

Vigilância de Saúde Pública para COVID-19

Orientação provisória

7 de agosto de 2020



Retrospectiva

Este documento resume as orientações atuais da OMS para a vigilância em saúde pública da doença do coronavírus 2019 (COVID-19) em humanos causada pela infecção pelo coronavírus 2 (SARS-CoV-2) da síndrome respiratória aguda grave. Esta orientação combina e substitui dois documentos anteriores: [Orientação de vigilância global para COVID-19 causada por infecção humana com vírus COVID-19](#); [Orientação provisória](#) e [Orientação provisória e estratégias de vigilância para infecção humana por COVID-19: Orientação provisória de 10 de maio de 2020](#).

Este documento deve ser lido em conjunto com a orientação da OMS sobre [atividades de preparação, prontidão e resposta](#), e [rastreamento de contatos](#) para COVID-19.

Informações atualizadas e outras orientações sobre COVID-19 podem ser encontradas no [site da OMS COVID-19](#).

O que há de novo nesta versão:

- Revisão da definição de casos suspeitos e prováveis para integrar maior conhecimento sobre o espectro clínico dos sinais e sintomas da COVID-19 e considerar as situações em que o teste não está disponível para todos.
- Abordagens atualizadas para vigilância, incluindo vigilância ambiental e sorológica para SARS-CoV-2.
- Revisão das variáveis incluídas na vigilância semanal para que se adequem à nova definição de caso e objetivos de vigilância (ou seja, inclusão de casos prováveis, casos de profissionais de saúde e grupos de idade atualizados para notificação de casos e mortes).
- Informações sobre a importância da coleta de metadados para a análise e interpretação dos dados de vigilância.
- Recomendações para encerrar a notificação baseada em casos para vigilância global e substituí-la por notificação agregada.

Objetivo deste documento

Este documento fornece orientação aos Estados Membros sobre a implementação da vigilância para COVID-19 e as exigências de notificação à OMS.

Definições para vigilância

1. Definições de casos

As definições de casos suspeitos e prováveis abaixo foram revisadas de modo a levar em conta as evidências atualizadas sobre os sintomas mais comuns ou preditivos e os sinais clínicos e radiográficos presentes na COVID-19, bem como a dinâmica de transmissão conhecida. A definição de caso atual integra conhecimentos recentes sobre os sinais e sintomas de COVID-19 a partir de:

- Publicações que descrevem o espectro clínico da COVID-19 em pacientes hospitalizados (por exemplo, Guan 2020, Menni 2020) e não hospitalizados (por exemplo, Spinato 2020; Tostamnn 2020, Struyf 2020) com COVID-19 e a publicação da OMS sobre [Manejo clínico da COVID-19](#).
- Análise feita pela OMS e parceiros da sensibilidade, especificidade e valor preditivo da maioria dos sinais e sintomas descritos usando dados de vigilância.
- Consultas especializadas a médicos, radiologistas e cientistas laboratoriais conectados a redes globais de especialistas que apoiaram a validação da definição.

Os países podem precisar adaptar as definições de caso de COVID-19, dependendo de sua situação epidemiológica local e de outros fatores. Todos os países são encorajados a publicar definições adaptadas *online* e em relatórios de situação regulares e a documentar atualizações periódicas das definições que possam afetar a interpretação dos dados de vigilância.

Caso suspeito de COVID-19 (duas definições de caso suspeito A ou B):**A. Pessoa que preenche os critérios clínicos E epidemiológicos:**Critérios clínicos:

1. Febre de início agudo E tosse;

OU

2. Início agudo de TRÊS OU MAIS DE QUAISQUER dos seguintes sinais ou sintomas: febre, tosse, fraqueza/fadiga geral¹, cefaleia, mialgia, dor de garganta, coriza, dispneia, anorexia/náusea/vômito, diarreia, estado mental alterado.

ECritérios epidemiológicos:

1. Residir ou trabalhar em uma área com alto risco de transmissão do vírus: por exemplo, ambientes residenciais fechados e ambientes humanitários, como acampamentos e ambientes semelhantes a acampamentos para pessoas deslocadas, a qualquer momento nos 14 dias anteriores ao início dos sintomas;

OU

2. Residir ou viajar para uma área com transmissão comunitária² a qualquer momento nos 14 dias anteriores ao início dos sintomas;

OU

3. Trabalhar em ambiente de saúde, incluindo unidades de saúde e domicílios, a qualquer momento nos 14 dias anteriores ao início dos sintomas.

B. Paciente com doença respiratória aguda grave (SRAG: síndrome respiratória aguda grave com história de febre ou febre medida ≥ 38 °C; e tosse; com início nos últimos 10 dias; e que necessita de hospitalização).**Caso provável de COVID-19:****A. Paciente que preenche os critérios clínicos acima E é um contato de um caso provável ou confirmado, ou epidemiologicamente vinculado a um grupo de casos em que tenha havido pelo menos um caso confirmado identificado.****B. Um caso suspeito (descrito acima) com exame de imagem de tórax mostrando achados sugestivos de COVID-19***

* Os achados de exame de imagem de tórax tipicamente sugestivos de COVID-19 incluem o seguinte (Manna 2020):

- radiografia de tórax: opacidades algodonosas, geralmente de morfologia arredondada, com distribuição pulmonar periférica e inferior;
- TC de tórax: múltiplas opacidades em vidro fosco bilaterais, frequentemente de morfologia arredondada, com distribuição pulmonar periférica e inferior;
- ultrassonografia pulmonar: linhas pleurais espessadas, linhas B (multifocais, discretas ou confluentes), padrões de consolidação com ou sem broncogramas aéreos.

