

CONSIDERAÇÕES SOBRE AJUSTES DAS MEDIDAS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL E MEDIDAS RELATIVAS A VIAGENS NO CONTEXTO DA RESPOSTA À PANDEMIA DE COVID-19

24 de abril de 2020

1 | PREÂMBULO

Na medida em que a pandemia de COVID-19 evolui, este documento serve como complemento ao documento da OPAS *Considerations on social distancing and travel related measures in the context of the response to COVID-19 pandemic*, distribuído aos Escritórios Nacionais da OPAS/OMS em 3 de abril de 2020, e já disponível no *site* OPAS COVID-19.¹ Além disso, este documento também complementa os dois documentos da OMS enumerados abaixo:

- *COVID-19 Strategy update*,² que define os objetivos estratégicos da resposta à pandemia COVID-19: (i) Mobilização de todo o governo e comunidades; (ii) Controle de casos esporádicos e *clusters* e prevenção da transmissão comunitária com detecção, isolamento e tratamento rápido dos casos, além de identificação, quarentena e atendimento às necessidades dos contatos; (iii) Supressão da transmissão comunitária com medidas não farmacológicas;³ (iv) Redução da mortalidade com oferta de cuidados clínicos apropriados aos casos, garantindo a continuidade de serviços essenciais sociais e de saúde; (v) Desenvolvimento de vacinas e terapias seguras e eficazes, que possam ser administradas em grande escala e sejam acessíveis com base nas necessidades.
- *Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19*,⁴ que reitera os quatro cenários de transmissão que caracterizam a pandemia até o momento,⁵ e prevê que, com base nas evidências atuais, a evolução epidemiológica mais plausível da pandemia nos próximos meses envolveria ondas epidêmicas recorrentes intercaladas com períodos de baixo nível de transmissão, incluindo também diferentes cenários de transmissão ocorrendo simultaneamente em áreas não contíguas dentro de um mesmo país. Portanto, principalmente na ausência de vacinas e tratamentos específicos que sejam seguros e eficazes, a implementação de medidas de distanciamento social e medidas relativas a viagens (aqui também denominadas “medidas”) pode exigir ajustes, em ambas as direções (endurecimento ou afrouxamento), considerando-se o seguinte: (i) A epidemiologia e, particularmente, a velocidade de propagação do vírus SARS-CoV-2, agente causador da COVID-19. Estas devem ser mantidas em um nível em que os novos casos não excedam a capacidade dos serviços de saúde e, idealmente, em um nível de casos esporádicos e *clusters*, sendo todos originários de contatos conhecidos ou importações; (ii) A capacidade do sistema de saúde (serviços de saúde pública e de assistência à

¹ Considerations on social distancing and travel related measures in the context of the response to COVID-19 pandemic, PAHO, 3 April 2020, <https://www.paho.org/en/documents/considerations-social-distancing-and-travel-related-measures> [Acesso em 20 de abril de 2020]

² COVID-19 Strategy update, WHO, 14 April 2020, https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020.pdf?sfvrsn=29da3ba0_6 [Acesso em 20 de abril de 2020]

³ Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza, WHO, 2019, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329438/9789241516839-eng.pdf?ua=1> [Acesso em 20 de abril de 2020]

⁴ Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331773/WHO-2019-nCoV-Adjusting_PH_measures-2020.1-eng.pdf [Acesso em 20 de abril de 2020]

⁵ Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19, WHO, 22 March 2020, <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1272587/retrieve> [Acesso em 20 de abril de 2020]. **Cenários de transmissão:** 1. Países sem nenhum caso (**Sem casos**); 2. Países com 1 ou mais casos, importados ou detectados localmente (**Casos esporádicos**); 3. Países com *clusters* de casos com base em tempo, localização geográfica ou exposição comum (**Clusters de casos**); 4. Países com surtos maiores de transmissão local (**Transmissão comunitária**).

