, mas também para construir capacidades; este segundo tópico será discutido na próxima seção deste relatório. Reconhecer a importância de melhorar parcerias ao entregar respostas efetivas aos desafios de saúde pública, tanto durante a crise quanto em tempos de paz, é uma área importante para o desenvolvimento organizacional e para o currículo de saúde pública (ver estudo de caso 2: Instituto Nacional de Saúde da Colômbia: Desenvolvendo parcerias estratégicas para expandir a capacidade de laboratórios).

ESTUDO DE CASO 2

Instituto Nacional de Saúde da Colômbia: Desenvolvendo parcerias estratégicas para expandir a capacidade de laboratórios

A resposta à COVID-19 liderada pelo Instituto Nacional de Saúde da Colômbia tinha seis partes. Primeira, uso de modelos matemáticos para prever comportamentos e para medir os efeitos das políticas implementadas; segunda, um aumento na capacidade de diagnósticos laboratoriais; terceira, monitoramento epidemiológico; quarta, pesquisa em saúde pública em tempo real; quinta, proteção social e de trabalho; sexta, serviços clínicos.

Em termos de serviços laboratoriais, a questão mais desafiadora para o instituto foi aumentar a capacidade biomolecular, passando de 200 testes PCR por dia para quase 64.000 testes. Isto foi possível graças às parcerias estratégicas estabelecidas com outros setores. Além disso, a partir de janeiro de 2020 uma rede público-privada de modeladores, ligados a entidades que normalmente não trabalham com o setor público, permitiu a gestão e o uso de dados atualizados e o desenvolvimento de modelos matemáticos precisos. Isto levou à criação de redes temáticas de diagnóstico que serão mantidas e mobilizadas no caso de uma futura crise.

Principais lições aprendidas sobre os papéis, responsabilidades e posições essenciais dos institutos nacionais de saúde pública:

- Uma definição clara do papel e do escopo das funções do INSP propriamente dito, e com referência a outros órgãos nacionais, é essencial para a gestão de crises.
- É necessário um entendimento claro e mutuamente concordado da relação entre os responsáveis pelas políticas e pelos INSPs na resposta a emergências de saúde.
- Após os primeiros meses da pandemia, a maioria dos INSPs havia obtido maior clareza sobre seus papéis e mandatos com relação a outros atores nacionais, e até mesmo onde dificuldades persistiram a crise ajudou a definir ou redefinir os papéis e mandatos dos INSPs e sua posição dentre as partes interessadas nacionais.
- Relações de longo prazo, conexões práticas e canais eficazes de comunicação entre os INSPs e o governo, construídos ao longo do tempo, foram importantes para a coordenação de respostas nacionais à COVID-19.
- Os INSPs precisam priorizar abordagens multissetoriais, de multinível e colaborativas como parte de seu plano de preparação para uma resposta mais completa e robusta às emergências de saúde.
- Fortalecer as capacidades de parceria com uma ampla gama de setores é uma área estratégica crucial a ser considerada para desenvolver a capacidade de preparação e resposta dos INSPs para futuras ameaças em saúde pública.

RESILIÊNCIA DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA E O MODO EM QUE OS INSPs EXERCERAM FUNÇÕES E OPERAÇÕES ESSENCIAIS

A resposta à COVID-19 expôs lacunas significativas na capacidade dos sistemas de saúde pública e enfatizou algumas das desigualdades sociais e econômicas que os afetavam. Contudo, os achados de membros de IANPHI mostraram como os INSPs conseguiram exercer estas funções e operações essenciais que foram necessárias no primeiro ano da pandemia.

Lacunas nas capacidades do sistema público de saúde e desigualdades em nível global

Além do desafio que surgiu da necessidade de esclarecer funções e mandatos, a maior parte dos INSPs identificou desafios significativos para desenvolver e acessar recursos humanos, financeiros e materiais. Muitos consideravam estar cronicamente sub-financiados já antes da pandemia e tinham capacidade limitada de se mobilizar em resposta aos requerimentos que surgiram com a pandemia. De qualquer forma, precisaram adaptar sua mão-de-obra e outras capacidades e competências de resposta rapidamente. O que gerou estresse dentro da organização como resposta às demandas muito desafiadoras postas sobre os INSPs.

As dificuldades em acessar bens e produtos médicos tiveram impacto sobre algumas funções relevantes, em particular sobre os serviços de laboratório e de testagem. A demanda global por kits de testes, equipamentos de proteção individual e intervenções terapêuticas durante os primeiros meses da pandemia aumentou drasticamente, e alguns INSPs enfrentaram carências significativas de equipamentos de laboratório, resultando em um impacto precoce sobre suas capacidades de cumprir seus mandatos e oferecer respostas eficazes à pandemia. Estas dificuldades logísticas globais aparentemente tiveram um efeito desproporcional sobre países com renda baixa e média e sobre aqueles com capacidades limitadas de manufatura, evidenciando disparidades socioeconômicas e relacionadas à saúde entre regiões e países e o acesso desigual aos mercados internacionais e a bens e serviços médicos essenciais de alta qualidade (ver estudo de caso 3: Centro de Controle de Doenças da Nigéria (CDC): Estratégias para Acessar, Prover e Administrar Bens Médicos e Recursos Humanos).

Alguns institutos também relataram dificuldade em lidar com os requisitos técnicos para sustentar sistemas específicos, especialmente a gestão de dados para monitoramento epidemiológico. Por exemplo, o Instituto Nacional de Doenças Transmissíveis da África do Sul descobriu que a mera quantidade de dados que precisavam ser geridos estava além da banda disponível, o que aumentou significativamente a demanda posta sobre as equipes de TI, que precisaram desenvolver soluções resilientes. Desafios semelhantes foram enfrentados em outros países, em níveis nacionais e subnacionais, e isto foi piorado por uma falta de pessoal treinado para várias funções específicas, incluindo ciência de dados e bioinformática.

Em face à adversidade, os INSPs responderam usando uma gama de abordagens para equilibrar suas capacidades essenciais. Um primeiro passo crítico para muitos INSPs foi estabelecer uma coordenação operacional com agências nacionais e subnacionais, tanto dentro do sistema de saúde quanto com outras agências públicas. Alguns institutos também se beneficiaram de apoio por meio de cooperação internacional, de organizações regionais e internacionais, incluindo as Nações Unidas, o Centro Europeu para Controle e Prevenção de Doenças (ECDC), os Centros Africanos para Controle e Prevenção de Doenças (Africa CDC) ou os Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (US CDC). Este apoio tomou muitas formas, incluindo ajuda para obter bens médicos ou para garantir treinamento e construção de capacidades. Alguns INSPs também receberam apoio de institutos ou do governo em outros países, como a rede de INSPs na Comunidade de Países de Língua Portuguesa, que tem um longo histórico de colaboração entre pares⁴. Por exemplo, o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, de Portugal, ofereceu apoio aos países lusófonos africanos, como assistência técnica e apoio para desenvolver suas próprias abordagens à resposta à COVID-19.

Para combater a carência global de equipamentos de laboratório, alguns INSPs precisaram recorrer a fornecedores alternativos. Apoio de e parcerias com o setor privado e com a academia, em nível nacional e internacional, permitiu que muitos INSPs expandissem e fortalecessem suas capacidades. Por exemplo, o Instituto de Saúde Pública da Etiópia usou equipamentos de laboratório armazenados em universidades locais e laboratórios particulares para fazer testes de PCR.

Sustentados por estas diferentes estratégias e através da reorganização interna de suas respostas, os INSPs desenvolveram sistemas e programas pra lidar com os desafios inéditos causados pela COVID-19. Isto incluiu sistemas e redes de laboratórios. Por exemplo, o Instituto Nacional de Saúde do Peru passou de um único laboratório antes da pandemia para sessenta e quatro espalhados por todo o país em apenas alguns meses. Esta rede, estabelecida rapidamente, ajudou o instituto a se adaptar às necessidades de testagem, para desenvolver estudos de seroprevalência e de análise genômica do SARS-COV-2.

