

Flexibilização das medidas de distanciamento social ampliado e retomada progressiva de atividades em tempos de pandemia

Análise crítica da experiência acumulada, dos critérios, riscos e estratégias para definir sua implementação

Sumário Executivo

Introdução

- Dirigentes e profissionais de saúde, vinculados à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP) e da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do HCFMRP (FAEPA) elaboraram este documento com o objetivo de contribuir na análise da experiência acumulada, dos critérios, riscos e estratégias das propostas de flexibilização.

Aspectos fundamentais para nortear a retomada de atividades

- São apresentadas detalhadamente as recomendações da Organização Mundial de Saúde para orientar a implementação de propostas de retomada de atividades.

A experiência acumulada em locais em que a retomada está sendo planejada ou já em implementação

- São revistos dados e indicadores epidemiológicos da pandemia em vários países do mundo, que demonstraram diferentes graus de sucesso no enfrentamento dessa pandemia; esses dados são comparados com o Brasil, o Estado de São Paulo e Ribeirão Preto

Características específicas das propostas de retomada das atividades nesses locais

- No Anexo I, estão descritas com detalhes os critérios e estratégias de implementação da flexibilização das medidas restritivas às atividades econômicas, culturais, educacionais e sociais de vários países (Alemanha, Coreia do Sul, Singapura, Nova Zelândia, Portugal, Espanha, Itália, França, Dinamarca e Reino Unido), bem como planos e experiências de liberação de atividades comerciais no Brasil.

Avaliação da prevalência de marcadores virológicos e sorológicos do SARS-CoV-2 na população de Ribeirão Preto: um inquérito epidemiológico

- Descreve-se detalhadamente o inquérito epidemiológico conduzido mediante amostragem estratificada por sexo, idade e local de residência para avaliar a soroprevalência na população de Ribeirão Preto, entre 01 e 03 de maio. Os resultados mostraram positividade em 1,21% da população estudada e de carga viral em 0,14% do grupo estudado

Plano de retomada progressiva das atividades clínicas e cirúrgicas de pacientes em seguimento no HCFMRP e nos hospitais vinculados à FAEPA

- No Anexo II, são apresentadas em detalhes as propostas de ampliação das atividades assistenciais aos pacientes crônicos em seguimento nestes hospitais, que foram reduzidas em função da pandemia.

Análise crítica dos critérios, riscos e estratégias para retomada progressiva das atividades com base na experiência acumulada

- Os critérios propostos pela OMS e a análise da experiência já acumulada servem de base para avaliação das conformidades e limitações identificadas na nossa infraestrutura em saúde pública, permitindo dimensionar eventuais riscos desse processo de flexibilização e, ao mesmo tempo, reunindo elementos para orientar esse planejamento

Considerações finais

- Apesar da situação relativamente estável para o sistema de saúde local, não se pode garantir que não venha a ocorrer crescimento do número de caso nos próximos dias ou semanas, já que outras regiões do interior do Estado estão apresentando elevação significativa do número de casos.
- Os dados do inquérito epidemiológico indicam que a maior parte da população da cidade ainda não teve contato com o SARS-CoV-2 e, considerando que todos são susceptíveis a essa infecção viral, que estamos bem distantes dos 50% de infectados que garantiriam a imunidade de rebanho e o controle da epidemia.
- Do ponto de vista da prudência e da segurança do sistema de saúde pública, o cenário mais adequado seria de manutenção das medidas de distanciamento social ampliado, considerando os sinais recentes de aumento do número de casos em algumas regiões do interior do Estado.
- Decidir entre manter as regras de distanciamento social ampliado ou promover a reabertura progressiva de atividades econômicas, educacionais e sociais é algo complexo e não isento de riscos, especialmente em um cenário em que existe grande parte da população suscetível a um vírus de elevada transmissibilidade; a experiência acumulada mostra que em intervalo de uma ou duas semanas a contaminação pode levar a um número muito grande de novos casos sobrecarregando o sistema hospitalar e criando a possibilidade de colapso.

Introdução

- Toda a experiência acumulada, no exterior e no Brasil, demonstra de modo inquestionável o impacto do distanciamento social ampliado como medida eficaz no controle da velocidade de propagação da infecção pelo SARS-CoV-2.
- A rigor, antes que venhamos a dispor de uma vacina ou tratamento medicamentoso efetivos contra o SARS-CoV-2, os cuidados higiênicos - lavar frequentemente as mãos, o uso de álcool em gel e de máscaras - associados ao distanciamento social ampliado são as únicas medidas reconhecidas para se contrapor às graves consequências e riscos impostos à saúde pública e à vida das pessoas pela pandemia decorrente do novo coronavírus.
- Os dados disponíveis evidenciam que Ribeirão Preto ainda não iniciou a fase de aceleração rápida da pandemia, até, em grande parte, por conta dos efeitos positivos do distanciamento social imposto pelo decreto de calamidade pública, o que proporcionou achatamento da curva de incidência da Covid-19 na cidade, permitindo à infraestrutura de saúde atender adequadamente os pacientes acometidos.
- Deve-se reconhecer, entretanto, o impacto negativo que a política de distanciamento social adiciona sobre a economia do país, embora seja equivocada a tentativa de contrapor a saúde da economia à vida das pessoas, como se fossemos obrigados a decidir entre uma coisa e outra. Devemos respeito à justificada angústia da classe empresarial e preocupação com os empregos perdidos ou ameaçados dos trabalhadores, mas não se pode atribuir exclusivamente ao distanciamento social ampliado a responsabilidade pelas dificuldades econômicas decorrentes dessa grave pandemia¹.
- Ao mesmo tempo, compreende-se que normas restritivas ao funcionamento de atividades administrativas, educacionais, econômicas ou sociais não podem ser mantidas indefinidamente, e sem um planejamento sistematizado para flexibilização dessas regras deve ser programado meticulosamente, não se descuidando de indicadores que permitam sinalizar a necessidade de retrocessos e a adoção de medidas adicionais para proteger a saúde das pessoas.
- Esse processo de relaxamento progressivo e controlado do distanciamento social ampliado é de extrema complexidade e representa um dos maiores desafios no enfrentamento dessa crise. Sua segurança dependerá de

¹ Documento elaborado por dirigentes e profissionais de saúde do HCFMRP, FMRP e FAEPA: Distanciamento Social Ampliado Durante a Pandemia provocada pelo novo Coronavírus. Uma contribuição para a análise da situação em Ribeirão Preto

disponibilidade maior de informações epidemiológicas, o que implica necessidade de ampliação do número de exames diagnósticos (RT-PCR e testes sorológicos) para verificar a amplitude de contaminação populacional existente.

- Mais uma vez, dirigentes e profissionais de saúde, vinculados à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP) e à Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FAEPA), incluindo os demais Hospitais do Complexo (Hospital Estadual de Ribeirão Preto, Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater, Hospital Estadual de Serrana e Hospital Estadual de Américo Brasiliense), elaboraram o presente documento com o intuito de contribuir com a discussão dessa importante, controversa e complexa questão.
- Serão aqui reunidos elementos básicos que orientam a retomada de atividades por organismos internacionais, a experiência acumulada das estratégias previstas ou utilizadas com essa finalidade, no exterior e no Brasil, e sua correlação com a evolução histórica da pandemia nesses locais.
- O documento discute ainda os resultados e o impacto de um inquérito soropidemiológico conduzido entre 01 e 03 de maio, em amostra aleatória da população da cidade de Ribeirão Preto, em face de parceria estabelecida entre a FMRP, o HCFMRP, a FAEPA e a Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, com apoio do Instituto Butantan, de modo a identificar pessoas que já tiveram a infecção pelo SARS-CoV-2, mediante a análise da presença de anticorpos contra o vírus, bem como aqueles que demonstram a infecção ativa, identificados pelo teste de RT-PCR.
- Do mesmo modo que atividades de natureza econômica, educacional ou social foram restritas em tempos de pandemia, também as instituições de saúde em todo o país reduziram significativamente as atividades consideradas eletivas, em pacientes com outras morbidades, o que ocorreu, também, nas unidades que compõem o Complexo HCFMRP, FMRP e FAEPA. Tendo em vista a necessidade imperiosa de avaliar continuamente as condições de saúde desses pacientes com doenças crônicas, muitas delas graves, o documento detalha uma proposta sistematizada de ampliação progressiva das atividades de atenção à saúde desses pacientes.
- Finalmente, são analisados cenários, critérios, estratégias e perspectivas de medidas que poderiam ser consideradas para estabelecer as formas mais

seguras de liberação progressiva das restrições impostas pelo distanciamento social ampliado.