saúde), em termos de mão-de-obra, infraestrutura e tecnologia para detectar, isolar e tratar os casos de qualquer gravidade, bem como identificar, colocar em quarentena e atender às necessidades dos respectivos contatos para quebrar as cadeias de transmissão; (iii) Os riscos de amplificação da transmissão do vírus SARS-CoV-2 em ambientes de alta vulnerabilidade; (iv) A existência de medidas preventivas em locais de trabalho; (v) Considerando-se a situação epidemiológica local, nacional e internacional, bem como a saturação dos serviços de saúde em um determinado momento, a capacidade de minimizar a exportação e a importação de casos, inclusive por meio de ações nos pontos de entrada; (vi) O nível de engajamento da comunidade na aceitação e adesão aos ajustes nas medidas, em uma ou outra direção.

Este documento também se alinha à publicação *An overview of current social distancing measures and required evidence for determining optimal time for relaxing such measures*, apresentado na reunião de Ministros da Saúde sobre a resposta à pandemia da COVID-19, organizada pela Secretaria da OPAS em 14 e 15 de abril de 2020.⁶

2 | Objetivo

O impacto socioeconômico negativo, real ou potencial, determinado pela adoção de medidas severas de distanciamento social e medidas relativas a viagens, traduz-se em pressão crescente sobre os líderes nacionais por uma transição para medidas menos rigorosas, que permitam alguma recuperação da economia, sem implicar uma evolução drástica da pandemia. Por isso, este documento visa oferecer às autoridades nacionais, em todos os setores governamentais, uma base para o processo de tomada de decisão nos próximos meses, em relação ao ajuste das medidas de distanciamento social e medidas relativas a viagens (estritamente interligadas), sem que se anulem os esforços e sacrifícios exigidos até agora.

3 | Justificativa

A justificativa de saúde pública para a adoção de medidas de distanciamento social consiste em minimizar a oportunidade de exposição a indivíduos infectados pelo vírus SARS-CoV-2, reduzindo assim o número de casos, inclusive os óbitos; reduzindo a carga sobre os serviços de saúde, evitando que a capacidade do sistema se exceda e uma crise de saúde ainda maior se instale; e achatando a curva epidêmica, permitindo que se ganhe tempo até que medidas farmacológicas específicas estejam disponíveis. A justificativa de saúde pública para a adoção de medidas relativas a viagens consiste em limitar, ou evitar, a introdução de novos casos adicionais de COVID-19, o que aumentaria a carga sobre a capacidade já limitada dos serviços de saúde (recursos humanos, tecnologias de saúde, infraestruturas físicas).

Exceto por um número limitado de países na América do Norte, América Central e América do Sul,⁷ nos quais, em algumas áreas, a velocidade atual de propagação da COVID-19 é alta, os demais países das Américas, graças à implementação oportuna de medidas (pela promulgação de instrumentos jurídicos prevendo proteção financeira e fiscal para atendimento a necessidades essenciais e manutenção de serviços essenciais) conforme a pandemia se alastrava, apresentam cenários de transmissão que permitem que os serviços de saúde operem dentro de sua capacidade. Portanto, manter o nível atual de transmissão e, possivelmente, desacelerá-lo ainda mais, deve ser o objetivo geral dos atuais esforços nacionais de resposta.

⁶ An overview of current social distancing measures and required evidence for determining optimal time for relaxing such measures, PAHO, 10 April 2020, <https://www.paho.org/en/documents/overview-current-social-distancing-measures> [Acesso em 20 de abril de 2020].

⁷ Consulte o Mapa Interativo no site da OPAS COVID-19 em <https://www.paho.org/en/topics/coronavirus-infections/coronavirus-disease-covid-19>.

A efetividade das duas medidas, implementadas individualmente ou como um pacote, na redução da velocidade de propagação do vírus SARS-CoV-2 e da mortalidade relacionada não pode ser quantificada. Mesmo assim, ela pode ser inferida de observações empíricas em países com diferentes cenários de transmissão.⁸ Essas observações são condizentes e corroboradas por modelos matemáticos.