Os INSPs precisaram enfrentar outras lacunas, incluindo pesquisas publicadas sobre estratégias para responder à pandemia e os impactos que surgiram das intervenções aplicadas. Como a produção de conhecimento leva tempo e na ausência de evidências definitivas, orientações fornecidas pelos INSPs podiam ser refutadas pelos governos, por provedores alternativos e por interesses adquiridos, e mais amplamente pela própria sociedade. Muitos INSPs estabeleceram atividades de pesquisa específicas para a Covid ou fizeram parcerias com instituições de pesquisa, para administrar e produzir as melhores evidências científicas e orientações disponíveis. O desenvolvimento e a disseminação de áreas de conhecimento incluíram modelagem de doenças, estudos genômicos epidemiológicos, análise de impacto sobre a saúde, análise comparativa de respostas internacionais, e ciências sociais e comportamentais.

⁴ Países Lusófonos Capazes de Testar Covid-19 com Apoio do INSA, Diarrio Economico, 24 de abril de 2020, <https://www.diarrioeconomico.co.mz/2020/04/29/mundo/paises-lusofonos-capazes-de-testar-covid-19-com-apoio-do-insa/>

ESTUDO DE CASO 3

Centro para Controle de Doenças da Nigéria (CDC): Estratégias para Acessar, Prover e Administrar Bens Médicos e Recursos Humanos

Nos estágios iniciais da pandemia, o CDC da Nigéria enfrentou vários desafios em termos de acesso a bens médicos e recursos humanos. Os principais desafios eram aqueles relativos a:

- 1) Armazenamento: Falta de armazéns adequados para a cadeia fria e seca de produtos
- 2) Pessoal: Pouca capacidade de pessoal de estoque
- 3) Logística: Pouca aderência ao novo sistema de informação de gestão logística (LoMIS)
- 4) Segurança: Desafios relativos à segurança por todo o estado, áreas com segurança comprometida
- 5) Políticas: Pouco conhecimento do plano de logística para contramedidas médicas entre os principais interessados, além de ausência de educação a respeito dos definidores de políticas

Para enfrentar estes desafios, o CDC da Nigéria se concentrou primeiro na coordenação e no planejamento em nível nacional, para garantir uma cadeia logística efetiva em todas as suas três missões: aquisições, alocação e distribuição de bens e produtos médicos. No início da pandemia foi estabelecida uma comissão entre o NCDC e parceiros e atores para quantificar as necessidades em termos de fornecimento, pessoal e orçamento, e para identificar os melhores recursos possíveis em nível global, regional e nacional para obter estes bens. O instituto também se beneficiou com as boas relações com o governo nos níveis mais altos; o governo deu apoio ao instituto em termos de gestão e fornecimento, como por exemplo durante a Força-Tarefa Presidencial da COVID-19.

Obter apoio para fornecimentos a partir de cooperação e suporte internacionais foi um elemento importante que ajudou a acessar o material necessário. Em particular, a comunidade da ONU facilitou as aquisições, enquanto a ajuda do CDC África e do setor privado veio sob a forma de suprimentos fornecidos diretamente.

Em termos da alocação de bens em nível subnacional, o CDC da Nigéria definiu áreas prioritárias para receber fornecimentos, baseando-se em vários critérios. Antes de haver casos confirmados, o instituto analisou os estados que estavam sob maior risco, como aqueles nos quais havia mais viagens internacionais, e alocou para eles kits básicos para o caso de surto. Por isso, quando o vírus começou a se espalhar pela Nigéria, a alocação passou a ser baseada no número de casos confirmados, nas populações de risco e em pedidos específicos de líderes comunitários, departamentos e agências de ministérios, e do corpo de serviço jovem nacional (NYSC).

Em termos de distribuição dos bens e produtos médicos no país, o CDC da Nigéria desenvolveu parcerias com outros setores. O setor militar forneceu apoio para primeiramente fazer entrar as mercadorias no país, e também com relação a segurança e a outras dificuldades causadas pelo lockdown. Também deram apoio para a distribuição dentro do país e ofereceram espaço para armazenar os suprimentos. Além disso, uma empresa de logística terceirizada foi contratada para garantir a distribuição mensal, responder a pedidos de emergência e a distribuições especiais para estados e para o NYSC.

Uma força de trabalho que está nos seus limites

A necessidade de expandir a capacidade de mão-de-obra rapidamente e a necessidade de manter esta expansão por um período de tempo prolongado provou ser um desafio comum. Recrutamento rápido, reposicionamento e até mesmo remobilização de funcionários aposentados foram ocorrências comuns na resposta à pandemia em todo o mundo.

Na maior parte dos INSPs, sistemas pré-existentes usados para rastrear contatos não puderam ser ampliados o suficiente para responder à COVID-19. Muitos destes sistemas ficaram sobrecarregados durante a pandemia, e o resultado foi que surtos locais podem não ter sido controlados de forma adequada. Para superar este problema, muitos institutos criaram unidades especiais para coordenar sistemas de rastreamento de contatos em níveis locais. Precisaram desenvolver ou estabelecer ligações com redes locais e outras organizações - autoridades locais, por exemplo - para conseguir a escala necessária e para garantir o rastreamento de contatos de acordo com as melhores práticas e fazer com que os dados úteis pudessem ser coletados em escala nacional. Isto requeria treinamento rápido e intenso para o pessoal de rastreamento de contatos, organizado e ministrado pelos INSPs. Em alguns contextos, redes pré-existentes de médicos foram mobilizadas e coordenadas pelos INSPs para implementar estratégias de rastreamento de contatos em níveis locais. Novamente, isto evidencia a necessidade de coordenação, adaptação e comunicação eficazes entre os diferentes atores em diferentes níveis e em diferentes setores.

Para lidar com a falta de recursos humanos, alguns INSPs expandiram suas funções de treinamento de pessoal, feito principalmente online, para funcionários novos e antigos (redirecionados de outras áreas da prática de saúde pública). O Instituto Nacional de Saúde Pública de Uganda, assim como muitos outros INSPs, enfrentou uma falta de pessoal para rastreamento de contatos, e precisou treinar rapidamente equipes com diferentes históricos e experiências para que pudessem realizar esta atividade essencial para a saúde pública na escala que a pandemia demandava. O Instituto Nacional de Saúde Pública da Costa do Marfim, com o seu Ministério da Saúde, desenvolveu um programa de treinamento tanto para o público em geral quanto para problemas específicos. O programa, que atingiu mais de 10.000 pessoas, fez parceria com vários *stakeholders*, incluindo o Instituto Pasteur, e recebeu apoio da OMS e da UNICEF.

Estas lacunas e estas experiências evidenciaram a necessidade de acesso a uma mão-de-obra que pudesse ser escalada rapidamente em uma pandemia, mobilizando *expertise* e capacidades específicas. Em um artigo recente publicado na revista *Nature*,⁵ Christian Happi e John Nkengasong enfatizaram como, especialmente no contexto africano, fortalecer os INSPs e as organizações regionais de saúde é crucial para construir capacidade para prevenir, detectar e responder a ameaças à saúde pública, sob o controle das agências africanas. Isto é particularmente importante para reduzir a dependência de apoio internacional administrado por agências centrais de fora da África, que focam mais em gestão de crise a curto prazo e menos em criar sistemas sustentáveis.

A falta de recursos humanos, materiais e financeiros necessários para responder à crise acabou criando altos níveis de estresse no pessoal, especialmente naqueles realocados para diferentes equipes de resposta nacional ou naqueles recrutados recentemente para aumentar as capacidades em termos de recursos humanos. Treinar e integrar novos funcionários em um tempo muito curto provou ser um enorme desafio para os INSPs nos primeiros meses da pandemia.