C. Pessoa com início recente de anosmia (perda do olfato) ou ageusia (perda do paladar) na ausência de qualquer outra causa identificada.**D. Morte, não explicada de outra forma, em adultos com dificuldade respiratória anterior à morte E que era contato de um caso provável ou confirmado ou epidemiologicamente ligado a um *cluster* em que tenha havido pelo menos um caso confirmado identificado.****Caso confirmado de COVID-19:**

Uma pessoa com confirmação laboratorial de infecção por COVID-19, independentemente dos sinais e sintomas clínicos. Ver [Exames laboratoriais para doença do coronavírus \(COVID-19\) na orientação de casos humanos suspeitos](#), para detalhes.

Observação: O julgamento clínico e de saúde pública devem ser usados para determinar a necessidade de investigação adicional em pacientes que não preencham estritamente os critérios clínicos ou epidemiológicos. As definições de casos de vigilância não devem ser usadas para orientar o manejo clínico.

¹ Os sinais separados por barra (/) contam como um único sinal.

² Transmissão comunitária: Países/territórios/áreas com surtos maiores de transmissão local definidos por meio de uma avaliação de fatores, incluindo, mas não se limitando a: grande número de casos não vinculáveis a cadeias de transmissão, grande número de casos de vigilância laboratorial sentinela ou aumento de testes positivos por meio de amostras sentinela (testes sistemáticos de rotina de amostras respiratórias de laboratórios estabelecidos), vários grupos não relacionados entre si em várias áreas do país/território/área.

2. Definição de um contato

Um contato é uma pessoa que teve qualquer uma das seguintes exposições no período de **2 dias antes e 14 dias após o início** dos sintomas de um caso provável ou confirmado:

1. contato face a face com um caso provável ou confirmado a menos de 1 metro de distância e por pelo menos 15 minutos;
2. contato físico direto com um caso provável ou confirmado;
3. atendimento direto a paciente com doença COVID-19 provável ou confirmada sem uso de [equipamento de proteção individual recomendado](#)
OU
4. outras situações conforme indicadas por avaliações de risco locais.

Mais informações sobre a determinação de um contato estão disponíveis em [Rastreamento de contatos no contexto da COVID-19](#).

Observação: para os casos assintomáticos confirmados, o período de contato é contado desde 2 dias antes até 14 dias após a data em que foi recolhida a amostra que resultou na confirmação.

3. Definição de morte por COVID-19

Uma morte por COVID-19 é definida para fins de vigilância como uma morte resultante de uma doença clinicamente compatível, em um caso COVID-19 provável ou confirmado, a menos que haja uma causa alternativa clara de morte que não possa ser relacionada à doença COVID-19 (por exemplo, trauma). Não deve haver nenhum período de recuperação completa entre a doença e a morte.

4. Recomendações para testagem laboratorial

Embora as atividades de resposta recomendadas sejam basicamente as mesmas para casos prováveis [exames laboratoriais disponíveis](#). Embora as atividades de resposta recomendadas sejam basicamente as mesmas para casos prováveis e confirmados, o teste de casos prováveis, quando os recursos permitirem, ainda é útil, pois pode excluir pacientes como casos e reduzir a carga de trabalho necessária para isolar e rastrear esses pacientes.

Dependendo da intensidade da transmissão em um local específico, do número de casos e da capacidade laboratorial, um subconjunto de casos suspeitos ou prováveis pode ser priorizado para teste. A OMS forneceu recomendações sobre como priorizar as pessoas a serem testadas durante a transmissão comunitária em [Recomendações de estratégia de testes laboratoriais para COVID-19, orientação provisória](#).

Vigilância COVID-19 recomendada para os Estados Membros

Esta seção fornece uma visão geral das abordagens de vigilância que os Estados Membros devem levar em consideração para uma vigilância nacional abrangente para COVID-19. A seção enfatiza a necessidade de adaptar e reforçar os sistemas nacionais existentes, onde for apropriado, e aumentar as capacidades de vigilância, conforme necessário.

Ao considerar as capacidades nacionais de vigilância, os Estados Membros devem incluir notificações regulares à OMS de acordo com as exigências abaixo.

1. Propósitos e objetivos

O objetivo da vigilância nacional para COVID-19 é permitir que as autoridades de saúde pública reduzam a transmissão da COVID-19, limitando assim a morbidade e mortalidade associadas.

Os objetivos da vigilância COVID-19 são:

- permitir rápida detecção, isolamento, teste e manejo de casos;
- monitorar tendências nas mortes por COVID-19;
- identificar, acompanhar e colocar em quarentena os contatos;
- detectar e conter *clusters* e surtos, especialmente em meio a populações vulneráveis;

- orientar a implementação e ajuste de medidas de controle direcionadas, permitindo a retomada segura das atividades econômicas e sociais;
- avaliar o impacto da pandemia nos sistemas de saúde e na sociedade;
- monitorar tendências epidemiológicas de longo prazo e a evolução do vírus SARS-CoV-2;
- contribuir para a compreensão da co-circulação do vírus SARS-CoV-2, influenza e outros vírus respiratórios e outros patógenos.