4 | Princípios

- Medidas individuais de distanciamento social – isolamento de casos e quarentena de respectivos contatos – são recomendadas independentemente do cenário de transmissão vivenciado. O esgotamento da capacidade tanto dos serviços de saúde pública, quanto de assistência à saúde é visto como a única limitação capaz de impedir a implementação dessas medidas.
- A qualquer momento, dependendo do cenário de transmissão observado, as medidas de distanciamento social e medidas relativas a viagens podem ser ajustadas em ambas as direções – de endurecimento ou afrouxamento.
 - Embora as diferentes medidas estejam interligadas, em geral, as medidas mais bem aceitas, mais viáveis em termos operacionais, e com menos consequências negativas poderiam ser as primeiras a serem introduzidas e as últimas a serem descontinuadas.
 - A determinação de um cenário de transmissão com uma velocidade mais alta de propagação do vírus SARS-CoV-2 exige a implementação ou reinstauração imediata de medidas mais severas, por um período recomendado de dois a três meses. O endurecimento das medidas pode variar do estabelecimento de um cordão sanitário em torno de áreas bem circunscritas que apresentem *clusters* de casos, até um *lockdown* no país inteiro.
 - A estabilização da velocidade de propagação do vírus SARS-CoV-2 dentro da capacidade dos serviços de saúde permite que as medidas implementadas sejam menos rigorosas ou em menor número de cada vez. A experiência em países europeus indica que o processo de afrouxamento das medidas é, em muitos aspectos, mais complexo que o endurecimento delas, e por isso deve ser gradual, priorizado e planejado. Idealmente, cada etapa do processo de afrouxamento deve se estender por pelo menos 14 dias, permitindo a identificação de alterações epidemiológicas em um tempo correspondente a pelo menos um período máximo de incubação.
 - Diferentes cenários de transmissão, principalmente em países de grandes dimensões,⁹ podem se apresentar simultaneamente, em áreas geográficas não contíguas. Embora o ajuste das medidas comunitárias de distanciamento social aplicadas a áreas geográficas circunscritas (p.ex. ao segundo nível administrativo subnacional) seja desejável, a experiência dos países europeus evidencia os desafios operacionais e outras dificuldades de comunicação na tentativa de se implementarem medidas comunitárias de distanciamento social com diferenciação por geografia. Portanto, no geral, a implementação de medidas em todo o território de um país ou, em países de grandes dimensões, no território do primeiro nível subnacional, deve ser guiada pelo cenário com a velocidade mais alta de transmissão do vírus SARS-CoV-2.

⁸ Johns Hopkins University, Coronavirus Resource Centre, Has the curve flattened?, <https://coronavirus.jhu.edu/data/new-cases>. [Acesso em 20 de abril de 2020]

⁹ Para os fins deste documento, Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, México, Peru e Estados Unidos são considerados países de grande dimensão.