⁵ Christian T. Happi, John N. Nkengasong. Two years of COVID-19 in Africa: lessons for the world, *Nature*. 2022; n° 601: pp. 22-25. <https://www.nature.com/articles/d41586-021-03821-8>

Muitos INSPs descreveram os efeitos da resposta à COVID-19 nas suas equipes. Durante o primeiro ano, a duração e a escala da resposta tiveram um enorme impacto sobre os profissionais de saúde, incluindo relatos de problemas físicos e mentais, e até mesmo *burnout*. Muitos funcionários chegaram a se arrepender de terem escolhido uma carreira na saúde pública; muitos até pensaram em abandonar a prática da saúde pública. Agora, dois anos depois do início da pandemia, podemos somente imaginar que estes impactos tenham piorado.

Estes achados são consistentes com os relatórios publicados recentemente. Uma pesquisa com profissionais da saúde pública feita na Malásia em 2021 descobriu que 45% haviam tido *burnout*⁶ (definido como uma síndrome multiprofissional que inclui exaustão emocional e rompimento com o trabalho⁷). Em uma pesquisa com funcionários da saúde pública dos EUA em agosto e setembro de 2020, os níveis autodeclarados de *burnout* estavam acima de 65%, e quem tinha maior probabilidade de relatá-los eram os funcionários com mais experiência. De maneira igualmente preocupante, a mesma pesquisa encontrou que quase um quarto da força de trabalho (23,6%) pretendia continuar na prática de saúde pública por três anos ou mais⁸. Em um relatório separado, os mesmos autores registraram a proporção dos funcionários tinham sido redirecionados para a resposta à COVID-19 em 31 estados estadunidenses e no Distrito de Columbia. Isto teve um impacto significativo sobre o fornecimento de outros serviços essenciais da saúde pública, com reduções relatadas em programas de doenças crônicas e de serviços de saúde materna e da infância, incluindo imunizações infantis⁹.

No mundo todo, as experiências relatadas sugerem uma necessidade urgente de que todos os INSPs revejam suas estratégias e seus planos relativos às suas equipes, considerem investimentos adicionais em funcionários dentro dos próprios institutos, se necessário, ou considerem estratégias alternativas para garantir que os países possam mobilizar os recursos humanos necessários para responder a futuras emergências em saúde pública. Muitos países ofereceram modelos para este fim, incluindo a Alemanha e a Coreia do Sul.

⁶ Ibrahim F, Samsudin EZ, Chen XW, Toha HR. The Prevalence and Work-Related Factors of Burnout Among Public Health Workforce During the COVID-19 Pandemic, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2022; 64(1): 20-27.

⁷ Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands resources model of burnout. *Appl Psychol*. 2001; 86:499–512

⁸ Stone KW, Kintziger KW, Jagger MA, Horney JA. Public health workforce burnout in the COVID-19 response in the U.S. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021, 18, 4369. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084369>

⁹ Kintziger KW, Stone KW, Jagger MA, Horney JA (2021) The impact of the COVID-19 response on the provision of other public health services in the U.S.: A cross sectional study. *PLoS ONE* 16(10): e0255844. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255844>

Principais lições aprendidas sobre a resiliência do sistema de saúde pública e o modo em que os INSPs exerceram funções e operações essenciais:

- A pandemia de COVID-19 mostrou como os sistemas de saúde pública não estavam adequadamente preparados para uma grande crise em saúde pública, em termos de planejamento, organização e recursos alocados.
- Os INSPs precisam tanto expandir seu escopo e suas funções quanto fortalecer suas capacidades, para estarem mais preparados para lidar com futuras emergências em saúde pública.
- A resposta à pandemia de COVID-19 permitiu que os INSPs desenvolvessem ou expandissem serviços essenciais de saúde pública e competências que incluíam serviços laboratoriais, rastreamento de contatos e treinamento, que serão essenciais para responder a futuras crises em saúde pública. Alguns INSPs tiveram um papel importante na geração e na disseminação de novos conhecimentos através de pesquisa e inovação.
- No entanto, isto teve um preço, com relatos de altos níveis de estresse entre os funcionários e interrupções significativas dos outros serviços de saúde pública.

CRISE COMO OPORTUNIDADE: PERSPECTIVAS SOBRE O DESENVOLVIMENTO, O FORTALECIMENTO E A PREPARAÇÃO DOS INSPs PARA FUTURAS CRISES DE SAÚDE

A seção anterior demonstrou como os INSPs capitalizaram sobre suas competências, experiências, planos e abordagens anteriores, e desenvolveram e adaptaram suas estratégias em diversas áreas críticas da resposta à COVID-19. Isto permitiu que os institutos fornecessem suas funções básicas de saúde pública de maneira mais eficiente e que tivessem um papel essencial na resposta à pandemia.

Esta seção se baseia no tema anterior para mostrar como a crise causada pela pandemia de COVID-19 também representou uma oportunidade para os INSPs. Primeiramente, como já discutido anteriormente, fez com que os institutos revisassem seus pontos fortes e fracos e se preparassem para futuras ameaças à saúde. Em segundo lugar, os institutos reanalisaram e fortaleceram suas posições como consultores científicos de confiança, reconhecendo a necessidade de ampliar suas competências nesta área e melhorar a comunicação pública e profissional. Finalmente, os INSPs precisarão enfrentar os impactos globais da COVID-19 e fornecer respostas aos desafios expostos pelas desigualdades em saúde, os efeitos adversos sobre as tendências de mortalidade observáveis em muitos países, mesmo quando isto era anterior à pandemia, e o legado cada vez maior de uma doença prevenível. IANPHI publicou recentemente uma declaração sobre o enfrentamento às desigualdades em saúde e vários INSPs já contribuíram para o debate sobre as políticas relacionadas a este assunto¹⁰. A colaboração internacional é uma oportunidade para construir capacidades e defender INSPs mais fortes.

Oportunidade para que os INSPs fortaleçam sua posição de conselheiros científicos de confiança por via de novas capacidades e comunicação melhorada

A resposta à pandemia de COVID-19 vem sendo um desafio para os INSPs em vários níveis, revelando deficiências e necessidades dos sistemas de saúde pública em todo o mundo. Ao evidenciar estas lacunas, e em um momento no qual a saúde pública é reconhecida como essencial para o bem-estar de uma sociedade, a crise da COVID-19 representa uma oportunidade para fortalecer os INSPs. Isto não tem a ver somente com desenvolver suas capacidades e aumentar os recursos, mas também com a aquisição de novas competências e melhorias na sua capacidade de comunicação pública e profissional. Os INSPs precisarão reafirmar seu papel de conselheiros científicos para o governo, as partes interessadas e o público em geral.

Muitos INSPs viram-se com *expertise* insuficiente em áreas essenciais de resposta à pandemia, incluindo epidemiologistas de campo, microbiologistas e médicos com especialização em doenças infecciosas,

¹⁰ Associação Internacional de Institutos Nacionais de Saúde Pública (IANPHI), Declaração do Rio de Janeiro sobre o Papel dos Institutos Nacionais de Saúde Pública no Enfrentamento às Desigualdades, 2022 (<https://www.ianphi.org/includes/documents/sections/tools-resources/rio-declaration-health-equity.pdf>)

cientistas laboratoriais, cientistas de dados e pessoal de bioinformática. Estes papéis tradicionais e emergentes de profissionais de saúde precisarão todos crescer para se preparar para futuras crises e ameaças em saúde.

No entanto, muitas novas áreas de *expertise* serão necessárias. Muitos INSPs, como por exemplo o RIVM (Holanda), demonstraram a importância da ciência comportamental para sustentar o projeto e a entrega de intervenções e mensagens que têm a população como público-alvo. A aplicação das ciências comportamentais está fortemente relacionada ao marketing social e à necessidade de melhorar as capacidades de comunicação.