2. Abordagens de vigilância

A maioria dos países precisa de capacidades de vigilância significativamente fortalecidas para identificar e cuidar rapidamente de casos de COVID-19, rastrear e colocar em quarentena seus contatos e monitorar tendências de doenças ao longo do tempo. A vigilância nacional abrangente para COVID-19 exigirá a adaptação e o reforço dos sistemas nacionais existentes, quando apropriado, e o aumento das capacidades de vigilância adicionais, conforme necessário. As tecnologias digitais para relatórios rápidos, rastreamento de contatos e manejo e análise de dados podem apoiar essas capacidades.

Uma vigilância abrangente e robusta, uma vez instalada, deve ser mantida mesmo em áreas em que a transmissão foi suprimida ou controlada, mesmo se houver poucos ou nenhum caso. É fundamental que os novos casos e *clusters* de COVID-19 sejam detectados rapidamente antes que ocorram surtos e/ou transmissão generalizada. A vigilância contínua para COVID-19 também é importante para entender as tendências epidemiológicas de longo prazo, como incidência e mortalidade em meio a diferentes grupos etários, quais grupos populacionais estão em maior risco de doença grave e morte, e possíveis mudanças epidemiológicas ao longo do tempo.

As principais ações para a vigilância abrangente da COVID-19 incluem:

- usar, adaptar e fortalecer os sistemas de vigilância existentes;
- fortalecer laboratórios e capacidades de testagem;
- uso, adaptação e aprimoramento da força de trabalho de saúde pública para realizar a busca de casos, rastreamento de contato e testagem;
- incluir a COVID-19 como doença de notificação obrigatória;
- implementar a notificação imediata;
- estabelecer sistemas para monitorar a atividade de rastreamento de contatos.

É importante manter a vigilância sindrômica de rotina para outras doenças infecciosas, especialmente aquelas causadas por patógenos respiratórios, como influenza e vírus sincicial respiratório, por meio da vigilância de síndrome gripal (SG), síndrome respiratória aguda grave (SRAG), pneumonia atípica e febre inexplicada, com amostragem e testes laboratoriais de todos ou de um subconjunto de casos. Isso é fundamental para compreender as tendências de outras doenças com apresentações semelhantes para orientar a preparação adequada da saúde pública e o manejo clínico.

3. Vigilância essencial para COVID-19

Considerando o potencial de crescimento rápido e exponencial dos surtos de COVID-19, os casos e grupos novos devem ser identificados e notificados o mais rápido possível, e os dados devem ser incluídos em todas as análises epidemiológicas relevantes no prazo de 24 horas após o diagnóstico. As autoridades nacionais devem incluir a COVID-19 como doença de notificação obrigatória com exigência de notificação imediata.

Os sistemas de vigilância devem ser geograficamente abrangentes e a vigilância das populações vulneráveis ou de alto risco deve ser aprimorada. Isso exigirá uma combinação de sistemas de vigilância, incluindo rastreamento de contatos para todos os níveis do sistema de saúde, no nível da comunidade, em ambientes residenciais fechados e em outros grupos vulneráveis.

A Tabela 1 mostra como os sistemas de vigilância podem ser combinados em diferentes locais.

Tabela 1. Sistemas de vigilância em diferentes locais/contextos

Sistema Local/ Contexto	Notificação imediata do caso	Rastreamento de contatos	Vigilância virológica	Investigação de clusters	Vigilância de mortalidade	Vigilância sorológica
Comunidade	X	X		X	X	X
Unidades de atenção primária (não sentinela SG/IRA)	X		X	X		
Hospitais (SG/SRAG não sentinela)	X		X	X	X	X
Unidades sentinela SG/IRA/SRAG	X		X			
Ambientes fechados*	X	X		X	X	X
Infecção COVID-19 associada a assistência à saúde	X	X		X	X	X

*Incluindo, mas não se limitando a instituições de longa permanência, prisões e dormitórios.

3.1 Abordagens de vigilância por local/contexto

3.1.1 Vigilância na comunidade

Sempre que possível, os indivíduos que apresentam sinais e sintomas de COVID-19 e todos os casos suspeitos devem ter acesso a avaliações e testes, idealmente no nível de atenção primária. Quando não houver testes disponíveis no nível de atenção primária, os indivíduos da comunidade podem desempenhar um papel importante na vigilância da COVID-19. A vigilância de base comunitária (VBC) – a detecção sistemática e a notificação de eventos de importância para a saúde pública dentro de uma comunidade por membros da comunidade – pode servir para preencher a lacuna entre a comunidade e o sistema de saúde. Na VBC, os alertas gerados por voluntários treinados são notificados às autoridades de saúde para verificação e resposta por meio de mecanismos de vigilância e encaminhamento estabelecidos. Mais orientações sobre como estabelecer a VBC, incluindo definições simplificadas de casos de alerta, estão disponíveis na Federação Internacional da Cruz Vermelha e nas Sociedades do Crescente Vermelho, [aqui](#).

A participação no rastreamento de contatos e na investigação de *clusters* são outras maneiras importantes pelas quais os indivíduos e as comunidades podem contribuir para a vigilância da COVID-19 e para a quebra das cadeias de transmissão. O rastreamento de contatos é a identificação e o acompanhamento de todas as pessoas que possam ter tido contato com um indivíduo com COVID-19. Por meio do acompanhamento diário desses contatos por até 14 dias desde que tiveram contato com o caso fonte é possível identificar indivíduos com alto risco de ser infectantes e/ou de estar doentes e colocá-los em quarentena antes que transmitam a infecção a outras pessoas. O rastreamento de contatos pode ser combinado com a localização de casos porta a porta ou testes sistemáticos em ambientes fechados, como instalações residenciais, ou com testes de rotina para grupos ocupacionais, como profissionais de saúde ou profissionais de áreas essenciais. Ver [Diretrizes de rastreamento de contatos para COVID-19](#).