- Em resposta ao surgimento do vírus SARS-CoV-2, as primeiras medidas adotadas pelos países das Américas foram as relativas a viagens, sendo que, quando da elaboração deste documento, 33 dos 35 países da região haviam implementado tais medidas. Embora os pontos de entrada devam permanecer operacionais para a garantia de cadeias globais de abastecimento, o que, por extensão, implica que tripulações de transporte de cargas sejam mobilizadas como trabalhadores essenciais para esse fim, a reabertura do tráfego não essencial deve ser cuidadosamente ponderada com base na capacidade do país de administrar o ônus adicional sobre os serviços de saúde pública e assistência à saúde que pode vir a ser gerada por casos importados. Considerando-se que, na data de elaboração deste documento, (i) o padrão de excreção viral, por diferentes rotas, de indivíduos infectados ou clinicamente recuperados ainda não foi completamente elucidado; (ii) a presença do vírus só pode ser detectada por ferramentas de diagnóstico molecular (ex. PCR); (iii) a presença de anticorpos contra o SARS-CoV-2 não exclui a possibilidade de ainda haver excreção viral; (iv) não há evidências de que a presença de anticorpos contra o vírus SARS-CoV-2 confere proteção contra reinfeção; (v) os testes atualmente disponíveis para detecção de anticorpos têm o problema adicional da baixa sensibilidade; (vi) os viajantes podem contrair a infecção durante a viagem, a decisão de se voltar a permitir viagens não essenciais mediante apresentação de documentos portados pelo viajante e emitidos no país de origem com base em exames laboratoriais não é recomendada (p. ex. “passaporte imunológico”). Embora a probabilidade de exportação/importação de casos não possa ser eliminada em caso de retomada das viagens internacionais, o risco pode ser administrado com base no(s) cenário(s) de transmissão do país de destino, do país de origem e dos países de trânsito, sendo a decisão de se voltar a permitir a entrada de viajantes internacionais baseada, em última análise, na capacidade dos serviços de saúde pública e assistência à saúde do país de destino.
- Não há uma única solução no processo de tomada de decisão para o ajuste de medidas de distanciamento social e medidas relativas a viagens, e o melhor momento para esse ajuste. Em última análise, os princípios gerais para qualquer tomada de decisão dependem de (i) disponibilidade de dados precisos e capacidade para analisá-los e contextualizá-los; (ii) habilidade de se chegar a um delicado equilíbrio entre a desaceleração da transmissão para que não se exceda a capacidade operacional dos serviços de saúde e a minimização do risco de danos socioeconômicos críticos, maximizando-se os benefícios para a saúde e minimizando-se as consequências socioeconômicas.

5 | Elementos críticos

A análise reiterativa dos elementos enumerados abaixo é indispensável para o embasamento de qualquer processo de tomada de decisão sobre o ajuste das medidas. Esse processo deve, idealmente, ser pautado por uma abordagem com envolvimento de todo o governo, consenso político entre as diferentes partes, bem como consenso em todos os níveis administrativos. Na medida do possível, o processo deve envolver representantes de toda a sociedade (p. ex. associações profissionais, líderes locais etc.). Para isso, devem ser definidos e documentados os mecanismos institucionais de consulta que sustentam o processo de tomada de decisão. Para fins de referência, responsabilização e revisões após a implementação de ações, o processo analítico de qualquer decisão considerada e/ou tomada deve ser documentado formalmente pelas autoridades governamentais competentes, e as decisões devem ser devidamente comunicadas ao público. Quando os valores numéricos são incluídos no indicador, não devem ser interpretados como pontos de corte absolutos, mas como referência ou orientação para auxiliar na avaliação do elemento crítico.

Dados/informações

- Dados precisos, detalhados e atualizados são cruciais para minimizar o risco de decisões – principalmente em relação à redução das medidas – baseadas em pressupostos incorretos ou informações incompletas que possam piorar ou antecipar a propagação e o impacto do vírus SARS-CoV-2 na saúde. **Esses dados referem-se a ambientes de alta vulnerabilidade, serviços de saúde pública, serviços de saúde, engajamento da comunidade, economia.** A disponibilidade desses dados, inclusive em termos de prazo e grau de análise, é considerada, em si, um reflexo diretamente proporcional à capacidade de resposta real e prospectiva dos serviços de saúde pública e assistência à saúde de um país. Como consequência, a disponibilidade limitada de dados e informações demanda um grau maior de cautela caso se esteja considerando um afrouxamento das medidas.

Indicador:

- Existência de um inventário/lista de fontes de dados necessárias para gerar os indicadores mencionados nos parágrafos a seguir. O critério utilizado para os títulos dos indicadores abaixo representa apenas uma tentativa de classificação de acordo com a fonte primária de dados mais provável, que pode variar de país para país.

Populações de alto risco e/ou populações em ambientes de alta vulnerabilidade

- A proteção de populações de alto risco e/ou das populações em ambientes de alta vulnerabilidade que promovam a amplificação da transmissão do vírus SARS-CoV-2, como idosos em casas de repouso; pessoas com deficiências e pacientes psiquiátricos em instituições de cuidados de longa duração; população carente em abrigos; migrantes ilegais em centros de detenção; detentos em penitenciárias e outros estabelecimentos correcionais; refugiados em campos.