Aspectos fundamentais para nortear a retomada de atividades

- Durante uma coletiva de imprensa, no dia 13 de abril de 2020, Tedros Adhanom Ghebreyesus, Diretor Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), disse que a pandemia demonstra uma velocidade de desaceleração muito mais lenta que aquela mostrada na fase de crescimento do número de casos. Com o objetivo de orientar os países que considerassem o levantamento de restrições às medidas de distanciamento social, ele elencou seis critérios que deveriam ser considerados antes de implementar a retomada de atividades.
- São os seguintes os **critérios propostos pela Organização Mundial de Saúde**:
 - **1) quando a transmissão do COVID-19 estiver controlada em nível de casos esporádicos ou de agrupamentos de casos**, todos provenientes de contatos ou importações conhecidas, enquanto a incidência de novos casos deve ser mantida em um nível em que o sistema de saúde tenha condições de proporcionar atendimento adequado aos pacientes mantendo capacidade substancial de contingência;
 - **2) existência de infraestrutura hospitalar e capacidade do sistema de saúde pública suficientes para permitir tanto a detecção quanto o tratamento de casos graves**, bem como de isolar todos os casos, independentemente da gravidade e origem;
 - **Detecção**: casos suspeitos devem ser detectados rapidamente após o início dos sintomas por meio da localização ativa de casos;
 - **Teste**: todos os casos suspeitos devem ter resultados dentro de 24 horas após a identificação e a amostragem, bem como evidência de capacidade suficiente para verificar o status livre de vírus dos pacientes que se recuperaram;
 - **Isolamento**: capacidade para manter todos os casos confirmados imediata e efetivamente isolados, em hospitais ou na própria residência, para casos leves e moderados, até que não sejam mais agentes transmissores da infecção;

- **Quarentena:** capacidade para rastrear todos os contatos próximos, colocá-los em quarentena e monitorá-los por 14 dias, seja em acomodações específicas ou em quarentena domiciliar, seja mediante visitas, telefonemas ou trocas de mensagens.
- **3) Capacidade de minimizar os riscos de novos surtos em ambientes de alta vulnerabilidade e mesmo de transmissão nosocomial**, o que exige controle rigoroso e identificação de todos os determinantes da transmissão do COVID-19: por exemplo, prevenção e controle apropriados de infecções, incluindo triagem e fornecimento de equipamentos de proteção individual em ambientes de cuidados de saúde e cuidados residenciais, especialmente em asilos de idosos e casas de repouso.
- **4) Disponibilidade de medidas preventivas nos locais de trabalho estabelecidas para reduzir o risco de contaminação**, incluindo as diretrizes e capacidade suficiente para promover e implementar medidas padronizadas de prevenção da COVID-19 em termos de distanciamento físico, lavagem das mãos, etiqueta respiratória e, ainda, de monitoramento de temperatura corporal.
- **5) Capacidade de minimizar os riscos de casos importados** mediante análise da provável origem e das rotas potenciais das importações, incluindo a implementação de medidas para detectar e gerenciar rapidamente casos suspeitos entre os viajantes, e a capacidade de implantação de quarentena aos casos identificados.
- **6) Compreensão e engajamento total das pessoas da população no que tange à exata dimensão das mudanças associadas à transição para um modelo mais flexível de distanciamento social**, tendo presente que medidas de prevenção comportamental deverão ser mantidas e que todos os indivíduos têm papéis-chave na habilitação e implementação de novos mecanismos de controle dessas medidas².
- Como se observa, embora sejam apenas seis os critérios elencados pela OMS, eles incluem elementos diversificados e relativamente complexos, que variam desde a necessidade de ocorrência apenas de casos isolados na população, a adequada dimensão da infraestrutura hospitalar para atendimento de todos os casos, capacidade de testagem de amplos segmentos da população, com

² <https://yaleglobal.yale.edu/content/who-criteria-lifting-covid-19-restrictions>

identificação e isolamento dos casos positivos, identificação de casos importados, fatores que exigem um nível elevado de vigilância epidemiológica, além de destacar a fundamental importância da comunidade no sucesso da implantação de eventuais medidas de flexibilização.

- O cumprimento dessas recomendações não é simples. Mesmo no Canadá, um país desenvolvido, dotado de um dos melhores sistemas de saúde pública do mundo, especialistas daquele país reconhecem que a maior parte desses critérios não estão preenchidos, neste momento, a saber, considerando respostas resumidas: 1) A transmissão do vírus está sob controle? Resposta: o país ainda não está realizando testes suficientemente (observação: o Canadá realizou 2.489 testes/100.000 habitantes, Brasil: 161,1/100.000, Ribeirão Preto: 277/100.000); 2) O sistema de saúde está equipado para detectar, testar, isolar e tratar todos os casos e rastrear todas as pessoas que entraram em contato com um caso positivo? Resposta: ainda não; 3) Os surtos estão minimizados em ambientes especiais, como unidades de saúde e asilos? Resposta: Não; 4) Existem medidas já preparadas nos locais de trabalho e nas escolas para impedir a propagação do vírus? Resposta: ainda não; 5) Os riscos de importar mais casos de fora do país estão sendo gerenciados? Resposta: Sim; 6) As comunidades locais estão educadas, engajadas e capacitadas para se ajustarem às “novas regras”? Resposta: Talvez³.

A experiência acumulada em locais em que a retomada está sendo planejada ou já em fase de implementação

- A volta à “normalidade”, com liberação progressiva de medidas restritivas, tem sido uma preocupação constante de dirigentes globalmente. Alguns desses países, no entanto, têm sido considerados como exemplos, ou pelo sucesso nas medidas de contenção da fase mais aguda da pandemia ou pela superação dessa fase, após período de crescimento excessivo de casos e níveis elevados de mortalidade pelo SARS-CoV-2. Entre eles, estão, Coreia do Sul, Alemanha, Dinamarca, Itália, Espanha, Reino Unido, Portugal, Singapura, Nova Zelândia e França.

³ <https://nationalpost.com/news/canada/covid-19-the-who-has-issued-guidelines-for-lifting-restrictions-but-is-canada-ready>

- Nas tabelas abaixo estão resumidos alguns dados epidemiológicos (em 06/05/2020) desses países, dos Estados Unidos da América e do Brasil, Estado de São Paulo e de Ribeirão Preto:

	Coreia do Sul	Singapura	França	Alemanha	Itália	Espanha	Dinamarca	Nova Zelândia	Reino Unido	Portugal
População (milhões)	51,3	5,8	65,3	83,7	60,5	46,8	5,8	4,8	66,9	10,2
Data do início distanciamento social	15/03	07/04	16/03	13/03	08/03	15/03	13/03	19/03	23/03	19/03
Data do primeiro caso	20/01	23/01	24/01	27/01	31/01	31/01	27/02	28/02	28/02	02/03
Data do primeiro óbito	20/02	21/03	14/02	09/03	21/02	24/02	14/03	28/03	05/03	16/03
Número de casos*	10.810	20.198	174.191	168.162	214.457	253.682	9.938	1.489	201.101	26.182
Número casos 100 mil*	21,1	348,2	266,8	201,0	354,5	542,1	171,3	31,0	300,6	256,7
Número testes 100 mil*	1.265	3027	1.685	3.292	3.819	4.129	4.667	3.500	2164	4.610
Número de óbitos*	256	20	25.809	7.285	29.684	25.857	506	21	30.076	1.089
Letalidade*	2,37%	0,1%	14,8%	4,3%	13,8%	10,2%	5,1%	1,4%	15,0%	4,15%
Mortalidade/100.000	0,5	0,3	39,5	8,7	49,1	55,3	8,7	0,4	44,3	10,7
Dias entre caso 1/pico	40	93	67	60	51	51	41	32	62	39
Dias entre óbito 1/pico	28	21	49	37	34	29	20	16	36	17

	Ríb. Preto	Estado de SP	Brasil	EUA
População (milhões)	0,7	44,0	212,6	331
Data do início distanciamento social	19/03	21/03	* variável	24/03
Data do primeiro caso	21/03	26/02	25/02	21/01
Data do primeiro óbito	26/03	17/03	17/03	01/03
Número de casos*	321	37.853	126.611	1.263.092
Número casos 100 mil*	45,9	86,0	46,9	370,7
Número testes 100 mil*	277	313,3	159,7	2418,6
Número de óbitos*	8	3.045	8.588	74.799
Letalidade*	2,40%	8,0%	6,7%	5,92%
Mortalidade/100.000	1,14	6,92	4	22,6

Fonte: dados de 06/05/2020 - <https://www.worldometers.info/coronavirus/>; Boletim Epidemiológico - Sec. Municipal da Saúde – RP; Secretaria Estadual de Saúde- São Paulo

- A percentagem da população total desses países que foi submetida a testes diagnósticos para Covid-19 foi bastante variável; os países que mostraram indicadores de maior sucesso no enfrentamento da pandemia (Alemanha, Coreia do Sul, Nova Zelândia, Portugal e Singapura) realizaram testes variando entre 1,3% e 4,8% da população (média=3,2%), enquanto os demais que tiveram maior dificuldade no enfrentamento mostraram variação entre 1,6% e 4,1%

(média = 3,2%); por outro lado, no Brasil foram submetidos a testes diagnósticos apenas 0,16% da população e em Ribeirão Preto 0,28%.

Alemanha	Coréia do Sul	Nova Zelândia	Portugal	Singapura	
3,3%	1,3%	3,5%	4,8%	3,0%	
EUA	Espanha	Itália	Reino Unido	França	Dinamarca
2,4%	4,1%	3,8%	2,16%	1,6%	4,9%

- A evolução do número de casos identificados diariamente, nesses países, ocorreu de maneira bastante diversa como mostram os gráficos abaixo. É possível observar, entretanto, que, em todos esses países, a curva de evolução dos casos após atingir um pico máximo casos, entrou em fase de redução progressiva. Em contrapartida, em países como o Brasil, Reino Unido e os Estados Unidos da América, a evolução diária do número de casos identificados ainda é crescente ou oscila em níveis elevados, sem tendência para redução.