As demandas que surgem da pandemia oferecem várias oportunidades (razões) para desenvolver novas abordagens.

Em primeiro lugar, o mundo inteiro reconheceu a necessidade de fortalecer os sistemas de vigilância de doenças. Em um comentário publicado na revista *Lancet* em 2021, Morgan e colegas¹¹ reconheceram que a pandemia de COVID-19 expôs os pontos fracos da vigilância de doenças em praticamente todos os países. Para garantir que os países sejam capazes de detectar e responder rapidamente a surtos futuros, foram delineados cinco princípios nos quais a vigilância, integrada aos sistemas nacionais, devem se basear futuramente.

- Em primeiro lugar, uma base forte de vigilância deve monitorar a população de modo sistemático, consistente e estatisticamente firme.
- Segundo, os sistemas de vigilância devem incorporar confirmação laboratorial dimensionada adequadamente para as diferentes doenças e riscos.
- Terceiro, os sistemas de vigilância devem ser digitalizados, com identificadores de saúde únicos para conectar dados de nível individual, e com proteções da privacidade.
- Quarto, programas de vigilância devem usar definições padronizadas de casos e elementos de dados comuns, com acesso adequado para o público e para as autoridades de saúde locais e nacionais, para os órgãos regionais, e para a OMS.
- Quinto, toda vigilância de doenças precisa ser financiada adequadamente.

Em setembro de 2021, a OMS lançou um novo núcleo, com base em Berlim, e uma nova estratégia, *Better Data, Better Analytics, Better Decisions (Dados Melhores, Análises Melhores, Decisões Melhores)*, para desenvolver um sistema de inteligência coletiva que permita melhores decisões, de modo a evitar e gerir os riscos pandêmicos e epidêmicos. O novo núcleo é sustentado através de uma colaboração próxima com o Instituto Robert Koch (RKI), o INSP da Alemanha.

IANPHI recebeu recentemente uma bolsa da Fundação Bill e Melinda Gates para trabalhar com o novo núcleo e com o RKI para entender as realidades, oportunidades e desafios de implementar um sistema de vigilância de doenças integrado em nível nacional nos INSPs. Enquanto isso, muitos INSPs já deram início a programas de modernização dos dados ativos, incluindo o CDC dos Estados Unidos (ver estudo de caso 4: Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos: Lições aprendidas sobre modernização de dados).

¹¹ Morgan O, et al Disease surveillance for the COVID-19 era: time for bold changes, *Lancet*, May 2021, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01096-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01096-5)

ESTUDO DE CASO 4

Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos: Lições aprendidas sobre modernização de dados

A Iniciativa de Modernização de Dados do CDC (DMI, na sigla em inglês) está no centro de um esforço nacional para criar dados de saúde pública modernos, integrados e em tempo real, além de uma vigilância que pode ajudar a nos proteger de qualquer ameaça à saúde, incluindo pandemias como a de COVID-19, e está na base da estratégia de vigilância do COVID-19. Lançada em 2020, a DMI é um esforço multianual de mais de um bilhão de dólares para modernizar a principal infraestrutura de dados e de vigilância em todo o quadro de saúde pública federal e estadual. A DMI não é só sobre tecnologia, mas sim sobre empregar as pessoas, as políticas e os processos corretos para fornecer informações de alta qualidade e em tempo real tanto sobre ameaças infecciosas quanto não-infecciosas. O [Plano de Implementação Estratégica da DMI](#) delinea as prioridades do CDC e seus objetivos para alcançar o estado futuro dos dados em saúde pública e os passos fundamentais que a agência está dando, incluindo durante a pandemia de COVID-19, para alcançar esta visão.

O CDC está navegando nos desafios inéditos da vigilância da COVID-19 e ao mesmo tempo melhorando a postura do país para a próxima emergência de saúde pública. A resposta à COVID-19 requer muitas fontes de dados para revelar o quadro real do que está acontecendo e para impulsionar as ações de saúde pública. Nenhuma fonte de dados fornece ao CDC todas as informações de que cientistas e pesquisadores precisam, e por isso o CDC apoia um conjunto holístico de sistemas de vigilância e trabalha com várias áreas técnicas para assegurar alinhamento e integração. O CDC conta com muitas fontes de dados, novas e já estabelecidas, incluindo dados sobre casos, mortes, testes de laboratório, entradas no departamento de emergência, hospitalizações, capacidades dos hospitais, dados sobre os serviços de saúde, variantes, administração de vacinas, pesquisas, estudos de coorte, estudos de sorologia, dados de mobilidade e muito mais. Alguns dos dados do CDC são enviados à agência pelos estados, enquanto outros CDCs coletam informações por meio de estudos baseados no campo ou diretamente de estruturas hospitalares. A operação destes sistemas, e também o modo como estes se integram com outros e como os dados são usados, são analisados e melhorados continuamente.

A pandemia de COVID-19 catalisou melhorias importantes aos sistemas de vigilância, incluindo nos níveis federais e estaduais, conforme a resposta evoluiu. Por exemplo, em termos de vigilância genômica, o CDC deu passos consideráveis para aumentar a capacidade doméstica nos últimos dois anos. O Sistema Nacional de Vigilância de Cepas do SARS-CoV-2 do CDC (NS3) foi implementado em coordenação estreita com laboratórios locais de saúde pública e com a Associação de Laboratórios de Saúde Pública (APHL), e coleta amostras de todos os Estados Unidos para apoiar os esforços de caracterização de variantes. Este sistema é estatisticamente feito para detectar uma variante que estiver em circulação em menos de 0,1%, com 99% de confiança.

Da mesma forma, antes da pandemia de COVID-19 somente 187 estruturas de saúde estavam usando a Notificação Eletrônica de Casos. Em janeiro de 2022, mais de 10.600 estruturas em 49 estados já eram capazes de enviar Notificações Eletrônicas de Casos de COVID-19. Isto resultou em detecção e intervenção mais precoces, além de dados mais ricos e mais úteis para motivar as decisões a serem tomadas. O CDC agora está trabalhando para institucionalizar e aumentar

estas melhorias, ajudando a garantir que sejam integradas ao sistema de vigilância nacional em longo prazo.

Em segundo lugar, a pandemia mudou o papel dos especialistas e agora é necessário que os INSPs ganhem novamente e reestabeçam seu papel de fontes confiáveis de conhecimento científico. Os INSPs precisaram enfrentar opiniões e análises discrepantes de um amplo leque de outros especialistas e instituições que questionavam as evidências científicas oferecidas, e às vezes questionavam a credibilidade dos institutos, potencialmente reduzindo a confiança oficial e a do público. Uma preocupação específica que nasceu da pandemia foi a necessidade de combater a desinformação. Este foi um problema em termos de quantidade e também de qualidade; a quantidade de informações publicadas durante a pandemia foi enorme, e a qualidade das informações variou amplamente. Juntamente com o aumento da facilidade de acesso a estas informações por via de muitos canais digitais diferentes, o resultado foi muitas vezes descrito como uma “infodemia”. Este fenômeno pode levar a uma confusão do público e incentivar a disseminação de “fake news”. Ambos os problemas podem afetar a confiança da população nas informações científicas sobre a COVID-19.

A experiência da pandemia demonstrou a necessidade de que as medidas decididas pelos governos sejam acompanhadas de um raciocínio transparente e baseado em evidências. No entanto, isto não impediu grandes diferenças de percepção do público e da confiança deste com relação às ações tomadas pelos governos. Os INSPs tiveram um papel importante como conselheiros científicos de confiança no fornecimento ao público de dados e evidências transparentes que davam sustentação às tomadas de decisão (ver estudo de caso 5: Instituto Nacional de Saúde Pública (México). Consultor científico de confiança através de liderança e melhoras na comunicação).