Indicadores:

- Existência de um inventário/lista de ambientes de alta vulnerabilidade.
- Existência de esquemas *ad hoc* de vigilância, preferencialmente ativos, (contemplando casos e óbitos) para ambientes de alta vulnerabilidade, e dados coletados passiva ou ativamente, a cada semana, contemplando no mínimo 90% dos ambientes de alta vulnerabilidade presentes na lista.
- Existência de esquemas *ad hoc* de exames laboratoriais com base em diagnóstico molecular, para visitantes e trabalhadores de ambientes de alta vulnerabilidade.
- Existência de auditorias e esquemas de supervisão para ambientes de alta vulnerabilidade, focados no atendimento de exigências de vigilância, práticas de prevenção e controle de infecções e medidas ambientais

Serviços de saúde pública

- A geração de dados de serviços de saúde pública pressupõe a existência de um ou mais esquemas de vigilância – baseados em dados epidemiológicos e dados laboratoriais moleculares; com suporte de recursos humanos e ferramentas de gestão da informação – que permitam o monitoramento da evolução da velocidade de propagação do vírus SARS-CoV-2 ou da COVID-19 em todo o território nacional,

bem como a detecção oportuna de padrões de transmissão em nível local indicativos de altas taxas de propagação do vírus SARS-CoV-2. Além disso, como o processo de tomada de decisão para ajuste das medidas relativas a viagens talvez precise ser contextualizado, levando-se em conta os cenários de transmissão em países em uma sub-região ou região e no mundo, é necessário que se tenha acesso a essas informações.

Indicadores:

Relativos a vigilância e exames laboratoriais

- Existência de protocolos documentados que sustentem o(s) esquema(s) de vigilância para SARS-CoV-2 e/ou COVID-19 (p. ex. vigilância *ad hoc* para COVID-19, vigilância geral para IRAG, vigilância sentinela para IRAG, vigilância sentinela para síndrome gripal, etc.).
- O **número de reprodução efetivo (R_t)** é um indicador de transmissibilidade em qualquer momento no tempo e no contexto de uma população considerada não completamente suscetível. Valores de $R_t < 1$ indicam que a propagação do agente infeccioso, o vírus SARS-CoV-2 neste caso, está sob controle. O monitoramento da evolução de R_t no tempo é o melhor indicador da velocidade de propagação do vírus SARS-CoV-2 e das respectivas tendências. **Valores de $R_t < 1$, bem como uma tendência de queda para R_t , ao longo de 14 dias, em direção a 1, justificariam o início de um processo de redução prospectiva das medidas.**
- No entanto, o processo de cálculo e interpretação de R_t depende de modelos matemáticos, baseados em premissas robustas e, sobretudo, em dados confiáveis gerados por esquemas de vigilância estabelecidos em um determinado país.¹⁰ Dúvidas sobre a robustez do modelo matemático ou a confiabilidade dos dados de vigilância usados para cálculo de R_t justificariam o uso dos indicadores listados abaixo no processo de tomada de decisão para redução de medidas de distanciamento social em toda a comunidade.
- Queda contínua, por um período de pelo menos 14 dias, da incidência de casos confirmados ou casos prováveis¹¹, contanto que, durante esse período, os esquemas de vigilância e amostragem não sofram nenhuma alteração, ou a estratégia de amostragem seja estendida a uma proporção maior da população.
- Aumento contínuo, por no mínimo 14 dias, da proporção de casos confirmados e prováveis para os quais se realiza rastreamento de contatos.

¹⁰ Apoio e assistência a esse respeito podem ser obtidos junto à Secretaria da OPAS.