Daily New Cases in South Korea



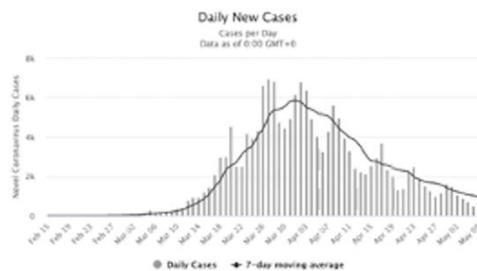
Daily New Cases in Singapore



Daily New Cases in France



Daily New Cases in Germany



Daily New Cases in Italy



Daily New Cases in Spain



Daily New Cases in Denmark



Daily New Cases in New Zealand



Daily New Cases in the United Kingdom



Daily New Cases in Portugal



Daily New Cases in the United States



Daily New Cases in Brazil



Fonte: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

- Apesar desse padrão de evolução da curva de confirmação de novos casos, tanto no Brasil como nos Estados Unidos há estudos ou até mesmo iniciativas de implementação de programas, em alguns estados, de flexibilização das restrições impostas pelos decretos governamentais com retomada de diferentes atividades econômicas e sociais.
- Em Ribeirão Preto e no Estado de São Paulo, a evolução dos casos de Covid-19 está representada nos dois gráficos abaixo⁴, ficando evidente que, nos dois

⁴ Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto e Secretaria Estadual de Saúde

casos, a curva de crescimento também não atingiu uma estabilização do número de casos acumulados ou redução progressiva de novos casos, um padrão que se constata tanto para China como para a Coréia do Sul:

Ribeirão Preto



Fonte: Boletim epidemiológico Secretaria Saúde de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo



Fonte: Boletim epidemiológico Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Características específicas de propostas de retomada das atividades no exterior e no Brasil

- São resumidas no Anexo I características específicas das propostas de retomada de atividades com a flexibilização de medidas de distanciamento social na Alemanha, Espanha, Dinamarca, França, Portugal, Singapura, Nova Zelândia e Coréia do Sul. Também são discutidos planos de flexibilização propostos pela FIESP e pelas prefeituras de Campinas e Ribeirão Preto.

Avaliação da prevalência de marcadores virológicos e sorológicos do SARS-CoV-2 na população de Ribeirão Preto: um inquérito epidemiológico⁵

- O coronavírus SARS-CoV-2 é o agente etiológico da COVID-19, uma doença infectocontagiosa identificada pela primeira vez em dezembro de 2019, na China, que se espalhou rapidamente para todos os continentes, causando uma pandemia com graves repercussões clínicas, sociais e econômicas. Apesar de sua moderada infectividade, grande parte da capacidade de disseminação desse vírus pode ser atribuída ao seu espectro muito amplo de manifestações clínicas.
- Ainda que 15-20% das pessoas acometidas sofram de uma doença respiratória grave, necessitando hospitalização e muitas vezes cuidados intensivos, os demais 80-85% têm uma doença leve ou são simplesmente assintomáticos. Esses, então, terminam por continuar a sua rotina diária de vida, mesmo infectados, desenvolvendo inúmeras oportunidades de transmitir o vírus a pessoas susceptíveis, durante o convívio social.
- Por esse motivo, medidas de distanciamento social têm sido propostas por diversos países como forma de controle da disseminação do vírus, em adição às medidas tradicionais de higiene das mãos e etiqueta respiratória. Apesar de efetivas, as medidas de distanciamento social produzem impacto negativo sobre a economia, podendo reversamente agravar a situação financeira e de saúde, especialmente das pessoas mais pobres e vulneráveis.
- Nesse contexto, estimar a prevalência do SARS-CoV-2 em determinada população é fundamental não apenas para avaliar a efetividade das medidas de distanciamento social, mas principalmente para nortear a reabertura gradativa e segura das atividades comerciais, industriais, educativas e de lazer. Essa é a principal justificativa do estudo desenvolvido com o objetivo de estimar a prevalência de infecção atual e pregressa pelo vírus SARS-CoV-2 na população do município de Ribeirão Preto (SP), numa iniciativa pragmática do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP), da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do HCFMRP (FAEPA) e da Secretaria Municipal de Saúde.
- Trata-se de inquérito epidemiológico conduzido mediante amostragem estratificada por sexo, idade e local de residência. Para avaliar uma

⁵ Comitê Técnico do Inquérito Epidemiológico SARS-CoV-2: Afonso Dinis Costa Passos, Amaury Lelis Dal Fabbro, Antônio Pazin-Filho, Benedito Antônio Lopes da Fonseca, Daniel Cardoso de Almeida e Araújo, Diego Villa Clé, Edson Zangiacomi Martinez, Fernando Bellissimo-Rodrigues, Gilberto Gambero Gaspar, Jair Lício Ferreira dos Santos, Ricardo de Carvalho Cavalli, Rodrigo de Carvalho Santana, Rodrigo do Tocantins Calado, Valdes Roberto Bollela

soroprevalência inferior a 20% numa população de aproximadamente 706.552 habitantes, estimou-se amostra de 720 pessoas distribuídas proporcionalmente pelos distritos sanitários e setores censitários do município. Após algumas perdas, foram abordadas 709 pessoas.

- As pessoas sorteadas foram contatadas em seus próprios domicílios por profissionais de saúde adequadamente treinados, de 1 a 3 de maio 2020. Aplicou-se Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, aqueles que concordaram em participar, responderam a um questionário contendo algumas variáveis clínicas e demográficas, sofreram uma coleta de sangue e de “swab” de nasofaringe.
- O sangue foi processado para avaliar a presença de anticorpos contra o SARS-CoV-2 (desfecho primário) e o “swab” de nasofaringe foi processado para avaliar a presença do RNA viral, por meio de técnicas de biologia molecular (desfecho secundário). Adicionalmente, foram tabulados os desfechos primários e secundários do estudo de acordo com as variáveis clínicas e demográficas do questionário. Todo o processo será repetido após seis semanas, com os mesmos participantes.
- Todos os resultados estão disponibilizados aos participantes do estudo por acesso digital à plataforma do Hospital. Os dados globais anonimizados foram divulgados aos órgãos de vigilância epidemiológica do município, estado e federação.

Plano de retomada progressiva das atividades clínicas e cirúrgicas de pacientes em seguimento no HCFMRP e nos hospitais vinculados à FAEPA

- Considerando que o HCFMRP e alguns dos hospitais estaduais vinculados à FAEPA são referência para o cuidado de pacientes com Covid-19 e que, em função da pandemia, esses hospitais tiveram de reduzir o atendimento eletivo de pacientes menos graves, mantendo o atendimento dos pacientes com doenças crônicas mais graves e instáveis, tornou-se necessária a elaboração de plano de retomada das atividades clínicas e cirúrgicas nesses hospitais, considerando cenários em que o número de casos atendidos possa ser acomodado na infraestrutura existente nesses hospitais, na dependência da evolução da pandemia. Essas propostas são apresentadas ao final desse documento no Anexo II.

Análise crítica dos critérios, riscos e estratégias para retomada progressiva de atividades com base na experiência acumulada

- Os critérios propostos pela OMS para orientar planos de retomada de atividades administrativas, econômicas, educacionais e sociais com a flexibilização das restrições previstas no Distanciamento Social Ampliado constituem um referencial importante para se avaliar benefícios e riscos potenciais associados a esse processo de mudança de postura administrativa. Há que se destacar, que, na hipótese de suspensão das medidas de distanciamento social ampliado, permanece a necessidade imperiosa de manutenção de distanciamento social seletivo para os grupos de alto risco de contágio e das medidas de etiqueta respiratória e higienização rigorosa.
- O cumprimento integral dos critérios propostos pela OMS não é simples, mesmo para países com sistemas de saúde reconhecidamente mais desenvolvidos que o nosso. Ao analisarmos a possível conformidade de cada um desses critérios para a nossa cidade, verificamos que: 1) **controle da transmissão viral com redução do número de casos ou com casos esporádicos**: os dados disponíveis mostram uma curva crescente de casos na cidade, ainda que tenhamos um crescimento ainda relativamente lento, ao mesmo tempo em que, o inquérito epidemiológico mostrou que apenas 1,21% da população de Ribeirão Preto já parece ter sido contaminada com o SARS-CoV-2, o que indica que esse critério não é atendido, por enquanto; 2) **infraestrutura hospitalar e capacidade do sistema de saúde pública suficientes para detecção e tratamento de casos graves**: esse, certamente, é o requisito mais complexo uma vez que considera, por um lado, a **infraestrutura hospitalar**, especialmente dos leitos mais críticos de terapia intensiva, tem sido amplamente suficiente para atendimento dos casos graves, até esse momento, com taxa de ocupação entre 25 e 35%; segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde⁶, a cidade dispõe de 110 leitos para atendimento dos paciente mais graves em terapia intensiva, entretanto, não se pode garantir que essa quantidade será suficiente se tivermos um aumento explosivo de casos; considerando os dados do inquérito epidemiológico conduzido na cidade, hoje, apenas 1,21% da população já foi infectada pelo SARS-CoV-2; imaginemos que esse número crescesse rapidamente, em um tempo muito curto, para 3%, o que corresponderia a aproximadamente 21.000 pessoas infectadas de uma