3.1.2 Vigilância em nível de atenção primária

A vigilância em ambientes de atenção primária é necessária para detectar casos e *clusters* na comunidade. Sempre que possível, deve haver testes disponíveis nas unidades de atenção primária. Uma opção complementar é estabelecer instalações de teste dedicadas à COVID-19 na comunidade, como postos *drive-thru* para testagem ou locais fixos em edifícios comunitários. Os pacientes com COVID-19 provável ou confirmada devem ser notificados no prazo de 24 horas após a identificação. É essencial que haja notificações e análises de dados rápidas para detectar casos novos e *clusters* e para iniciar o rastreamento de contatos. Portanto, um número mínimo de variáveis de dados deve ser coletado para cada caso: idade, sexo, local de residência, data de início da doença, data da coleta da amostra e resultado do teste. A notificação diária de dados às autoridades de saúde pública locais ou nacionais pode ser facilitada por meio de sistemas *online*, por meio de aplicativos para celular, via mensagem de texto SMS ou por telefone. É crucial que haja notificação zero – notificação de zero casos quando nenhum for detectado – por todos os locais no nível de atenção primária.

ria, idealmente diariamente, para verificar se o sistema de vigilância está funcionando continuamente e para monitorar a circulação do vírus.

3.1.3 *Vigilância hospitalar*

Os pacientes com COVID-19 provável ou confirmada hospitalizados devem ser notificados às autoridades nacionais de saúde pública no prazo de 24 horas após a identificação. Alguns dados essenciais (por exemplo, resultado de teste) podem não estar imediatamente disponíveis, mas não devem atrasar a notificação às autoridades de saúde pública.

Os dados essenciais mínimos dos ambientes hospitalares devem incluir:

- idade, sexo/gênero e local de residência;
- data de início da doença, data de coleta de amostra, data de admissão;
- tipo de teste de laboratório e resultado do teste de laboratório;
- se o caso é de um profissional de saúde ou não;
- gravidade do paciente no momento da notificação (admitido e tratado com ventilação ou admitido em unidade de terapia intensiva);
- evolução do paciente após a doença (data de alta ou óbito).

A notificação zero diária nos hospitais é crucial para verificar se o sistema de vigilância está funcionando continuamente.

3.1.4 *Vigilância de local sentinela (SG/IRA/SRAG)*

A vigilância sindrômica sentinela é uma abordagem complementar às outras formas de vigilância listadas neste documento. A vantagem de utilizar um sistema de vigilância sentinela é que uma abordagem sistemática e padronizada para testes é usada e não é afetada por mudanças nas estratégias de teste que afetam as outras abordagens de vigilância da COVID-19.

Os países que realizam cuidados primários e/ou vigilância sentinela hospitalar para síndrome gripal (SG), infecção respiratória aguda (IRA), síndrome respiratória aguda grave (SRAG) ou pneumonia devem dar continuidade a essa vigilância sindrômica e continuar a coletar amostras respiratórias usando as definições de caso existentes por meio de redes sentinela. Os laboratórios devem continuar os testes virológicos de amostras de rotina do local sentinela para gripe, com o acréscimo de amostras de teste para COVID-19. Os países são incentivados a realizar vigilância sentinela durante todo o ano para síndromes respiratórias agudas com testagem de amostras para COVID-19.

Nos sistemas de vigilância existentes, os pacientes selecionados para testes adicionais para COVID-19 devem ser representativos da população e incluir todas as faixas etárias e ambos os sexos. Se possível, continue a coletar amostras dos locais sentinela SG e SRAG para representar doenças leves e graves. É reconhecido que, com base na situação local, recursos e epidemiologia, os países podem desejar priorizar a amostragem entre pacientes internados (SRAG ou casos de pneumonia) para compreender a circulação da COVID-19 em pacientes com doença mais grave.

Os casos COVID-19 identificados por meio de vigilância sentinela devem ser relatados nas contagens de casos COVID-19 nacionais gerais, bem como por meio de canais relevantes do local sentinela.

Orientações adicionais sobre a vigilância do local sentinela para COVID-19 são encontradas em [Considerações operacionais para vigilância da COVID-19 usando GISRS](#).

3.1.5 *Ambientes fechados*

A vigilância aprimorada e dedicada para alguns grupos de alto risco que residem ou trabalham em ambientes fechados é necessária para garantir a detecção imediata de casos e *clusters* mais rapidamente do que por meio da vigilância de atenção primária ou hospitalar. As pessoas que vivem em ambientes fechados, como prisões, instalações residenciais, comunidades de aposentados e lares para pessoas com deficiência, podem ser especialmente vulneráveis à COVID-19. Os motivos incluem o fato de morarem em locais onde a probabilidade de transmissão pode ser maior do que na população em geral ou terem problemas de saúde ou fatores predisponentes que aumentam o risco de desenvolvimento de doenças graves e morte. A vigilância aprimorada em ambientes fechados inclui o uso

de localização ativa de casos por meio de triagem diária de sinais e sintomas para COVID-19, incluindo monitoramento diário de temperatura; e notificação diária zero para todos os indivíduos em grupos de alto risco sob vigilância.