¹¹ Global Surveillance for human infection with coronavirus disease (COVID-19), WHO, 20 March 2020, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331506/WHO-2019-nCoV-SurveillanceGuidance-2020.6-eng.pdf> [Accessed on 20 April 2020]

Caso suspeito: A. Um paciente com doença respiratória aguda (febre e ao menos um sinal/sintoma de doença respiratória, por exemplo, tosse, dificuldade respiratória), e histórico de viagem ou residência em um lugar com transmissão comunitária de COVID-19 durante os 14 dias prévios ao início dos sintomas; OU Um paciente com alguma doença respiratória aguda E que tenha estado em contato com um caso de COVID-19 confirmado ou provável (ver definição de contato) nos últimos 14 dias antes do início dos sintomas; OU Um paciente com doença respiratória aguda grave (febre e ao menos um sinal/sintoma de doença respiratória, por exemplo, tosse, dificuldade respiratória; E que precise de hospitalização) E na ausência de um diagnóstico alternativo que explique completamente a apresentação clínica.

Caso provável: A. Um caso suspeito para o qual os testes para o vírus COVID-19 não são conclusivos. OU

B. Um caso suspeito para o qual os testes não puderam ser realizados. Caso confirmado: uma pessoa com confirmação de laboratório de infecção por COVID-19, independentemente dos sinais e sintomas clínicos.

- Queda contínua, por no mínimo 14 dias, da proporção de casos confirmados e prováveis que não puderam ser vinculados a nenhuma cadeia de transmissão conhecida. Isso equivale a um aumento contínuo na proporção de casos que puderam ser vinculados a uma cadeia de transmissão conhecida.
- Queda contínua, por no mínimo 14 dias, do número de óbitos entre casos confirmados e casos prováveis, contanto que, durante o período, os esquemas de vigilância e amostragem não sofram nenhuma alteração, ou a estratégia de amostragem seja estendida para uma proporção maior da população.
- Queda contínua, por no mínimo 14 dias, de mortalidade excessiva atribuível à COVID-19.
- Proporção de amostras obtidas no esquema de vigilância sentinela para síndrome gripal e positivas para SARS-CoV-2 em testes moleculares abaixo de 5%, em um período maior que 14 dias.

Capacidade relacionada (interprete-se não apenas em termos da capacidade atual, mas também capacidade prospectiva)

- Existência de uma estratégia documentada e ações operacionais relativas ao esquema de amostragem e testes moleculares para o vírus SARS-CoV-2.
- Existência de uma estratégia documentada e ações operacionais para rastreamento de contatos em diferentes cenários de transmissão.
- Aumento contínuo na proporção de casos confirmados e prováveis, que estão isolados em instituições de saúde ou locais de assistência. Essa proporção deve atingir idealmente 100%, e se manter por um período indefinido.
- Em cenários de transmissão que permitam realizar o rastreamento de contatos, desde que as extensas iniciativas para identificação de contatos de casos confirmados e prováveis sejam garantidas, levaria a um aumento contínuo na proporção de contatos identificados, com cumprimento documentado da quarentena de 14 dias. Essa proporção deve idealmente atingir 100% e se manter por um período indefinido.
- Aumento contínuo na proporção de casos suspeitos,¹² naquelas amostras que são submetidas a testes moleculares diagnósticos para infecção pelo vírus SARS-CoV-2.
- Existência de protocolos detalhados de medidas de saúde pública a serem implementadas nos pontos de entrada. Toda e qualquer decisão em relação à retomada de viagens não essenciais deve ser pautada por esses protocolos e estará sujeita à reconsideração sistemática, considerando-se a evolução global da pandemia de COVID-19. Deve-se considerar, de forma bastante minuciosa, os critérios de saúde pública e as implicações operacionais relacionados à retomada de tráfego de navios de cruzeiros.

Serviços de saúde

- A geração de dados de serviços de saúde pressupõe a existência de ferramentas de gestão da informação que permitam monitorar a saturação dos serviços de saúde tanto para tratamento da COVID-19 quanto de outras patologias, para que essa capacidade não seja excedida (o que resultaria não apenas

na aceleração da transmissão do SARS-CoV-2 mas também em mortalidade excessiva por COVID-19 e outras patologias não tratadas) e para que se preste assistência nos padrões de saúde pretendidos, incluindo adesão a práticas de prevenção e controle de infecções (sem as quais pode haver falta de profissionais da saúde, principalmente em decorrência da COVID-19). Portanto, é essencial que a tomada de decisão relativa ao ajuste das medidas priorize a proteção dos serviços de saúde e dos profissionais da saúde.