⁶ <https://g1.globo.com/sp/ribeirao-preto-franca/noticia/2020/04/17/ocupacao-dos-leitos-de-uti-exclusivos-para-covid-19-e-de-32percent-em-ribeirao-preto-diz-secretario.ghtml>

população de 700.000 habitantes; admitindo-se que 10% delas precisariam atendimento hospitalar (2.100) e aproximadamente 30% desse número (630) necessitasse de terapia intensiva, a capacidade instalada de leitos de CTI seria superada, mesmo que fosse emergencialmente dobrada, especialmente quando se considera que, em média, os pacientes ficam três semanas internados em CTI, o que não sugere que a nossa capacidade instalada possa fazer frente a um crescimento explosivo e rápido de casos; por outro lado, ele considera também a capacidade de execução abrangente de testes diagnósticos, identificação dos casos positivos, isolamento desses casos, rastreamento e monitoramento dos contatos; embora a capacidade de testagem tenha sido ampliada na cidade, ela ainda não envolve todos os casos sintomáticos; do mesmo modo, a identificação, isolamento de casos e monitoramento de contatos, exigiria uma capacidade de vigilância epidemiológica com equipes bastante ampliadas; **3) Capacidade de minimizar os riscos de novos surtos em ambientes de alta vulnerabilidade e mesmo de transmissão nosocomial:** esse requisito depende fundamentalmente de um sistema de vigilância epidemiológica com infraestrutura de pessoal para monitorar essas unidades que cuidam de pessoas vulneráveis, principalmente asilos de idosos e casas de repouso; por outro lado, o controle da transmissão nosocomial e disponibilização de EPIs tem sido um desafio constante a todos os gestores hospitalares **4) Disponibilidade de medidas preventivas nos locais de trabalho estabelecidas para reduzir o risco de contaminação:** protocolos de medidas de distanciamento e higienização nos ambientes de trabalho serão fundamentais para o sucesso de políticas de flexibilização das medidas restritivas; além de protocolos bem estabelecidos para cada uma das atividades, torna-se necessário um monitoramento constante da aplicação dessas medidas de higienização e distanciamento no trabalho **5) Capacidade de minimizar os riscos de casos importados:** esse é um critério que tem muito impacto para países, mas pode ser utilizado para cidades em situação de fechamento total (“lockdown”) ou em barreiras de controle nos acessos à cidade, envolvendo identificação e monitoramento de casos suspeitos ou com recomendações para evitar viagens para locais considerados como epicentros da pandemia **6) engajamento, educação e capacitação da população para aderência à novas regras de flexibilização:** este certamente é um critério de importância vital para o sucesso dos planos de flexibilização de medidas restritivas, mas representa um enorme desafio porque depende de fatores incontroláveis pelos gestores públicos, que podem apenas editar as regras, mas dependem da

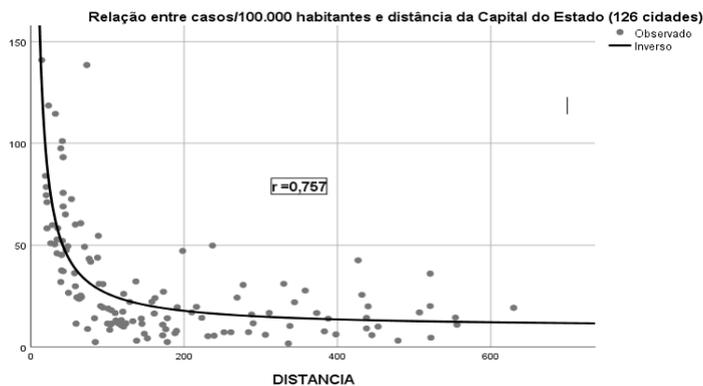
compreensão da comunidade da gravidade da pandemia e dos benefícios que o distanciamento pode proporcionar.

- Os quesitos elencados pela OMS para orientar planos de retirada das restrições impostas por medidas de isolamento social, em uma certa medida, também influíram na taxa de sucesso de diferentes países no enfrentamento da pandemia; entre eles destacam-se o maior rigor com medidas de distanciamento social, nível elevado de testagem dos pacientes, identificação, isolamento de casos e monitoramento de contatos, maior engajamento da população.
- Como documentado nas tabelas anexadas, destacaram-se Alemanha, Coréia do Sul, Nova Zelândia, Portugal e Singapura, com testes por 100.000 habitantes entre 1.295 e 4.610, número de casos por 100.000 habitantes entre 21,1 e 348,2, de mortalidade por 100.000 habitantes entre 0,30 e 10,7 e taxa de letalidade entre 0,1% e 4,3%. Ribeirão Preto apresentou para essas variáveis, respectivamente, valores de 277 testes/100.000 habitantes, 45,9 casos/100.000 habitantes, 1,14 mortalidade/100.000 habitantes e letalidade de 2,4%. Não obstante o número de testes muito inferior a esses países, ele é maior que a média do Brasil como um todo, e cidade apresenta bons indicadores de número de casos por 100.000 habitantes e taxas de mortalidade e letalidade, provavelmente resultantes da baixa prevalência da virose na cidade graças ao distanciamento social estabelecido precocemente.
- Entre todos os países avaliados, a média de dias decorridos entre o primeiro caso e o pico de caso foi de 59 dias, enquanto em Ribeirão Preto, o pico ainda não foi atingido 47 dias após o primeiro caso; por outro lado, o tempo decorrido entre o primeiro óbito e o pico de óbitos foi de 29 dias; em Ribeirão Preto, o primeiro óbito ocorreu há 40 dias.
- Com exceção de Brasil, Reino Unido e Estados Unidos da América, em todos os demais países analisados, em que medidas de flexibilização foram implementada há poucos dias ou ainda se discute o relaxamento das medidas de distanciamento social ampliado verifica-se que essa proposta é considerada em uma fase da pandemia em que o número de novos casos diários vem apresentando queda progressiva. É muito diferente a situação da cidade de Ribeirão Preto, em que se observa elevação continuada do número de casos, sem caracterizar, ainda, um crescimento exponencial.
- Alguns aspectos devem ser destacados ao comparar os planos de retomada de atividades entre os diferentes países analisados: 1) todos os dirigentes políticos destacam sua preocupação com os riscos de a reabertura facilitar uma segunda

onda de casos; 2) todos os planos consideram a implantação em fases separadas por períodos de pelo menos 14 dias, com previsão de retorno às restrições em caso de reativação da epidemia; 3) não há homogeneidade na seleção das atividades que são reativadas em cada fase, exceto para eventos com grande público que sempre são deixados para a fase final da implantação dos planos; 4) de modo geral, são liberadas primeiramente as atividades que envolvem menor risco de disseminação da epidemia e menor volume de pessoas, 5) todos destacam a importância de ampliar a testagem, monitorar a taxa de ocupação da infraestrutura hospitalar, identificar e isolar os casos positivos, monitoramento e quarentena para contatos, bem como a fundamental importância do engajamento da população na manutenção de medidas de distanciamento social, etiqueta respiratória e higienização.

- A proposta da FIESP é bastante detalhada e embora aborde as recomendações da OMS para orientação de planos de flexibilização, não correlaciona essas recomendações com o conteúdo da sua proposta. Ela não define um critério para iniciar a retomada, apenas aponta que a retomada com distanciamento social seletivo deve ocorrer o mais breve possível, em 4 fases separadas por 14 dias entre elas. Não se observa justificativa para a escolha das atividades reativadas em cada fase, mas considera que a abertura se dá segundo o grau de “essencialidade”. O plano também considera escalonamento de horários de atendimento e protocolos muito detalhados e sistematizados de convivência, higienização e distanciamento social para diferentes atividades econômicas, sociais e educacionais.
- Os planos propostos pela Prefeituras Municipais de Campinas e Ribeirão Preto também consideram a reabertura em fases separadas por períodos de 14 dias até o retorno de todas as atividades. O plano de Campinas condiciona seu início ao decreto do Governador do Estado, enquanto que o plano de Ribeirão prevê o início em 11 de maio, diferindo também no tipo de serviço que é aberto em cada fase. Ambos os planos apresentam regras específicas para condicionar a abertura dos diferentes serviços. Em nenhum deles se encontra uma justificativa objetiva que embasou a seleção dos serviços a serem reabertos.
- A experiência de Blumenau, Santa Catarina, deve ser avaliada com muito cuidado, uma vez que, com a autorização de abertura do comércio foram reativados o funcionamento de lojas comerciais e dos shopping centers com diferença de 9 dias. Entre o dia de reabertura, em 13/04 e 04/05 houve um crescimento de 244% dos casos, alertando para o cuidado que deve ser

- obedecido na proposição de fases progressivas para reabertura de atividades, com, no mínimo 14 dias, para se avaliar seu impacto no número de novos casos.
- Os resultados do inquérito epidemiológico para avaliação da prevalência de marcadores sorológicos e virológicos do SARS-Cov-2, em Ribeirão Preto, mostraram prevalência bruta de 1,21% (IC 95% - 0,43% a 2%) da população estudada, enquanto apenas um caso em 709 testados mostrou positividade para presença do vírus no teste de RT-PCR, o que corresponde a 0,14% da população avaliada. Estes dados permitem estimar que aproximadamente 8.400 ribeirãopretanos já foram infectados pelo novo coronavírus.
 - Isto significa que uma proporção mínima da população já teve contato com o vírus, restando um expressivo número de pessoas suscetíveis que ainda não foram expostas ao SARS-CoV-2.
 - Ao mesmo tempo, os dados mostram que ainda estamos muito distantes da imunidade de rebanho, que se estabelece a partir de 50% da população já contaminada, quando se considera que a epidemia está efetivamente controlada.
 - Considerando que o teste do RT-PCA foi positivo em 0,14% dos participantes do estudo e o tamanho da amostra, fica difícil estimar com precisão o número de pessoas com vírus ativo, mesmo assintomáticas, neste momento, na cidade.
 - Adicionalmente, esses resultados indicam que a política de distanciamento social ampliado aplicada na cidade foi um componente importante a determinar a relativamente baixa ocupação de leitos de CTI, contribuindo para o achatamento da curva de novos casos de Covid-19.
 - Um fator adicional que deve ter contribuído é a distância da cidade do epicentro em São Paulo: o gráfico abaixo mostrando a relação entre o número de casos (fonte: site da Secretária Estadual de Saúde até 01/05/2020) de Covid-19 por 100.000 habitantes das cidades com mais de 50.000 habitantes (fonte: IBGE - população estimada para 2019) e a distância da cidade de São Paulo (calculada como a menor distância estimada em quilômetros pelo Google Maps) é consistente com uma curva exponencial inversa com elevada correlação ($r=0.757$), indicando que o número de casos é progressivamente menor à medida que nos distanciamos do epicentro em São Paulo (dados da Capital foram excluídos da análise)