ESTUDO DE CASO 5

Instituto Nacional de Saúde Pública (México). Consultor científico de confiança através de liderança e melhoras na comunicação

Assim como em muitos outros países, a pandemia de COVID-19 foi o gatilho de uma grande polarização entre as pessoas que sistematicamente condenavam e aquelas que incondicionalmente apoiavam as ações do governo no México. Estes dois lados tinham vieses políticos fortes e poucos argumentos bem fundamentados. Isto vinha prejudicando debates objetivos sobre as melhores ações disponíveis para responder à pandemia e às suas consequências devastadoras.

Nesta situação, e na pior crise de saúde que o México experimentou no último século, o Instituto Nacional de Saúde Pública do México (INSP) se reuniu com um grupo de 13 instituições acadêmicas, centros de pesquisa e organizações internacionais com *expertise* em saúde pública e igualdade, para participar de um exercício que tinha como objetivo analisar a experiência do México durante a pandemia e desenvolver uma série de recomendações baseadas em evidências para melhorar a resposta do governo (com o INSP incluso, este grupo era chamado de Grupo das 14 Instituições, ou simplesmente G-14). A análise foi feita em outubro e

novembro de 2020, aproximadamente oito meses após o início da pandemia, e envolveu a participação, em uma série de seminários, de quase 40 especialistas em saúde, bem-estar, e desenvolvimento social de 29 instituições.

Esta iniciativa baseou-se na certeza, compartilhada pelo G-14, de que para ser útil a análise precisava excluir vieses ou interesses políticos não relacionados à saúde e ao bem-estar da população. Começou com a análise das condições estruturais dos sistemas de saúde e de proteção social antes da pandemia, pois estas influenciaram a capacidade de resposta e a efetividade das ações implementadas. O segundo passo foi a análise das ações específicas que foram adotadas como resposta à pandemia, e concluiu-se com uma série de recomendações e com um diálogo entre as autoridades de saúde responsáveis pela gestão da pandemia e outros atores-chave.

A seção que analisa os fatores estruturais anteriores à pandemia que limitavam a capacidade de resposta examinou a cobertura do sistema de saúde, da infraestrutura e dos recursos humanos, a atenção primária, os sistemas de vigilância, a capacidade de fazer diagnósticos, a proteção financeira, a qualidade da assistência, a prevalência de doenças crônicas que aumentavam a gravidade da COVID-19, o sistema de estatística da mortalidade, a estrutura de renda, de emprego, de bem-estar e de desigualdade no país, e a educação em saúde da população.

A seção que descreve as ações adotadas em resposta à pandemia incluiu as medidas iniciais para o controle da disseminação da doença, ações de mitigação, a aplicação e a retirada das restrições (incluindo os *lockdowns*), o uso de testes PCR, o fortalecimento da capacidade dos hospitais, o monitoramento da mortalidade, a comunicação de risco, intervenções de educação em saúde, além de políticas de emprego, renda e proteção do bem-estar.

As recomendações dos 40 especialistas cobriram cinco problemas:

- 1) Como reduzir a transmissão da infecção durante a fase de retorno às atividades econômicas?
- 2) Que ações devem ser implementadas nas organizações dos setores público e privado?
- 3) Como reduzir a alta letalidade da infecção no país e como garantir atendimento médico de alta qualidade para pacientes com COVID-19?
- 4) Como mitigar os efeitos da pandemia e as restrições aplicadas, incluindo *lockdowns*, sobre a economia, o emprego, a renda, o bem-estar e a igualdade?
- 5) Como mitigar os efeitos da pandemia sobre adultos mais velhos e sobre a saúde mental?

As recomendações foram apresentadas e o relatório¹ foi entregue às autoridades de saúde, levando a um diálogo produtivo que resultou em várias iniciativas adicionais por parte do G-14 para apoiar o governo durante a pandemia, incluindo um segundo relatório sobre preparação e resposta a futuras pandemias².

¹ Reflexiones sobre la respuesta de México ante la pandemia de Covid-19 y sugerencias para enfrentar los próximos retos. Instituto Nacional de Salud Pública. (<https://www.insp.mx/recomendaciones-pandemia/publicaciones-61a19315bde452.11106751>)

² Propuestas para el desarrollo de un plan de preparación y respuesta ante una emergencia sanitaria por riesgo de pandemia. Instituto Nacional de Salud Pública. <https://www.insp.mx/recomendaciones-pandemia/propuestas-para-el-desarrollo-de-un-plan-de-preparacion-y-respuesta-ante-una-emergencia-sanitaria>

Em terceiro lugar, todos os INSPs tiveram um aumento significativo na demanda por comunicação direta com o público em geral. As pessoas procuravam informações diretamente dos INSPs em várias áreas da resposta à COVID-19, incluindo informações fidedignas sobre o vírus e sobre a sua disseminação em suas comunidades (dados fornecidos através de painéis de dados de vigilância) e diretrizes sobre como se cuidar e sobre o que fazer no contexto das restrições e considerando a redução dos serviços de saúde não-urgentes. Alguns INSPs também vêm contribuindo e sendo fontes de novos conhecimentos (pesquisa). Em muitos países, os INSPs vêm tendo um papel central no fornecimento de atualizações para a população, ao lado de políticos mais velhos.

A necessidade de comunicação para promoção da saúde para o público geral foi reforçada e escalou rapidamente em nível nacional por vários institutos membros. Mensagens de promoção da saúde vêm sendo desenvolvidas em colaboração próxima com outros departamentos dentro dos INSPs e entre os INSPs e outros órgãos de saúde em nível nacional. A maioria dos INSPs tiveram um papel ativo no acompanhamento regular do estado de saúde de suas populações e precisaram adaptar constantemente suas comunicações públicas em resposta aos achados que iam surgindo.

Em quarto lugar, em muitos países a percepção pública dos INSPs e de seu desempenho foi um reflexo da comunicação global do governo. Alguns INSPs enfrentaram desafios para obter aprovação de suas estratégias de comunicação quando havia diferenças de visão com relação ao governo. Às vezes havia diferenças entre diferentes partes do governo, que os INSPs precisavam administrar. O resultado foi que os níveis de confiança e de aceitação do público foram afetados. Estas observações acentuam a necessidade de canais claros de comunicação e de uma coordenação efetiva entre os INSPs e seus governos, idealmente com cada um trabalhando para conseguir estratégias de comunicação mutuamente alinhadas e reforçadas. Há uma oportunidade para repensar toda a abordagem às comunicações públicas em uma emergência de saúde pública, reconhecendo que os governos decidem e os INSPs agem.

Isto inclui atualizações regulares sobre dados epidemiológicos e de testagem, definição de casos e estoques de equipamento médico. Transparência é cada vez mais entendida como um fator importante para aumentar a aceitação pública das medidas introduzidas como resposta à COVID-19. Alguns INSPs estabeleceram níveis de confiança com a sua população comunicando sua incerteza e explicando os motivos pelos quais, conforme o conhecimento avança, posicionamentos científicos podem mudar.

Por fim, a importância crítica de uma comunicação de risco efetiva para a população e de assegurar apoio do público para as ações propostas em resposta à pandemia necessitaram de engajamento intenso entre todos os INSPs e a mídia. Administrar as relações com a mídia vem consumindo uma quantidade importante de tempo e de energia da parte dos INSPs, para garantir que as informações disseminadas na mídia foram precisas e para explicar as estratégias de resposta nacionais e dos INSPs. Quando estas relações eram boas, a mídia funcionava como uma ferramenta poderosa para apresentar informações ao público e conter a disseminação de “*fake news*”. No entanto, muitos INSPs não estavam preparados para a quantidade e a intensidade das abordagens que receberam das mídias e a exposição pública que acompanhou este maior interesse. Alguns INSPs, especialmente aqueles cuja responsabilidade institucional não tinha sido esclarecida, acharam este nível de atenção ameaçador.