Indicadores:

Relativos a sistemas da informação

- A proporção da capacidade de rotina dos serviços de saúde usada em todo o país, informada diariamente, incluindo infraestrutura física (principalmente o número de leitos convencionais e de UTI); recursos humanos; tecnologias de saúde (incluindo dispositivos médicos, medicamentos e outros consumíveis tais como EPIs).
- Locais alternativos de cuidados, estabelecidos para aumentar a capacidade dos serviços de saúde em resposta à COVID-19, que permaneceram não utilizados, de forma contínua, por, no mínimo, 7 dias.
- Queda contínua, por no mínimo 14 dias, de internações em UTI atribuíveis à COVID-19.
- Serviços de saúde de rotina operando a no máximo 75% de sua capacidade por no mínimo 7 dias. Isso é essencial para garantir que os serviços de saúde possam absorver um possível aumento no número de casos de COVID-19 com necessidade de internação hospitalar, bem como a fila de intervenções que possam ter sido postergadas devido à pandemia de COVID-19.
- Queda contínua, por no mínimo 14 dias, nos casos confirmados e prováveis entre profissionais da saúde.

Capacidade relacionada (interprete-se não apenas em termos da capacidade atual, mas também capacidade prospectiva)

- Existência de uma estratégia nacional documentada e ações operacionais, incluindo mecanismos de encaminhamento, para escalonamento e descalonamento da capacidade dos serviços de saúde para atendimento de necessidades relativas à COVID-19.
- Existência de esquemas *ad hoc* de exames laboratoriais, baseados em diagnóstico molecular, para profissionais da saúde.

Engajamento da comunidade

- Tradições locais, contexto cultural, contexto político e crenças religiosas podem influenciar na aceitação e adesão a medidas comunitárias, afetando, portanto, o impacto pretendido e esperado dessas medidas na velocidade de propagação do SARS-CoV-2. Recomenda-se o engajamento proativo dos grupos sociais interessados no processo de tomada de decisão para garantir que diferentes necessidades sociais sejam levadas em consideração, garantindo-se assim uma boa aceitação e adesão às medidas, e reduzindo a possibilidade de mal-estar social.

Indicadores:

- Pesquisas sistemáticas na comunidade (p. ex. com mecanismos de votação) para avaliar a aceitação de medidas atuais e prospectivas. Resultados indicando que 75% ou mais da comunidade apoiam alguma medida ou pacote de medidas podem ser interpretados como expressão de apoio.
- Além dos dados específicos de cada país, disponíveis e sistematicamente atualizados pela Google (*COVID-19 Community Mobility Reports*, disponíveis em: <https://www.google.com/covid19/mobility/>), dados agregados de adesão às medidas implementadas podem ser obtidos em acordo com operadoras de telefonia móvel e provedores de Internet.

Economia

- O monitoramento e a previsão das implicações econômicas da implementação ou ajuste das medidas fazem-se necessários porque um impacto negativo na economia poderia alcançar um limite crítico, além do qual o aumento de inequidades e da pobreza pode dificultar muito o processo de recuperação e minar criticamente a situação fiscal nacional, afetando a capacidade de financiamento do sistema de saúde e de outras funções governamentais essenciais.

Indicadores

- Embora o escopo do trabalho da Secretaria da OPAS não contemple diretamente essa área, durante a tomada de decisão para ajuste das medidas, deve-se considerar a possibilidade de redução no PIB, aumento do déficit fiscal, aumento do desemprego e aumento da pobreza. Sendo assim, avaliações nacionais ou internacionais (p. ex. CEPAL, OCDE, FMI) podem ser recomendáveis.

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2020.

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

Número de referência: OPAS/BRA/Covid-19/20-039