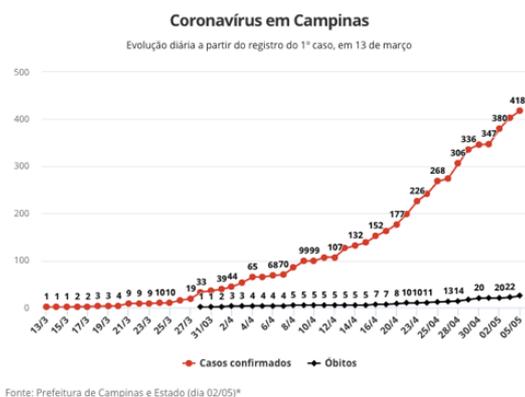


Fonte: Prof André Schmidt - HCFMRP-USP

Considerações Finais

- A pandemia provocada pelo novo coronavírus já causou a morte de milhares de pessoas em todo o mundo e colocou sob enorme pressão dirigentes políticos, gestores públicos e os serviços de saúde. No Brasil, o número de novos casos é crescente e acelerado, observando-se, em vários estados, o colapso do atendimento hospitalar. No Estado de São Paulo, tendo a cidade de São Paulo como epicentro, também se observa número crescente de casos, sem que o pico de novos casos tenha sido atingido, o que resultou em atendimento hospitalar sobrecarregado e próximo do limite da capacidade instalada de leitos do sistema público. No interior do Estado, a situação é menos crítica, embora os primeiros sinais de aceleração de casos e sobrecarga do sistema de saúde sejam constatados em algumas regiões. Em Ribeirão Preto, observa-se o crescimento relativamente linear de novos casos diagnosticados, sem evidência até agora de tendência a crescimento exponencial ou mesmo de sobrecarga excessiva do sistema hospitalar.
- Apesar dessa situação relativamente confortável para o sistema de saúde local, não se pode garantir que esse crescimento não venha a ocorrer nos próximos dias ou semanas, já que outras regiões do interior do Estado estão apresentando elevação significativa do número de novos casos, lembrando-se que esse crescimento pode ocorrer de modo muito rápido, em apenas alguns dias.
- Observe-se como evidência dessa situação do interior do Estado, o levantamento da Secretaria de Desenvolvimento Regional do Estado apontando que número de pessoas infectadas no interior de SP cresceu 2.532%, durante o mês de abril; ademais, observou-se crescimento com tendência exponencial de novos casos já ocorrendo em Campinas, como mostra a figura abaixo, e a

preocupante taxa de ocupação, em hospitais públicos, de leitos de CTI de 95% em Sorocaba, 100% em Botucatu e 80% na Baixada Santista⁷.



- Ainda que os indicadores de distanciamento social, em Ribeirão Preto, venham se mantendo, durante a semana, pouco acima de 40% e perto de 50% nos feriados e finais de semana, esse nível de aderência deve certamente ter contribuído para que o número de casos não tivesse crescimento excessivo até o momento. Outros fatores podem ter tido papel adicional neste resultado, incluindo: a maior aderência da população às medidas higiênicas e à etiqueta respiratória, e, possivelmente, uma redução de fluxo nas duas direções, entre São Paulo e Ribeirão Preto.
- Os resultados do inquérito epidemiológico para avaliar a prevalência de marcadores virológicos e sorológicos do SARS-CoV-2 em amostra da população de Ribeirão Preto, realizado entre 01 e 03 de maio, são consistentes com esse cenário ao mostrar uma prevalência total de apenas 1,21% entre os 709 habitantes das várias regiões da cidade estudados. Detectou-se também a presença do vírus em 0,14% da amostra avaliada.
- Estes dados indicam que a maior parte da população da cidade ainda não teve contato com o SARS-CoV-2 e, considerando que todos são susceptíveis à essa infecção viral, que estamos bem distantes dos 50% de infectados que garantiriam a imunidade de rebanho e o controle da epidemia.
- Do ponto de vista da prudência e da segurança do sistema de saúde pública, o cenário mais adequado seria de manutenção das medidas de distanciamento social ampliado, considerando os sinais recentes de aumento do número de casos em algumas regiões do interior do Estado.
- Entretanto, em face do impacto negativo sobre os indicadores econômicos e o nível de emprego associados à política de distanciamento social ampliado, existe

⁷ https://www.terra.com.br/noticias/coronavirus/hospitais-no-interior-de-sp-ja-tem-leitos-de-uti-lotados_05387d94e98f013ac582c3b8d6f3102dfho9honn.html

uma grande e justificada ansiedade do meio empresarial para a implementação de plano de flexibilização das normas restritivas de distanciamento social, elementos que deverão ser considerados pelas autoridades públicas nas suas decisões em busca de um equilíbrio entre o enfrentamento à pandemia e a mitigação dos efeitos socioeconômicos provocados pelo distanciamento social.

- A busca desse equilíbrio representa um dos maiores desafios impostos aos dirigentes e gestores públicos mundiais, em todos os níveis. Para tanto, é fundamental analisar a experiência acumulada tanto no exterior como no Brasil.
- A flexibilização das medidas de distanciamento levará inevitavelmente a um aumento de novos casos de infecção pelo SARS-Cov-2, sendo necessário monitoramento constante e disponibilidade para ajustar e reintroduzir novas medidas, incluindo o retorno à situação anterior em caso de aumento excessivo do número de casos ou elevadas taxas de ocupação de leitos de terapia intensiva.
- Observe-se que tal plano de reabertura de atividades ocorreria em um cenário em que o número de casos mostra crescimento apenas moderado, sem sinais evidentes de que se atingiu o pico máximo, enquanto quase todos os países do mundo que estão considerando, neste momento, implantação de planos de flexibilização de medidas de contenção já estão em fase descendente da curva de novos casos diários; portanto, esse é um cenário absolutamente desconhecido.
- Entretanto, na hipótese de aumento excessivo de aglomerações de pessoas levando ao insucesso na implantação de plano para reabertura de atividades, há que se lembrar que, tendo em vista a baixa prevalência da contaminação viral na população da cidade, um aumento de 1,21% para apenas 3% do número de pessoas que fossem contaminadas em um curto período de tempo poderia levar nossa infraestrutura hospitalar ao colapso. Deve-se registrar que a taxa de transmissibilidade (R_0) do novo coronavírus é estimada entre 2 e 3, que é relativamente elevada, quando cada indivíduo contaminado transmite o vírus para 2 ou 3 outros contatos, propagando a epidemia exponencialmente.
- Qualquer que seja a configuração técnica de um plano de flexibilização, alguns requisitos parecem ser fundamentais para minimizar os riscos de insucesso:
 - 1) implantar as medidas de flexibilização de modo gradual, respeitando intervalos de pelo menos 14 dias entre reabertura de atividades administrativas, econômicas, sociais ou educacionais, para que seus efeitos possam ser monitorados continuamente;

- 2) aumentar a capacidade de testagem para detecção de novos casos e monitoramento da prevalência na população;
- 3) incrementar as equipes de vigilância epidemiológica para identificar contatos, determinar isolamento e quarentena e acompanhar grupos vulneráveis de alto risco;
- 4) estimular continuamente a aderência da comunidade a medidas de etiqueta respiratória, higienização corporal e de ambientes, bem como a manutenção de medidas de distanciamento social e o uso constante de máscaras;
- 5) considerar a implantação barreiras sanitárias de controle de acesso às cidades, identificando, testando e monitorando sintomáticos.
- A ampliação do número de testes disponíveis para identificar as pessoas contaminadas pelo SARS-CoV-2 é um recurso importante para o enfrentamento da pandemia, mas não se pode prescindir de medidas agressivas de vigilância epidemiológica para identificar, tratar, isolar casos e monitorar contatos e grupos alta vulnerabilidade.
- Não existem regras unanimemente aceitas quanto à sequência de abertura dos diferentes tipos de atividades, mas racionalmente se deve ponderar a abertura sucessiva de atividades considerando, inicialmente, aquelas de menor impacto no volume de pessoas envolvidas, deixando para o final atividades que envolvam aglomerações de porte muito volumoso de pessoas.
- No trabalho, independentemente da atividade, deve-se considerar:
 - 1) organizar a atividade de modo a ter menor número de pessoas por turno, com maior espaçamento entre elas, considerando a área disponível para a atividade;
 - 2) promover escalonamento de horários entre funcionários;
 - 3) implantar medidas rigorosas de higienização do ambiente de trabalho e para garantir o distanciamento entre funcionários e usuários;
 - 4) implementar horários de trabalho limitados ao longo do dia ou em alguns dias da semana;
 - 5) o tele-trabalho deve ser encorajado, pelo menos para parte da equipe.
- Decidir entre manter as regras de distanciamento social ampliado ou promover a reabertura progressiva de atividades econômicas, educacionais e sociais é algo complexo e não isento de riscos, especialmente em um cenário em que existe grande parte da população suscetível a um vírus de elevada transmissibilidade; a experiência acumulada mostra que em intervalo de uma ou duas semanas a contaminação pode levar a um número muito grande de novos

casos sobrecarregando o sistema hospitalar e criando a possibilidade de colapso.