Agora há uma oportunidade para que os INSPs desenvolvam novas competências e melhorem suas capacidades de gestão de comunicação. Isto é crucial para que estes possam fornecer aconselhamento e orientações baseados em evidências nas quais a população irá confiar. Os INSPs também precisam desenvolver planos estratégicos claros em nível nacional para comunicar seus dados, suas orientações e seus conselhos às populações e aos tomadores de decisões. Para isto, os INSPs precisarão fortalecer seus recursos de comunicação, para construir capacidades proativas.

O papel dos INSPs com relação à crescente importância de lidar com as desigualdades em saúde para responder aos impactos globais da COVID-19

Muitos INSPs chamaram a atenção para os impactos a longo prazo da COVID-19 e para a necessidade de que os INSPs e outros atores em saúde pública se concentrem muito mais em lidar com as desigualdades em saúde que foram exacerbadas durante a pandemia.

A pandemia de COVID-19 já foi chamada de sindemia¹², ou de epidemia sinérgica, um termo usado pela primeira vez em 1990 pelo antropólogo médico Merrill Singer¹³ para se referir aos problemas biológicos e sociais mais amplos que interagem com uma doença infecciosa. Estes incluem condições médicas e sociais pré-existentes que aumentam a vulnerabilidade da população a uma infecção. Isto foi exacerbado pelo fato de que estas condições frequentemente andam de mãos dadas: doenças crônicas como diabetes, obesidade, doenças cardíacas e hipertensão arterial coexistem com desigualdade social e pobreza. O argumento é que não podemos controlar completamente a infecção sem lidar com estes fatores.

Antes da pandemia de COVID-19, já havia diferenças dramáticas em termos de saúde, relacionadas a desigualdades socioeconômicas, entre países e dentro dos próprios países. Evidências globais, regionais e nacionais mostram que a COVID-19 e suas medidas de contenção exacerbaram desigualdades já existentes e expuseram novas vulnerabilidades, criando um legado socioeconômico e de saúde pública que irá permanecer por muito tempo, muito depois que aprendermos a controlar e viver com o vírus. Revelou a fragilidade dos sistemas e das capacidades relacionadas ao sub-financiamento crônico da saúde pública, da prevenção de doenças e da promoção da saúde. O impacto sobre o sustento das pessoas, especialmente aquelas mais vulneráveis da nossa sociedade, tem sido catastrófico.

Alguns INSPs já começaram a mensurar e a enfrentar as desigualdades sociais e em saúde, por exemplo, fazendo pesquisas, modelando impactos, realizando análises e publicando relatórios sobre os impactos da COVID-19 sobre o emprego, trabalho de casa, distanciamento social e bem-estar mental. Alguns destes estudos, desenvolvidos através de parcerias com a academia e com outras organizações, concluíram que os danos indiretos da COVID-19 podem ter tido um impacto mais significativo sobre a sociedade do que os efeitos propriamente ditos da doença.

Santé Publique France, por exemplo, desenvolveu um programa para lidar com a COVID-19 em populações vulneráveis na França em colaboração com pesquisadores, serviços públicos de saúde, autoridades locais de saúde, assistentes sociais, organizações não-governamentais e outras partes interessadas. Baseando-se em uma revisão rápida das evidências e experiências, seu objetivo foi desenvolver e apoiar a implementação de ações baseadas em evidências que levassem em conta o contexto social, as especificidades e a diversidade das populações vulneráveis.

Outros institutos implementaram ações diretas, desenvolvendo parcerias com a sociedade civil e dando apoio financeiro e técnico a ações emergenciais para populações vulneráveis através de doações privadas. Por exemplo, a Fundação Oswaldo Cruz (Brasil) introduziu ações sociais diretas com grupos da sociedade civil, incluindo apoio técnico e financeiro para sua sustentabilidade e expansão. Foi divulgada uma chamada pública para apoiar ações emergenciais para populações vulneráveis, durante a qual 850 projetos de diferentes regiões foram apresentados e 145 foram aprovados, financiados por doações

¹² Horton R. COVID-19 is not a pandemic. Lancet Vol 396 September 26, 2020 ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext))

¹³ Singer M, Bulled N, Ostrach B, Mendenhall E. Syndemics and the biosocial conception of health. Lancet 2017; 389: 941–50 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28271845/>)

privadas, para um total de US\$ 800.000. Segurança alimentar, comunicação em saúde, saúde mental, assistência a grupos de risco, e higiene coletiva e pessoal foram as áreas de ação identificadas.

A ameaça à saúde mental da população no longo prazo é causa de grande preocupação entre os INSPs. No contexto de fatores socioeconômicos como perda do emprego ou os efeitos do isolamento social, a pandemia de COVID-19 resultou em trauma psicológico para uma boa parte da população, impactando em modo particular os mais vulneráveis e aqueles pertencentes às comunidades mais pobres, com menos resiliência social e financeira. Os INSPs vêm mensurando incidência aumentada de depressão, distúrbios do sono e ansiedade desde o início da pandemia e das primeiras medidas de contenção implementadas. Alguns implementaram ferramentas de vigilância dedicadas à saúde mental e ao comportamento, como foi feito na França por meio de uma pesquisa populacional online com cadência mensal (COVIPREV¹⁴) que começou logo no início da pandemia (março de 2020).

Programas para lidar com as desigualdades em saúde, doenças crônicas e problemas de saúde mental deverão ser implementados para que os INSPs possam responder aos impactos mais amplos da pandemia de COVID-19. A crise vai além da doença infecciosa; representa uma ameaça significativa para o bem-estar geral da população (ver estudo de caso 6: Public Health Wales: Entendendo e respondendo aos impactos socioeconômicos da COVID-19 do ponto de vista da saúde pública). Como proteger a saúde pública e o bem-estar em seus países é um papel central dos INSPs, estes devem receber recursos e capacidades suficientes para responder às desigualdades de saúde e defender mais ações neste sentido.

ESTUDO DE CASO 6

Public Health Wales: Entendendo e respondendo aos impactos socioeconômicos da COVID-19 do ponto de vista da saúde pública

Em 2020, como parte de sua resposta à COVID-19, o Centro de Colaboração da OMS no Public Health Wales examinou os impactos socioeconômicos da COVID-19 de uma perspectiva de saúde pública, e em março de 2021 foi publicado um relatório, [*Colocando a igualdade em saúde no coração da resposta sustentável à COVID-19 e da recuperação: Construindo vidas prósperas para todos no País de Gales*](#). O relatório foi feito para informar e apoiar uma resposta e uma recuperação sustentáveis à COVID-19 no País de Gales. Reforça a compreensão de como são interdependentes o bem-estar individual e da sociedade, além da economia. O relatório faz isso aplicando uma estrutura inovadora de “cinco condições essenciais”¹ para mapear os impactos sociais, econômicos e ambientais mais amplos da COVID-19, oferecendo um quadro multifacetado das implicações sobre a igualdade em saúde e a vulnerabilidade no país. Isto inclui a análise e a síntese de evidências nacionais e internacionais, dados e inteligência, percepção e experiência públicas, modelagem de economia em saúde, resposta política e medidas de mitigação.

O relatório enfatiza a crise socioeconômica e de saúde pública causada pela pandemia de COVID-19, que exacerbou desigualdades já existentes e expôs novas vulnerabilidades. Propõe

¹⁴ CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19, 23 December 2021, Santé publique France (<https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>)

a compreensão dos impactos mais amplos e menos visíveis da COVID-19, como pobreza e privação, exclusão social, desemprego, educação, exclusão digital, moradias e condições de trabalho perigosas, violência e crime. Também evidencia o impacto desproporcional da COVID-19 sobre grupos específicos, como crianças e jovens, mulheres, trabalhadores essenciais e minorias étnicas. A necessidade de investir no bem-estar das pessoas, na igualdade em saúde e na prevenção de doenças é maior do que nunca, e requer ações coerentes em todos os setores, com o objetivo de fechar a lacuna em saúde.