3.2 Infecções por COVID-19 associadas a assistência à saúde

Nos países com sistemas de notificação obrigatória para infecções associadas a assistência à saúde, a COVID-19 deve ser incluída como doença de notificação prioritária nesses sistemas, além de ser contada na vigilância geral da COVID-19. Todos os casos e *clusters* em ambientes de assistência à saúde devem ser investigados e documentados quanto à sua fonte e padrões de transmissão para permitir um controle rápido. Idealmente, deve ser implementada a notificação específica do número de casos e mortes por COVID-19 em profissionais de saúde. Recursos adicionais sobre a infecção por COVID-19 em meio a profissionais de saúde em ambiente de saúde podem ser acessados [aqui](#) e [aqui](#).

3.3 Vigilância de mortalidade

O número de mortes por COVID-19 (ver definição abaixo) que ocorrem em hospitais deve ser relatado diariamente. O número de mortes por COVID-19 que ocorrem na comunidade, incluindo em instituições de longa permanência, também deve ser relatado diariamente, se possível, ou pelo menos semanalmente. No tocante às mortes por COVID-19 em hospitais e comunidades, devem ser registrados a idade, sexo e local da morte. A notificação de óbitos para vigilância COVID-19 é diferente das exigências legais para atestados de óbito, que devem ser feitos como rotineiramente exigido pelos sistemas de registro civil. Devem ser usadas estatísticas vitais para monitorar o excesso de mortalidade por todas as causas ao longo do tempo. Os países também devem monitorar as mortes devido a causas respiratórias não específicas (por exemplo, pneumonia não especificada), que podem representar COVID-19 não diagnosticada; e mudanças nos índices de outras causas de morte, que podem estar relacionados aos efeitos da pandemia da COVID-19 nos sistemas de saúde. Nos locais em que o registro civil e os sistemas de estatísticas vitais são limitados ou inexistentes, pode ser cogitada a vigilância rápida da mortalidade. Mais orientações podem ser encontradas no documento [Revealing-the-toll-of-covid-19](#).

3.4 Vigilância de dados de testes laboratoriais

Os dados sobre o número de indivíduos testados para SARS-CoV-2 devem ser coletados de todos os laboratórios relevantes. Embora os sistemas de vigilância normalmente colem o número de casos COVID-19, também é importante coletar informações sobre os critérios de teste e o número total de indivíduos testados para o vírus SARS-CoV-2 (esse total difere do número de testes realizados, que pode não ser um denominador preciso devido à possibilidade de repetição do teste em um único indivíduo). O fato de se conhecer o denominador da testagem pode indicar o nível de atividade da vigilância, e a proporção de testes positivos pode indicar a intensidade da transmissão entre os indivíduos. No momento em que este artigo foi escrito, a amplificação do ácido nucleico (por exemplo, RT-PCR) é o exame recomendado pela OMS para a confirmação de um caso. Se forem usados outros métodos de diagnóstico, devem ser registrados e relatados o número de testes realizados e os casos confirmados para cada método de diagnóstico utilizado.

Além disso, a amostragem e os testes padronizados na vigilância sentinela permitem monitorar as tendências. Podem ser encontradas orientações em [Considerações operacionais para a vigilância COVID-19 usando o Sistema Global de Resposta à Influenza e Vigilância \(GISRS\)](#).

4. Métodos e abordagens de vigilância adicionais para COVID-19

Existem abordagens de vigilância adicionais que podem ser usadas juntamente com os elementos essenciais de vigilância abrangente para COVID-19. Estão sendo desenvolvidas novas abordagens, como a vigilância ambiental de fragmentos virais não infecciosos do vírus SARS-CoV-2 em águas residuais, mas ainda não são robustas o suficiente para serem usadas rotineiramente.

4.1 Vigilância baseada em eventos

A capacidade de detectar rapidamente quaisquer mudanças na situação geral da COVID-19 pode ser ainda mais fortalecida por meio de mecanismos robustos de vigilância baseada em eventos (VBE). A VBE coleta informações não estruturadas de canais formais e informais, como conteúdo *online*, transmissões de rádio e mídia impressa em todos os setores relevantes para complementar os esforços convencionais de vigilância da saúde pública. A implementação bem-sucedida da VBE exige recursos humanos dedicados e processos claros para filtrar grandes volumes de informações, triar, verificar, comparar, avaliar e comunicar conteúdo relevante. Vários sistemas com base na Internet foram desenvolvidos ao longo dos anos para apoiar as atividades de VBE, muitos

dos quais convergem por meio da iniciativa [Epidemic Intelligence from Open Sources](#) (EIOS) liderada pela OMS. É igualmente importante monitorar outros possíveis eventos que possam surgir em paralelo, tendo maior impacto na vida das pessoas e prejudicando os esforços de resposta à COVID-19. Mais orientações sobre VBE podem ser encontradas em <https://africacdc.org/download/africa-cdc-event-based-surveillance-framework/>.

4.2 Linhas telefônicas diretas

As linhas telefônicas diretas disponibilizadas ao público para aconselhamento e encaminhamento para serviços de cuidados de saúde podem fornecer uma indicação precoce da propagação da doença na comunidade. O funcionamento eficaz de um serviço de linha telefônica direta exige recursos dedicados e equipe treinada para fazer a triagem das chamadas e encaminhar adequadamente os usuários para o serviço de saúde ou outro serviço relevante.

4.3 Vigilância participativa

A vigilância participativa de doenças permite que membros do público relatem sinais ou sintomas por conta própria, sem testes laboratoriais ou avaliação por um profissional de saúde (Menni 2020). A vigilância participativa de doenças depende de relatórios voluntários e frequentemente é facilitada por aplicativos dedicados para *smartphones*. Embora esse tipo de vigilância possa não ser muito específico para identificar casos de COVID-19, a análise de tendências de doenças autorrelatadas por membros do público pode indicar comunidades nas quais a propagação precoce da doença possa estar ocorrendo. Os dados coletados da vigilância participativa também podem dar indicações de mudanças no comportamento de busca de cuidados de saúde, cujo entendimento é importante na interpretação dos dados de vigilância baseados em serviços.