Ribeirão Preto, 07 de maio de 2020

Benedito Carlos Maciel Superintendente do HCFMRP
Antonio Pazin Filho Diretor do Departamento de Atenção à Saúde do HCFMRP
Benedito Antonio Lopes da Fonseca Membro do Comitê de Contingência Covid-19
Rodrigo Tocantins Calado Diretor do Departamento de Apoio Médico do HCFMRP
Rodrigo de Carvalho Santana Docente Depto. Clínica Médica- Doenças Infecciosas
Gilberto Gambero Gaspar Comissão de Controle da Infecção Hospitalar – HCFMRP
Elaine Christine Dantas Moisés Diretora do Centro de Referência da Saúde da Mulher – Mater
Marcos de Carvalho Borges Diretor do Hospital Estadual de Serrana
João Paulo Souza Docente Depto. Medicina Social
Tonicarlo Rodrigues Velasco Gerente dos Ambulatórios - HCFMRP
Diego Villa Clé Departamento de Apoio Médico - HCFMRP

Margaret de Castro Diretora da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Ricardo de Carvalho Cavalli Diretor executivo da FAEPA
André Schmidt Vice-Diretor do Departamento de Atenção à Saúde
Valdair Francisco Muglia Diretor Científico da FAEPA
Valdes Roberto Bollela Docente Depto. Clínica Médica- Doenças Infecciosas
Afonso Diniz Costa Passos Docente Depto. Medicina Social – Vigilância Epidemiológica
Fernando Belíssimo Rodrigues Docente Depto. Medicina Social – Vigilância Epidemiológica
Wilson Salgado Júnior Diretor do Hospital Estadual de Ribeirão Preto
Carlos Henrique Miranda Coordenador da Unidade de Emergência – HCFMRP
Maisa Cabete Pereira Salvetti Diretora do Hospital Estadual de Américo Brasiliense
Danilo Arruda de Souza Diretor do Grupo Executivo de Convênios - HCFMRP

Anexo I

Características específicas das propostas de retomada das atividades no exterior e no Brasil

Experiência Internacional

Aspectos Gerais

- Foram realizadas consultas através de mídia eletrônica, pela Internet, em jornais reconhecidos internacionalmente ou sites oficiais de governos. Também foi feita consulta junto às embaixadas dos diversos países abordados nesse levantamento, através de email.
- A taxa de sucesso de estratégias de flexibilização das medidas restritivas impostas pela política de distanciamento social ampliado ou até mesmo de “lockdown” aumentará significativamente se forem atendidos um conjunto de critérios propostos pela Organização Mundial de Saúde, incluindo: redução expressiva de novos casos na população, dimensionamento suficiente da infraestrutura hospitalar para atendimento de todos os casos, capacidade de testagem de amplos segmentos da população, com identificação e isolamento dos casos positivos e contatos, identificação de casos importados, bem como elevado engajamento da população no processo de implantação.
- Um dos fatores fundamentais para implementação de estratégias de flexibilização é a aplicação de testes diagnósticos em larga escala, a saber: o teste sorológico que detecta imunoglobulinas (IgM e IgG) específicas para SARS-CoV-2 permitirá estimativas da exposição da população ao vírus. Como um número significativo de indivíduos com COVID-19 é assintomático ou pouco sintomático, a fração da população que já foi infectada geralmente é desconhecida. Com um número estimado de reprodução (R0) de 2 a 3, os benefícios da imunidade do rebanho ocorrerão quando 50% a 66% da população já estiver infectada, sintomática ou não. Essas estimativas populacionais podem ajudar a orientar o nível necessário de vigilância e intervenção⁸.
- É no contexto comum de evidente redução progressiva de novos casos que são recomendáveis medidas de flexibilização das normas de distanciamento social, embora não exista um padrão de número mínimo de casos para o início desse processo que seja comum aos diversos países. Entretanto, há sugestões de epidemiologistas internacionais de que esse número deva ser menor que 50 novos casos diários para dar maior segurança ao processo de flexibilização⁹.

Alemanha

⁸ Rochelle P. Walensky, MD, MPH^{1,2}; Carlos del Rio, MD^{3,4}

JAMA. Published online April 17, 2020. doi:10.1001/jama.2020.6572

⁹ Lockdown could be lifted when coronavirus cases fall below 50 a day, says global health expert. www.telegraph.co.uk

- Situação epidemiológica: curva decrescente após primeira onda; situação econômico-social: distanciamento social seletivo (adotado a partir de 3 de maio, vindo de situação prévia mais rigorosa); situação do sistema de saúde: sem colapso; plano de abertura em fases – não é um plano fechado – em diversos documentos existe menção que os planos estão sendo elaborados conforme as condições de momento; pontos de transição entre estágios: reavaliações de elementos epidemiológicos associadas à capacidade de resposta interna (leitos, exames, insumos); o plano tem características específicas por região do país; considerando que a abertura se deu agora, houve pouco tempo para aferir os resultados.
- Alemanha possui grande capacidade de testagem instalada (cerca de 650 mil exames RT-PCR por semana), uma das maiores proporções de leitos de UTI do mundo e um modelo de rastreamento e acompanhamento de casos suspeitos e confirmados muito robusto, com equipes dedicadas a cada grupo de 20 mil habitantes; além disso, está desenvolvendo políticas internas visando produção local dos insumos necessários ao combate a pandemia, usando sua indústria, que é diversificada e moderna.
- Relatório interno informa que em 28/4 ainda havia transmissão comunitária de casos, com 156.337 casos positivos, 3,8% de letalidade, porém sem sinais de colapso na área da saúde – a conjuntura interna citada acima permitiu que, fossem adotadas medidas de relaxamento, inclusive com abertura de escolas e de possibilidade de realizações de missas, com restrições de proximidades entre as pessoas, por exemplo¹⁰.

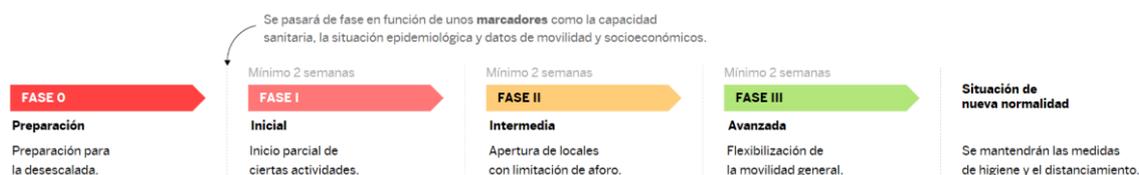
Espanha

- O Brasil está cerca de 15 dias atrasado em relação à Espanha no que se refere tanto ao primeiro caso, quanto ao primeiro óbito. O pico do número de casos da epidemia na Espanha foi em 1/4/2020 e o de número de óbitos foi em 3/4/2020. No Brasil ainda não é possível determinar a data do pico da doença, já que o maior número de casos ocorreu em 30/4 (7218) e o maior número de óbitos no dia 29/4 (474).
- A mortalidade/letalidade do SARS-COV-2 foi de 10,24% na Espanha. Existem preocupações de que a mortalidade reportada não esteja capturando o verdadeiro impacto do coronavírus na mortalidade ao redor do globo. O número de óbitos acima da média histórica têm mostrado que a mortalidade em alguns países é de mais de 50%

¹⁰ <https://www.bloomberg.com/opinion/articles/2020-04-16/coronavirus-meticulous-germany-knows-how-to-handle-a-pandemic>
<https://www.france24.com/en/20200416-germany-coronavirus-covid-19-angela-merkel-social-distancing-relaxation-who-pandemic>
<https://edition.cnn.com/2020/04/16/europe/merkel-trump-germany-federalism-analysis-intl/index.html>
<https://www.theguardian.com/world/2020/apr/07/uk-must-learn-from-german-response-to-covid-19-says-whitty>
<https://edition.cnn.com/2020/04/06/business/germany-coronavirus-economy/index.html>
<https://www.wsj.com/articles/germany-to-begin-gradually-reopening-its-economy-next-week-11586989014>
<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-germany/we-need-life-again-germans-rush-to-reopened-shops-but-merkel-worries-idUSKBN2220ZU>
<https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-04-19/germany-is-reopening-stores-in-first-step-toward-post-virus-era>

acima do usual. Em muitos países essas mortes acima da média excedem em muito o número de óbitos reportados para COVID-19. Na última semana de março ocorreram +122% mais mortes que o esperado em Ile-de-France (8100 na semana), +256% em Madrid (10.200 na semana) e mais +463% mortes em Bérgamo (4.100 naquela semana). No Brasil, dados disponíveis sobre Manaus mostram um excesso de mortalidade de 1.700 mortes na primeira semana de Abril (+175%), o que excede em muito o número de 426 óbitos associados à COVID-19 reportado para o estado inteiro até 30/4/2020.

- O Governo da Espanha¹¹ anunciou um plano composto de 4 fases que serão iniciados de forma gradual de acordo com a situação sanitária e epidemiológica de cada região (província), do cumprimento das medidas de proteção coletiva e da avaliação de dados de mobilidade e socioeconômicos. O relaxamento será "assimétrico". As regras serão as mesmas para todos, mas serão lançadas a taxas diferentes em cada território. O presidente explicou que a unidade de medida será "a província e a ilha". Isso significa que Valencia e Avila poderiam entrar em datas diferentes nas fases de desconfinamento. As fases podem ser vistas no infográfico abaixo:



- As fases estão organizadas do seguinte modo: **Fase 0: Preparação - situação atual:** Saída de crianças com máscaras, acompanhadas da família no final de semana; Treinamento esportivo individual; Está sendo autorizada a abertura de pequenas lojas, para venda de artigos essenciais; algumas províncias tem previsão de passar para a fase 1 no dia 4 de Maio, e o resto do país passará para fase 1 em 10 de Maio.
- **Fase 1: Início (10 de Maio):** essa fase durará no mínimo 2 semanas e marcará o início parcial das atividades: sociais, como encontros domiciliares, serão permitidas, embora ainda não sejam determinadas em que condições; abertura do pequeno comércio; abertura de terraços (ocupação até 30%); abertura de hotéis e acomodações turísticas, excluindo áreas comuns; os locais de culto serão limitados a 30%; setor agronegócio e pesqueiro; formação média em ligas profissionais; esporte não profissional: para atividades que não envolvam contato físico ou uso de roupas; mercados ao ar livre, com condições de distância entre as bancas; espetáculos culturais com menos de 30 pessoas