A conclusão alcançada foi a de que voltar ao jeito que as coisas eram antes da pandemia não é suficiente. Uma melhor preparação para a próxima pandemia não é suficiente. Em vez disto, o relatório descreve as oportunidades para ir muito, muito mais além, se quisermos enfrentar o legado da COVID-19.

Há uma oportunidade para uma recuperação transformativa e sinérgica, acelerando a inovação, preenchendo as lacunas em saúde, educação, habitação, renda, oportunidades de emprego e redes de segurança sociais, e para assegurar o bem-estar das gerações atuais e futuras. Há uma oportunidade para prevenir futuras epidemias e crises, construindo sistemas sustentáveis e inclusivos informados por evidências, políticas e serviços que permitam ambientes e comportamentos mais saudáveis e fortaleçam a resiliência de indivíduos e das comunidades a infecções e adversidades. Para prevenir a perpetuação de crises socioeconômicas e da vulnerabilidade relacionada a tais crises, é preciso colocar a igualdade no coração da resposta e da recuperação de curto e longo prazo à COVID-19.

Ações conjuntas para mitigar os danos da COVID-19 vêm se tornando uma prioridade, e o relatório do Public Health Wales propõe construir uma Abordagem de Economia de Bem-Estar, um tipo de recuperação que equilibra saúde e bem-estar, os co-benefícios sociais, econômicos e ambientais de políticas e investimentos em vários setores para reconstruir vidas prósperas e saudáveis para todos, agora e no futuro. A intenção é fazer isto aproveitando os pontos fortes únicos do País de Gales, como por exemplo a legislação que inclui o Ato de 2015 para o Bem-Estar das Futuras Gerações (Gales)², e seu compromisso para um país mais saudável, mais igualitário e mais próspero.

¹ Organização Mundial da Saúde - Escritório Regional para a Europa. *Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report*. [Online] 2019. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/health-equity-status-report-initiative/health-equity-status-report-2019>

² Governo do País de Gales. *Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015: guidance*. [Online] 2016. Disponível em: <https://gov.wales/well-being-future-generations-wales-act-2015-guidance>

Lições fundamentais aprendidas sobre as perspectivas do desenvolvimento, fortalecimento e preparação dos INSPs para futuras crises de saúde:

- É necessário mobilizar um leque maior de especialistas e de setores na resposta, como cientistas de dados e cientistas comportamentais.
- Apesar dos dados transparentes fornecidos pelos INSPs, a percepção pública dos INSPs pode ser afetada pela clareza das comunicações governamentais em geral. A confiança e a aceitação do público com relação às estratégias de resposta à COVID-19 dependem muito da consistência das comunicações de todos os órgãos governamentais.
- As mensagens de saúde pública precisam ser curtas, claras e adaptadas para os diferentes contextos e grupos sociais. Comunicar incertezas ajuda a ganhar a confiança do público.
- Doenças crônicas e desigualdades em saúde e em saúde mental devem ser incluídas na resposta à e na recuperação da pandemia de COVID-19.
- A equidade precisa ser colocada no centro da resposta e recuperação da COVID-19 de curto e longo prazo.

CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS DE COLABORAÇÃO INTERNACIONAL ENTRE INSTITUTOS NACIONAIS DE SAÚDE PÚBLICA

Desde que os primeiros casos de COVID-19 foram relatados, os institutos nacionais de saúde pública vêm tendo um papel de protagonista na detecção e no monitoramento da disseminação do vírus SARS-CoV-2 e na resposta à pandemia e a seus impactos mais amplos sobre a saúde pública. Estes estavam na linha de frente da resposta durante o primeiro ano da pandemia, executando funções essenciais de saúde pública, incluindo vigilância epidemiológica dos casos, sequenciamento genômico para identificar e rastrear novas variantes, rastreamento de contatos, pesquisa, avaliação de intervenções, e fornecendo orientações baseadas em evidências para tomadores de decisões, além de também realizar programas de prevenção e promoção da saúde. Este papel prosseguiu em 2021 conforme a resposta migrou para a implementação, o monitoramento e a avaliação da estratégia de vacinação contra a COVID-19.

Para poder realizar estas missões essenciais, os INSPs precisaram superar múltiplos desafios, incluindo a falta de capacidades e recursos de serviços críticos, papéis mal definidos, coordenação complexa multinível e multissetorial, e requerimentos muito amplos e sofrendo mudanças rápidas com relação a comunicação profissional e pública.

O exercício de lições aprendidas pelos INSPs enfatizam o papel crítico de uma força de trabalho em saúde pública bem treinada e adequada para uma boa resposta à pandemia. Também documentou o imenso impacto que a pandemia teve sobre a saúde física e mental dos profissionais de saúde pública. Alguns INSPs tomaram iniciativas para reforçar sua força de trabalho e desenvolveram treinamentos urgentes específicos durante a pandemia, e existe uma clara necessidade de mais investimentos na próxima geração de profissionais da saúde pública e de re-treinamentos baseados nas lições aprendidas e nas novas e emergentes competências necessárias. Este relatório identifica várias áreas prioritárias compartilhadas por INSPs em todo o mundo. Instituições de saúde pública, incluindo os INSPs, também deveriam investir em um ambiente de trabalho mais resiliente, para reduzir o máximo possível o impacto ocupacional de eventos como a pandemia sobre sua força de trabalho em saúde pública.

A pandemia também apresentou muitas oportunidades para os INSPs, em um momento no qual as organizações de saúde pública foram vistas como mais vitais do que nunca. As INSPs são atores essenciais para atingir saúde e bem-estar da população, e é preciso esclarecer os mandatos de muitos institutos, investir em serviços e em pessoal, e os institutos propriamente ditos precisam demonstrar seu papel como conselheiros científicos confiáveis para o governo e para o público.

Desenvolver qualificações dentro dos INSPs, incluindo novas competências, será essencial para uma preparação e uma resposta adequadas a futuras ameaças em saúde. Estas qualificações não devem somente melhorar a habilidade dos INSPs em enfrentar emergências em saúde, mas também ajudar a lidar com os impactos de longo prazo que se originam em tais crises.

Colaboração internacional, juntamente com uma compreensão prática dos contextos nacionais, é muito importante para construir capacidade e para defender o fortalecimento de INSPs em nível global. IANPHI e seus INSPs membros precisam colaborar e se beneficiar coletivamente da experiência e dos conhecimentos adquiridos em nível regional, nacional e local.

Durante o primeiro ano da pandemia, quase todo o trabalho dos INSPs focou em responder à emergência. Isto inevitavelmente fez com que programas de saúde não relacionados à COVID-19 fossem suspensos ou postergados. O que evidencia a necessidade de que os INSPs desenvolvam planos para “preparação adaptada”, de modo que não somente estejam mais preparados para responder a grandes crises de saúde, mas também para fazê-lo sem interromper outras funções e atividades essenciais. Esta necessidade fica mais clara quando observamos os grandes impactos gerados pela pandemia e pelas restrições aplicadas em muitos países, incluindo efeitos sobre a saúde mental de adultos e crianças, o impacto gerado pela suspensão de serviços de saúde não urgentes, incluindo diagnósticos de outras doenças sendo feitos mais tarde ou não sendo feitos, efeitos sobre grupos vulneráveis, maior isolamento social, e efeitos sobre a educação infantil. Alguns INSPs implementaram programas para documentar e avaliar estes impactos, como por exemplo usando métodos de análise de impacto em saúde. Tais programas demonstraram uma ligação muito próxima entre os impactos adversos observados e as desigualdades sociais pré-existentes.