4.4 Vigilância sorológica

Pesquisas populacionais de soropositividade de anticorpos e o uso de sorologia em contextos/populações específicas podem ajudar a fornecer estimativas da proporção de uma população que foi infectada pelo vírus SARS-CoV-2 medida pelos anticorpos. Vigilância aprimorada, pesquisas e investigações de surto podem avaliar a extensão da infecção na população em geral ou em subpopulações, em grupos etários específicos e, potencialmente, a proporção de infecções não reconhecidas (por exemplo, infecções assintomáticas ou subclínicas). Mais informações sobre o uso de sorologia e soropidemiologia no contexto da COVID-19 podem ser encontradas em <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/serology-in-the-context-of-covid-19>.

4.5 Vigilância em ambientes humanitários e outros com poucos recursos

Em campos de refugiados e em meio a populações deslocadas e em outros ambientes humanitários ou de poucos recursos, pode ser cogitada a implementação de considerações adicionais.

A detecção de casos pode incluir várias estratégias. A vigilância baseada em eventos pode ajudar a detectar avisos e alertas precoces. Onde houver sistemas de Aviso Precoce, Alerta e Resposta (EWAR) ou Vigilância de Base Comunitária, a COVID-19 deve ser integrada a eles; e a busca ativa de casos pode ser realizada onde for viável. Nos estabelecimentos de saúde, pode ser implementada a vigilância sindrômica. Os grupos vulneráveis, incluindo profissionais de saúde, pessoas com fatores de risco para desenvolvimento de doenças graves e pessoas com acesso insuficiente aos cuidados de saúde, devem ser priorizados para vigilância e resposta, assim como os ambientes fechados com alto risco de transmissão de doenças.

As estratégias de testagem devem ter como alvo os casos suspeitos de acordo com as definições de caso da OMS. A priorização posterior pode depender da classificação da transmissão, dos grupos de alto risco e dos recursos disponíveis.

Mais informações podem ser encontradas no Guia Interagências [Ampliação da covid-19, prontidão para surtos e operações de resposta em situações humanitárias](#). Orientação adicional para operações humanitárias, acampamentos e outros ambientes frágeis pode ser encontrada [aqui](#).

5. Relatório e análise de dados de vigilância

Os dados essenciais de vigilância para COVID-19 descritos acima devem ser relatados, compilados e analisados diariamente, com notificação zero quando não houver casos. Os dados devem ser compilados nacionalmente ou em um nível administrativo governamental apropriado (por exemplo, distrito, província, prefeitura, estado). Também devem ser realizadas periodicamente análises mais

aprofundadas sobre idade, sexo, padrões de testes e gravidade. Os relatórios de análise de rotina devem ser distribuídos a todos os locais de notificação no sistema de vigilância e, de preferência, disponibilizados ao público por meio de um *site* do governo. Muitas agências nacionais e locais de saúde pública desenvolveram painéis *online* para relatar dados de vigilância.

Para interpretar de forma significativa os dados de vigilância no contexto dessa nova doença, a OMS recomenda que os dados de vigilância sejam analisados e apresentados com descrições claras de: definição de caso em uso para casos prováveis e confirmados (por exemplo, se pessoas com resultados positivos em testes rápidos são contados como caso confirmado); estratégias de detecção (por exemplo, localização ativa de casos, detecção comunitária); e estratégias de testagem (teste direcionado ou sistemático, teste limitado a pacientes hospitalizados, etc.); incluindo mudanças nas definições/critérios ao longo do tempo. As mudanças nas definições e/ou critérios impactam a apuração dos casos e, conseqüentemente, múltiplos parâmetros epidemiológicos, como a curva epidêmica e o cálculo da [taxa de letalidade](#) (Case Fatality Ratio – CFR, em inglês).

Os dados relevantes devem ser relatados à Organização Mundial da Saúde conforme descrito na seção abaixo: Notificação dos dados de vigilância da COVID-19 à OMS.

Os países também são incentivados a monitorar a qualidade da vigilância da COVID-19 monitorando indicadores de desempenho, como oportunidade, integridade e representatividade dos dados de vigilância.

Notificação dos dados de vigilância da COVID-19 à OMS

A OMS solicita que os Estados Membros notifiquem as contagens diárias de casos e mortes e as contagens agregadas semanais de casos e mortes em diferentes níveis de agregação.

1. Objetivos da vigilância global

Os objetivos atualizados abaixo se baseiam na vigilância global até o momento. Os objetivos da vigilância global são:

- monitorar tendências da COVID-19 em nível nacional e global;
- monitorar a mortalidade causada por, e indiretamente associada a, COVID-19;
- estimar a morbidade e a mortalidade para profissionais de saúde;
- avaliar o impacto das medidas de controle.

Metadados dos países

Os Estados Membros devem fornecer metadados de vigilância adicionais à OMS para facilitar a interpretação dos dados de vigilância enviados:

1. Definição da semana/período epidemiológico em uso no país (por exemplo, “segunda a domingo”).
2. Definições de caso usadas pelo país, e a data em que essas definições entraram em vigor.
3. Estratégia ou estratégias de vigilância/detecção em vigor no país e a data em que essas estratégias entraram em vigor.
4. Estratégia ou estratégias de testagem em vigor no país e a data em que essas estratégias entraram em vigor.
5. Relatórios de situação sempre que forem emitidos.