¹¹ Fonte: Governo da Espanha - PREVISIÓN ORIENTATIVA PARA EL LEVANTAMIENTO DE LAS LIMITACIONES DE ÁMBITO NACIONAL ESTABLECIDAS EN EL ESTADO DE ALARMA, EN FUNCIÓN DE LAS FASES DE TRANSICIÓN A UNA NUEVA NORMALIDAD
<https://www.elmundo.es/espana/2020/04/28/5ea8872dfdddfb88f8b45c5.html>
<https://www.marca.com/tiramillas/actualidad/2020/04/28/5ea84bf122601d43128b459b.html>
<https://edition.cnn.com/videos/spanish/2020/05/04/espana-restricciones-coronavirus-apertura-comercio-pandemia-covid19-contagios-cifras-reduccion-live-cafe-pau-mosquera.cnn>
<https://www.theguardian.com/world/2020/may/02/fear-tempers-relief-in-madrid-as-spain-begins-to-ease-coronavirus-lockdown>
<https://www.bbc.com/news/world-europe-52459034>
<https://www.cnbc.com/2020/05/02/coronavirus-live-updates.html>

em locais fechados (com uma terceira capacidade) e menos de 200 pessoas ao ar livre; visitas a museus limitados a um terço da capacidade; velórios: para um número limitado de participantes.

- **Fase 2: Intermediária (24 de Maio):** essa fase também durará no mínimo 2 semanas: abertura de restaurantes para serviço de mesa, com limitação de capacidade; Viagem para segundas casas, somente se estiverem na mesma província; cinemas e teatros com um terço da capacidade; monumentos e salas de exposições podem ser visitados; atividades culturais com menos de 50 pessoas sentadas; se for ao ar livre, menos de 400 pessoas estão sentadas; caça e pesca; centros educacionais (reforço, atendimento a crianças menores de seis anos e Seletividade); reabertura de shopping centers, proibindo a permanência em áreas comuns ou áreas de lazer; casamentos para um número limitado de participantes.
- **Fase 3: Avançada (7 de Junho):** Essa fase também durará no mínimo 2 semanas: em restaurantes serão reduzidas as restrições de capacidade, mas com separação estrita entre o público; a mobilidade geral será relaxada; a ocupação de espaços, como o comércio, por exemplo, será ampliada em até 50% de sua capacidade; casas noturnas e bares noturnos com capacidade máxima de um terço do habitual; abertura de praias em condições seguras e distância; touros: com uma limitação de capacidade que garante uma pessoa para cada 9 metros quadrados.

Dinamarca

- Foi uma das primeiras nações a impor medidas em modelo de “lockdown” (11/3); primeiras medidas de relaxamento foram tomadas em 15/4/2020 – abertura de creches, escolas, pequenos negócios,;
- Como parte dos esforços para limitar a disseminação do novo coronavírus na Dinamarca, o governo e as autoridades tomaram várias medidas gerais para manter e aumentar o efeito do distanciamento social. Em 30 de março de 2020, o Primeiro Ministro anunciou que o governo poderia iniciar uma reabertura cautelosa, gradual e controlada da sociedade, desde que a população continuasse observando as recomendações gerais sobre conduta apropriada e que o número de pessoas hospitalizadas permanecesse estável.
- Situação econômico-social atual: distanciamento social seletivo (veio de situação de “lockdown” – passou pelo ampliado e está no que se poderia classificar como seletivo); situação do sistema de saúde atual: não houve colapso
- É um pré-requisito da fase 1 da reabertura gradual da sociedade dinamarquesa que todos continuem a seguir as orientações sobre distanciamento social e boa higiene, pois a disseminação da doença pode aumentar rapidamente e desafiar seriamente a capacidade de assistência médica.
- **Fase 1:** Com base nas recomendações das autoridades de saúde, o Governo considerou seguro, do ponto de vista da saúde, iniciar a primeira fase da reabertura controlada da

sociedade¹². Ao mesmo tempo, será implantada uma estratégia abrangente de testes para trabalhadores de linha de frente, parentes e grupos vulneráveis. Além disso, uma amostra representativa da população dinamarquesa deve ser testada para monitorar a evolução.

- A partir de 20 de abril foram liberadas as atividades de profissionais liberais, incluindo: cabeleireiros, salões de beleza e massagens, clínicas de spa, tatuadores, fisioterapeutas, quiropráticos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, clínicas médicas e odontológicas; reabertura de tribunais, serviços prisionais, instituições e pesquisa e de produtores de conteúdo de mídia
- **Fases subsequentes para uma reabertura controlada:** a abertura de creches e escolas será realizada com a maior brevidade possível, na dependência de autorizações dos conselhos locais baseada nas recomendações de autoridades de saúde, sendo que alunos com familiares de alto risco podem ficar em casa por escolha dos pais; as instituições de ensino médio, profissional e superior permanecerão fisicamente fechadas, exceto para os alunos que concluem os cursos neste semestre; a abertura do mercado de trabalho do setor privado foi autorizada com o compromisso de manutenção de parte do trabalho à distância, escalonamento de jornada e regras rígidas de distanciamento social no trabalho; as instituições culturais públicas, religiosas, bibliotecas, recreativas continuarão fechadas até 11 de maio de 2020; eventos e reuniões com mais de 10 pessoas foram proibidos até 11 de maio, enquanto grandes eventos estão suspensos até 31/08/2020; bares, restaurantes, cafés e clubes noturnos ficarão fechados até 11 de maio, o mesmo ocorrendo com shopping centers, lojas de departamentos, cinemas, teatros e academias de ginástica

Coréia do Sul

- A Coréia do Sul, como outros países asiáticos, já tinha uma cultura de prevenção com relação a infecções respiratórias, cultura essa herdada por epidemias prévias. Dentro dessa cultura podem ser destacados o uso de máscaras e o distanciamento social voluntário. Além disso, a Coréia tem um sistema de vigilância e contenção forte, com sistema hospitalares robustos e ampla testagem. O país também tem forte indústria interna, capaz de fornecer EPIs e insumos críticos; sem necessidades de grandes importações¹³.

12

<https://politi.dk/en/coronavirus-in-denmark/controlled-reopening-of-the-danish-society>
<https://www.theguardian.com/world/2020/apr/30/danes-and-czechs-say-easing-lockdowns-has-produced-no-covid-19-surge>
<https://www.thelocal.dk/20200415/denmark-opens-schools-after-lockdown-in-european-first>
<https://www.businessinsider.com/countries-on-lockdown-coronavirus-italy-2020-3#many-countries-have-also-closed-borders-to-prevent-international-travelers-from-spreading-the-virus-36>
<https://metro.co.uk/2020/03/11/denmark-second-european-country-impose-lockdown-coronavirus12384677/>
<https://www.businessinsider.com/austria-denmark-lifting-coronavirus-lockdown-experts-warn-flare-up-2020-4>

¹³ <https://www.thesun.co.uk/news/11492554/south-korea-coronavirus-pubs-example/>
<https://www.economist.com/asia/2020/03/30/south-korea-keeps-covid-19-at-bay-without-a-total-lockdown>
<https://qz.com/1844946/south-korea-keeps-social-distancing-post-covid-19-containment/>
<https://time.com/5830594/south-korea-covid19-coronavirus/>

- Situação econômico-social atual: distanciamento social seletivo; situação do sistema de saúde atual: sem colapso; plano de abertura: apesar de não ter havido “lockdown”, houve momento de distanciamento social ampliado; atualmente, igrejas e escolas podem funcionar com medidas preventivas;

Itália

- Juntamente com a Espanha, a Itália foi um dos países mais afetados pelo coronavírus, com a necessidade de uma quarentena severa, que não impediu o colapso dos serviços de saúde.
- O plano de retomada é dividido em fases, sendo que inicialmente, o relaxamento da quarentena previa permitir pequenos deslocamentos, mantendo a maior parte dos negócios fechados. O início desse relaxamento está programado para começar em 4/5¹⁴.
- Situação epidemiológica: curva decrescente após primeira onda; situação econômico-social : “lockdown”; situação do sistema de saúde : houve colapso no atendimento; plano de abertura em fases; pontos de transição entre estágios: reavaliações de elementos epidemiológicos associada a capacidade de resposta interna (leitos, exames, insumos); o plano tem características específicas por região do país; abertura prevista para 04/05.

França

- Situação epidemiológica: curva decrescente após primeira onda; situação econômico-social: fechamento total (“lockdown”), com início de abertura previsto para 11/05; situação do sistema de saúde : sem colapso; plano de abertura em fases – não é um plano fechado – em diversos documentos existe menção que os planos estão sendo elaborados conforme as condições de momento; pontos de transição entre estágios: reavaliações de elementos epidemiológicos associada a capacidade de resposta interna (leitos, exames, insumos); o plano tem características específicas por região do país¹⁵.
- Como a Alemanha, a França está desenvolvendo uma grande capacidade de testagem (quer atingir 700 mil exames RT-PCR por semana), fortalecer o modelo de rastreamento e acompanhamento de casos suspeitos além disso de fortalecer a oferta interna de EPIs e máscaras, essas de modo universal para a população.