Conforme as desigualdades em saúde surgiram como um grande problema levantado durante o Exercício de Lições Aprendidas pelos INSPs, IANPHI decidiu fazer deste tópico uma das principais áreas para suas atividades em 2021. Isto vem sendo aplicado de três maneiras:

- A estratégia de IANPHI para 2021-2025 inclui o estabelecimento de um grupo temático para desenvolver as posições dos INSPs sobre respostas-chave em saúde pública, incluindo desigualdades sociais e regionais em saúde.
- O tema principal da Reunião Anual de IANPHI de 2021 (de 1 a 3 de dezembro de 2021), cuja anfitriã foi a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, Brasil), foi desigualdade em saúde. O tema foi examinado no contexto dos maiores desafios atuais em saúde pública (COVID-19 e mudanças climáticas), com foco nas ferramentas práticas e nas soluções empregadas pelos INSPs.
- A partir da Reunião Anual de IANPHI de 2021, IANPHI preparou e publicou uma Declaração sobre o Papel dos Institutos Nacionais de Saúde Pública no Enfrentamento a Desigualdades em Saúde, defendendo que os INSPs coloquem a promoção da equidade em saúde no centro do seu trabalho.

ANEXOS: LIÇÕES APRENDIDAS PELOS INSPS COM A COVID-19, ENTREVISTAS E SEMINÁRIOS

O conteúdo do relatório de IANPHI “Lições Aprendidas a partir da Resposta dos INSPs ao Surto de COVID-19 em 2020” baseia-se nos resultados da seguinte série de entrevistas e seminários virtuais.

Entrevistas bilaterais lideradas pela Secretaria de IANPHI

Public Health Wales: 5 de agosto de 2020

Public Health England: 6 de agosto de 2020

Rede IANPHI na Ásia

Debate sobre as lições aprendidas durante a COVID-19, rede IANPHI na Ásia

2 de novembro de 2020

Presidida pelo Líder Regional, Haleema Alserehi (CDC Saudita)

Participantes: Instituto de Epidemiologia, Controle de Doenças e Pesquisa (Bangladesh), Centro Chinês para Controle e Prevenção de Doenças, Instituto Nacional de Saúde do Paquistão, Centro Saudita para Controle e Prevenção de Doenças (Reino da Arábia Saudita).

Rede IANPHI na África

Entrevistas conduzidas pelo Escritório da IANPHI nos Estados Unidos e pelo Secretariado de IANPHI, com o apoio dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos

Entrevistas feitas em francês:

13 de novembro de 2020

Participantes: Instituto Nacional de Saúde Pública de Burkina Faso, Instituto Nacional de Saúde Pública da Costa do Marfim

18 de novembro de 2020

Centro Biomédico de Ruanda (RBC), Instituto Nacional de Higiene (Togo)

Entrevistas feitas em inglês:

6 de novembro de 2020

Centro de Controle de Doenças da Nigéria, Universidade do Zimbábue

10 de novembro de 2020

Instituto de Saúde Pública da Etiópia, Instituto Nacional de Doenças Transmissíveis (África do Sul), Instituto Nacional de Saúde Pública de Uganda

13 de novembro de 2020

Instituto Nacional de Saúde de Moçambique, Centro de Controle de Doenças da Nigéria, Instituto Nacional de Saúde Pública de Uganda

16 de novembro de 2020

Instituto Nacional de Doenças Transmissíveis (África do Sul)

Rede IANPHI na Europa

Seminário: IANPHI-Europa Lições aprendidas com as respostas de IANPHI Europa à COVID-19

5 de novembro de 2020

Apresentado pelo Secretariado de IANPHI e presidido pelo Presidente Regional, Quentin Sandifer (Public Health Wales)

Apresentações de:

Instituto Nacional para o Desenvolvimento em Saúde da Estônia, Santé Publique França, Instituto Robert Koch (Alemanha), Centro de Controle de Doenças de Israel, Instituto Nacional de Saúde Pública da Itália, Public Health Wales

Seguidas de debates abertos com membros de IANPHI Europa e com organizações parceiras

Rede Latino-Americana de IANPHI

Série de encontros: Lições aprendidas com as respostas de IANPHI América Latina à COVID-19

Apresentado e presidido pelo Presidente Regional, Felix Rosenberg (Fiocruz, Brasil)

Encontro 1, 14 de setembro de 2020

Apresentações de:

Administração Nacional de Laboratórios e Institutos de Saúde (ANLIS, Argentina), Instituto Nacional de Laboratórios de Saúde (INLASA, Bolívia), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, Brasil), Instituto Nacional de Saúde da Colômbia, Instituto Nacional de Pesquisa em Saúde Pública do Equador, Laboratório Central de Saúde Pública do Paraguai (convidado), Instituto Nacional de Saúde do Peru

Encontro 2, 21 de setembro de 2020

Apresentações de:

Agência Caribenha de Saúde Pública (CARPHA), Instituto Nacional de Saúde de El Salvador, Instituto Nacional de Saúde Pública do México, Diretoria Geral para Saúde do Uruguai (convidada)

Seminário global

Sessão da Reunião Anual de IANPHI em 2020, “Lições aprendidas com as respostas de IANPHI à pandemia de COVID-19”

Virtual, apresentada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, Brasil), pelo Secretariado de IANPHI e pelo Escritório de IANPHI nos Estados Unidos

Presidida por: Quentin Sandifer (Public Health Wales), Claudia Perandones (ANLIS, Argentina), Silvio Brusaferrero (Instituto Nacional de Saúde, Itália)

Apresentações de:

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, Brasil), Instituto Nacional de Saúde da Colômbia, Public Health England, Centro Saudita para Controle e Prevenção de Doenças (Reino da Arábia Saudita), Public Health Wales

Seguida de debate aberto com delegados na Reunião Anual

IANPHI agradece a todos os INSPs que contribuíram para este relatório:

Administração de Laboratórios Nacionais e Institutos de Saúde (ANLIS, Argentina), Instituto de Epidemiologia, Controle de Doenças e Pesquisa (Bangladesh), Instituto Nacional de Laboratórios de Saúde (INLASA, Bolívia), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, Brasil), Instituto Nacional de Saúde Pública de Burkina Faso, Agência Caribenha de Saúde Pública (CARPHA), Centro Chinês para Controle e Prevenção de Doenças, Instituto Nacional de Saúde da Colômbia, Instituto Nacional de Saúde Pública da Costa do Marfim, Instituto Nacional de Pesquisa em Saúde Pública do Equador, Instituto Nacional de Saúde de El Salvador, Instituto Nacional para o Desenvolvimento em Saúde da Estônia, Instituto de Saúde Pública da Etiópia, Santé Publique França, Instituto Robert Koch (Alemanha), Centro de Controle de Doenças de Israel, Instituto Nacional de Saúde da Itália, Instituto Nacional de Saúde Pública do México, Instituto Nacional de Saúde de Moçambique, Centro de Controle de Doenças da Nigéria, Instituto Nacional de Saúde do Paquistão, Laboratório Central de Saúde Pública do Paraguai, Instituto Nacional de Saúde do Peru, Centro Biomédico de Ruanda (RBC), Centro Saudita para Controle e Prevenção de Doenças (Reino da Arábia Saudita), Instituto Nacional de Doenças Transmissíveis (África do Sul), Instituto Nacional de Higiene (Togo), Instituto Nacional de Saúde Pública de Uganda, Agência de Segurança em Saúde do Reino Unido (UKHSA, antiga Public Health England), Diretoria Geral de Saúde do Uruguai, Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, Public Health Wales, Universidade do Zimbábue.

O relatório foi escrito por Louise Rigal (Secretariado de IANPHI), Jean-Claude Desenclos (Secretariado de IANPHI, Santé Publique França) e Quentin Sandifer (Conselheiro Estratégico de IANPHI).

IANPHI expressa sua sincera gratidão à Fundação Oswaldo Cruz- Brasil; a Saúde Pública, Agência de Saúde Pública do Canadá e o Instituto Nacional de Saúde Pública - México, pela tradução deste relatório em português, francês e espanhol.