Os dados devem ser enviados usando a caixa de correio dedicada à vigilância da COVID-19 (covidsurveillance@who.int) ou canalizados através dos respectivos escritórios regionais da OMS.

2. Coleta diária de dados agregados

As contagens diárias de casos e mortes por COVID-19 são compiladas pelos Escritórios Regionais da OMS, que por sua vez recebem dados diretamente dos Estados Membros ou por extração de fontes públicas oficiais do governo (por exemplo, *sites* do ministério da saúde). Os Estados Membros são, portanto, encorajados a continuar a fornecer essas contagens diárias de modo contínuo. A OMS coleta e relata o número de casos confirmados e mortes por COVID-19 diariamente em seus relatórios de situação, em seu painel global (covid19.who.int) e em outros lugares.

As contagens refletem casos e óbitos confirmados por laboratório, com base nas definições de casos da OMS a menos que indicado de outra forma (ver [atualizações e erratas específicas de país, território ou área](#)). Todos os dados representam a data da notificação em oposição à data de início dos sintomas. Todos os dados estão sujeitos à verificação contínua e podem ser alterados com base em atualizações retrospectivas para refletir com precisão as tendências, mudanças nas definições de caso do país e/ou práticas de notificação. As principais atualizações dos dados do país são anotadas nas [atualizações e erratas específicas de país, território ou área](#).

As contagens de novos casos e mortes são calculadas subtraindo da contagem atual as contagens totais cumulativas anteriores. Devido às diferenças nos métodos de notificação, prazos de corte, consolidação de dados retrospectivos e atrasos na notificação, o número de casos novos nem sempre reflete os totais diários publicados pelos países, territórios ou áreas individuais.

Mais informações sobre os dados coletados e exibidos podem ser encontradas [aqui](#).

3. Relatório agregado semanal

O objetivo do relatório agregado semanal contínuo é obter mais informações sobre as tendências globais da COVID-19 para uma análise aprimorada. Novas variáveis são adicionadas para levar em consideração a nova definição de caso (incluindo casos prováveis) e objetivos de vigilância global (contagem de casos e óbitos de profissionais de saúde) e são mostradas em **negrito** na lista abaixo:

- número de casos confirmados;
- **número de casos prováveis;**
- número de mortes confirmadas;
- **número de mortes prováveis;**
- número de indivíduos hospitalizados (confirmados e prováveis);
- número de altas (confirmados e prováveis);
- **número de profissionais de saúde infectados (confirmados + prováveis) como subconjunto da contagem total de casos;**
- **número de profissionais de saúde que morreram por COVID-19 (confirmados + prováveis) como subconjunto da contagem total de mortes;**
- número de pessoas testadas;
- **número de pessoas testadas por PCR;**
- casos confirmados + prováveis por faixa etária e sexo (ver abaixo);
- mortes confirmadas + prováveis por faixa etária e sexo (ver abaixo);
- classificação da transmissão.

As categorias etárias foram alteradas na forma mais recente: As seguintes categorias etárias (em anos) são obrigatórias: 0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80 e acima.

Esses dados podem ser relatados via Excel usando o formulário “Vigilância global da COVID-19: Processo da OMS para relatar dados agregados – V2” disponível [aqui](#). Um dicionário de dados está incluído. Os Estados Membros podem notificar usando a plataforma dedicada ao monitoramento semanal. A plataforma de vigilância semanal para a coleta das variáveis mínimas em nível nacional e o cenário de transmissão em nível nacional e subnacional está disponível para que os Estados Membros relatem seus dados diretamente à OMS (para mais informações e para obter credenciais de *login*, envie um *e-mail* para covidsurveillance@who.int). É recomendado o relatório semanal de notificação zero, conforme apropriado. A plataforma fornece um painel de visualização de dados para visualização direta dos novos dados inseridos.

A **classificação da transmissão** em nível nacional (nível administrativo 0) deve ser atualizada semanalmente através da plataforma de vigilância agregada semanal ou por *e-mail*. Se um Estado Membro desejar atualizar a classificação da transmissão durante a semana, um *e-mail* deve ser enviado para covidsurveillance@who.int.

A OMS recomenda o uso das seguintes categorias para descrever os padrões de transmissão em nível nacional (e subnacional, sempre que possível) para orientar as [decisões de preparação, prontidão e atividades de resposta](#).

Tabela 2: Definição das categorias de padrão de transmissão

Número da categoria	Nome da categoria	Definição
1	Sem casos	Países/territórios/áreas sem casos
2	Casos esporádicos	Países/territórios/áreas com um ou mais casos, importados ou detectados localmente
3	<i>Clusters</i> de casos	Países/territórios/áreas com casos, agrupados no tempo, localização geográfica e/ou por exposição comum
4	Transmissão comunitária	Países/territórios/áreas com surtos maiores de transmissão local, definidos por meio de uma avaliação de fatores, incluindo, mas não se limitando a: <ul style="list-style-type: none"> • grande número de casos que não podem ser vinculados a cadeias de transmissão • grande número de casos de vigilância laboratorial sentinela ou aumento de testes positivos por meio de amostras sentinela (testagem sistemática de rotina de amostras respiratórias de laboratórios estabelecidos) • múltiplos <i>clusters</i> não relacionados entre si em várias áreas do país/território/área

A OMS solicita que os Estados Membros notifiquem a classificação do nível administrativo 0 como prioridade. Quando a classificação nacional de transmissão não estiver disponível, a OMS atribuirá ao nível nacional a classificação de transmissão mais alta relatada em qualquer nível administrativo 1.

Durante a evolução da epidemia, a classificação da transmissão pode ser aumentada ou rebaixada conforme a situação exigir. Quando houver passagem de um cenário para outro, a OMS recomenda:

- de um cenário de transmissão menor para um maior: mudança a ser notificada a qualquer momento (na atualização semanal seguinte);
- de um cenário de transmissão maior para um menor: observar durante um período de 28 dias antes de confirmar o rebaixamento da transmissão.

Antes de alterar a classificação da transmissão, a OMS recomenda que uma consulta seja feita entre o Estado Membro e o Escritório da OMS para considerar como o desempenho da vigilância e a estratégia de testagem influenciaram a epidemiologia observada.

O prazo para a apresentação dos dados semanais pelos Estados Membros e a classificação da transmissão para cada semana epidemiológica termina na quinta-feira da semana seguinte. Os Estados Membros são convidados a apresentar dados semanais, mesmo quando não foram comunicados casos novos durante a semana (notificação zero).

Os dados serão disponibilizados publicamente sem edição ou filtragem pela OMS para todos os Estados Membros e o público em geral através do *site* da OMS. Eles podem ser agrupados com outros dados para orientar as operações internacionais de resposta e podem ser publicados periodicamente nas atualizações de situação da OMS e outros formatos para o benefício de todos os Estados Membros.

4. Relatórios baseados em casos

Os formulários de notificação individual de casos não são mais exigidos pela OMS.

Em caráter voluntário, os Estados Membros podem continuar a enviar formulários de notificação de casos após consulta a seus Escritórios Regionais da OMS. As políticas de compartilhamento referentes a dados baseados em casos e à estratégia de análise e compartilhamento de resultados serão geridas pelo Escritório Regional relevante.

Embora a OMS recomende que seja interrompida a notificação com base em casos para vigilância, a Organização incentiva os países a participarem da notificação de dados clínicos sobre pacientes com COVID-19 usando as ferramentas dedicadas disponíveis em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Clinical_CRF-2020.4

5. Notificação de COVID-19 por meio do Sistema Global de Vigilância e Resposta à Influenza (GISRS)

A OMS tem um longo histórico de monitoramento das tendências e virologia da gripe por meio do Sistema Global de Vigilância e Resposta à Gripe (GISRS), que reúne informações sobre casos e mortalidade de SG, IRA, SRAG e pneumonia, principalmente

por meio da vigilância sentinela. Os países são encorajados a manter e fortalecer a vigilância sindrômica e sentinela existente e, adicionalmente, testar as amostras coletadas para vigilância da influenza para COVID-19 (ver https://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/covid19/en/). Os dados da vigilância sindrômica sentinela e dos testes laboratoriais para gripe e COVID-19 (número de testados e número de positivos) identificados nos locais GISRS devem ser notificados à OMS por meio das plataformas de notificação e formatos e frequências existentes, tanto por meio do sistema GISRS quanto da notificação agregada para COVID-19 (conforme descrito acima). Mais informações sobre a notificação ao GISRS podem ser encontradas em [Considerações operacionais para vigilância COVID-19 usando GISRS](#).

Referências selecionadas

1. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, et al. China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020 Apr 30;382(18):1708-1720. doi: 10.1056/NEJMoa2002032. Epub 2020 Feb 28. PMID: 32109013; PMCID: PMC7092819.
2. Menni C, Valdes AM, Freidin MB, et al. Real-time tracking of self-reported symptoms to predict potential COVID-19. *Nat Med*. 2020 Jul;26(7):1037-1040. doi: 10.1038/s41591-020-0916-2. Epub 2020 May 11. PMID: 32393804.
3. Spinato G, Fabbris C, Polesel J, et al. Alterations in Smell or Taste in Mildly Symptomatic Outpatients With SARS-CoV-2 Infection. *JAMA*. 2020 Apr 22;323(20):2089-90. doi:10.1001/jama.2020.6771. Epub ahead of print. PMID: 32320008; PMCID: PMC7177631.
4. Tostmann A, Bradley J, Bousema T, et al. Strong associations and moderate predictive value of early symptoms for SARS-CoV-2 test positivity among healthcare workers, the Netherlands, March 2020. *Euro Surveill*. 2020 Apr;25(16):2000508. doi:10.2807/1560-7917.ES.2020.25.16.2000508. PMID: 32347200; PMCID: PMC7189649.
5. Struyf T, Deeks JJ, Dinnes J, et al. Cochrane COVID-19 Diagnostic Test Accuracy Group. Signs and symptoms to determine if a patient presenting in primary care or hospital outpatient settings has COVID-19 disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Jul 7;7:CD013665. doi: 10.1002/14651858.CD013665. PMID: 32633856.
6. Manna S, Wruble J, Maron S, et al. COVID-19: a multimodality review of radiologic techniques, clinical utility, and imaging features. *Radio Cardiothoracic Imaging*. 2020 June 1; 2(3): <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/ryct.2020200210>

A OMS continua a monitorar a situação de perto para identificar quaisquer mudanças que possam afetar esta orientação provisória. Se houver mudança em algum dos fatores, a OMS publicará uma atualização. Caso contrário, este documento de orientação provisório expirará 2 anos após sua data de publicação.

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

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível sob a licença [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](#).

Número de referência: OPAS-W/BRA/COVID-19/20-108