¹⁴ <https://www.theguardian.com/world/2020/may/03/anger-as-italy-slowly-emerges-from-long-covid-19-lockdown>
<https://www.thelocal.it/20200416/a-summer-without-travel-how-long-will-italys-coronavirus-lockdown-last>
<http://www.governo.it/it/approfondimento/coronavirus/13968>
<http://www.governo.it/it/approfondimento/coronavirus-la-normativa/14252>

¹⁵ <https://www.bbc.com/news/world-europe-52459030>
<https://www.france24.com/en/20200429-key-points-of-france-s-strategy-for-lifting-its-nationwide-covid-19-lockdown>
<https://www.theguardian.com/world/2020/apr/13/macron-france-remain-strict-lockdown-for-another-month>
<https://www.theguardian.com/world/2020/apr/28/france-and-spain-announcement-lockdowns-ease>
<https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-04-19/france-to-unveil-end-of-lockdown-plan-within-2-weeks>
<https://www.businessinsider.com/coronavirus-france-requires-form-leave-house-walk-shopping-2020-3>
<https://www.gouvernement.fr/en/coronavirus-covid-19>

- Mesmo com forte presença do turismo e do entretenimento em sua economia, a França cancelou todas as atividades esportivas até setembro, fechou museus e, mesmo nas fases iniciais de relaxamento, deixará cafés e restaurantes de fora.

Reino Unido

- Inicialmente um dos mais resistentes a medidas restritivas, viu uma escalada dos casos e em 23/3/2020 teve que impor um severo “lockdown”.
- A abertura está condicionada a 5 pontos pelo 1º Ministro Boris Johnson¹⁶: 1) Evidência que o sistema de saúde não colapsará se houver abertura; 2) Que existe uma queda sustentada do número de óbitos diários; 3) Evidência que a taxa de novas infecções está decaindo; 4) Evidência que existem testes e EPI suficientes para demanda; 5) Evidência que existe um baixo risco de uma segunda onda
- Até hoje, (4/5), ainda não há planos de saída da situação de “lockdown” publicados;
- Situação epidemiológica: curva estável de casos após primeira onda; Situação econômico-social: “lockdown”; Situação do sistema de saúde: sem colapso; Plano de abertura: em elaboração

Portugal

- Com um sistema de saúde muito mais frágil que outros países europeus e dependente de importação de insumos, Portugal apostou em um isolamento precoce e severo para conter os casos, associado a medidas de vigilância e testagem, obtendo relativo sucesso. Apresentou seu “Plano de Desconfinamento”¹⁷, em 3 fases, em 30 de abril, detalhado por tipos de negócios;
- Situação epidemiológica atual: curva descendente após primeira onda; Situação econômico-social atual: “lockdown em processo de relaxamento – início em 4/5; Situação do sistema de saúde atual: não houve colapso; Pontos de transição entre estágios: reavaliações de elementos epidemiológicos associada a capacidade de resposta interna (leitos, exames, insumos); o plano tem características específicas para as diferentes regiões do país; pretende iniciar o processo de abertura em 11/5.
- O detalhamento do plano é mostrado na figura abaixo:

¹⁶ <https://www.telegraph.co.uk/news/2020/05/04/when-uk-lockdown-end-exit-strategy-options/>
<https://www.theguardian.com/world/2020/apr/15/uk-government-has-no-exit-plan-for-covid-19-lockdown-say-sources>
<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-britain/uk-is-past-the-peak-says-pm-johnson-promising-lockdown-exit-plan-idUSKBN22C10X?il=0>
<https://www.economist.com/britain/2020/03/26/how-the-national-health-service-is-transforming-itself>

¹⁷ <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc22/comunicacao/documento?i=plano-de-desconfinamento>
<https://www.telegraph.co.uk/travel/news/portugal-tourism-sector-seeks-recovery-as-country-eases-lockdown-coronavirus/>

Covid-19

Plano de desconfinamento

	Data	Medidas	Condições
Regras Gerais	4/05	Confinamento obrigatório para pessoas doentes e em vigilância ativa Dever cívico de recolhimento domiciliário Proibição de eventos ou ajuntamentos com mais de 10 pessoas Lotação máxima de 5 pessoas/100m2 em espaços fechados Funerais: com a presença de familiares	
	30-31 /05	Cerimónias religiosas: celebrações comunitárias de acordo com regras a definir entre DGS e confissões religiosas	
Transportes Públicos	4/05	Lotação de 2/3	Uso obrigatório de máscara/ Higienização e limpeza
Trabalho	4/05	Exercício profissional continua em regime de teletrabalho, sempre que as funções o permitam	
	1/06	Teletrabalho parcial, com horários desfasados ou equipas em espelho	
Serviços Públicos	4/05	Balcões desconcentrados de atendimento ao público (repartições de finanças, conservatórias, etc.)	Uso obrigatório de máscara / Atendimento por marcação prévia
	1/06	Lojas de cidadão	
Comércio e restauração	4/05	Comércio local: lojas com porta aberta para a rua até 200m2 Cabeleireiros, manicures e similares Livrarias e comércio automóvel, independentemente da área	- Lojas: Uso obrigatório de máscara / funcionamento a partir das 10h para as lojas que reabrem - Cabeleireiros e similares: Por marcação prévia e condições específicas - Restaurantes: Lotação a 50%, funcionamento até às 23h e condições específicas
	18/05	Lojas com porta aberta para a rua até 400m2 ou partes de lojas até 400 m2 (ou maiores por decisão da autarquia) Restaurantes, cafés e pastelarias/ Esplanadas	
	1/06	Lojas com área superior a 400m2 ou inseridas em centros comerciais	
Escolas e Equipamentos Sociais	18/05	11º e 12º anos ou 2º e 3º anos de outras ofertas formativas (10h-17h) Equipamentos sociais na área da deficiência Creches (com opção de apoio à família)	Escolas: Uso obrigatório de máscaras (exceto crianças em creches e jardins de infância)
	1/06	Creches / Pré-escolar / ATLS	
Cultura	4/05	Bibliotecas e arquivos	
	18/05	Museus, monumentos e palácios, galerias de arte e similares	
	1/06	Cinemas, teatros, auditórios, salas de espetáculos	Com lugares marcados, lotação reduzida e distanciamento físico
Desporto	4/05	Prática de desportos individuais ao ar livre	Sem utilização de balneários nem piscinas
	30-31 /05	Futebol: competições oficiais da 1.ª Liga de Futebol e Taça de Portugal	

Condições gerais:
Disponibilidade no mercado de máscaras e gel desinfetante/ Higienização regular dos espaços/ Lotação máxima reduzida/ Higiene das mãos e etiqueta respiratória / Distanciamento físico (2m).
Decisões reavaliadas a cada 15 dias.

não paramos
ESTAMOS ON
covid19estamoson.gov.pt

Singapura

- Era tomada como um exemplo de combate durante a “primeira onda” – com ações de testagem em massa e rastreamento de contatos, sem fechar grande parte da economia e da sociedade.
- Porém no meio de março o vírus retornou com intensidade ao país, pelo fluxo de pessoas externas. Singapura é um país com muitos estrangeiros e imigrantes e não havia um controle rigoroso nessa movimentação de entrada e também dentro do país. A pandemia chegou as áreas de periferia densamente povoadas e atingiu a população de maior fragilidade social, que divide quartos com dezenas de outras pessoas, em habitações precárias como as favelas brasileiras e o número de casos deu uma nova guinada para cima.

- Foi necessário impor restrições de movimentação e fechamento de negócios não essenciais – lei proíbe as pessoas de deixarem suas casas, à exceção de atividade física e atividades essenciais – punindo com multa ou prisão os que descumprirem.
- Outro dado importante a respeito de Singapura é que o sistema de saúde não colapsou, porém isso não impediu a doença de se difundir.
- Consultamos a embaixada de Singapura e esta nos respondeu que na prática o país está fechado até o dia 1 de junho e que está focado em estratégias de contenção. Planos de abertura estão sendo discutidos porém o enfoque de momento é **CONTENÇÃO**¹⁸.
- Situação epidemiológica atual : enfrenta “segunda onda”; Situação econômico-social atual : “lockdown”; Plano de reabertura : não possui -> ficará em situação de “lockdown” até 1/6/2020 – planos de reabertura ainda em elaboração

Nova Zelândia

- Até a data desse estudo, a Nova Zelândia é um dos casos de sucesso no combate à pandemia; que pese em seu favor o tamanho de sua população, seu nível socioeconômico, seu sistema de saúde e seu isolamento geográfico, é importante ressaltar que dentro dos países pesquisados era um dos que mais tinha planos detalhados, de fácil acesso e de fácil entendimento na internet.
- Consta em seu sumário de ações: testagem em massa, rastreamento e isolamento de casos suspeitos de modo agressivo, controle de entrada de pessoas no país e, até o dia 27/4, estavam em situação de “lockdown”, mesmo sem colapso do sistema de saúde.
- Situação epidemiológica: estabilidade após primeira onda; Situação econômico-social: distanciamento social ampliado; Situação do sistema de saúde: sem colapso; plano prevê 4 estágios, considerando como pontos de transição entre estágios o tipo de transmissão existente no país ou na região (Estágio 1= Transmissão isolada, em geral de origem externa; Estágio 2= Transmissão ocasional interna pode ocorrer com “clusters” isolados; Estágio 3= Transmissão comunitária com possibilidade de controle com testagem e rastreamento de contactantes; Estágio 4= Transmissão comunitária disseminada) – Atualmente estão no Estágio 3 desde o dia 27 de abril – estavam em situação de “lockdown” em estágio 4; diferentes regiões do país podem ter níveis de alertas (estágios distintos)
- Resultado: controle total de novos casos (entre 0-2 por dia); sem dados de resultados econômicos – transparência e comunicação fizeram que mesmo medidas mais severas fossem aprovadas pela comunidade

Propostas e experiências nacionais para retomada de atividades

¹⁸ Fonte: Embaixada de Cingapura no Brasil

<https://www.straitstimes.com/singapore/singapore-to-take-a-step-by-step-approach-to-restarting-economy>

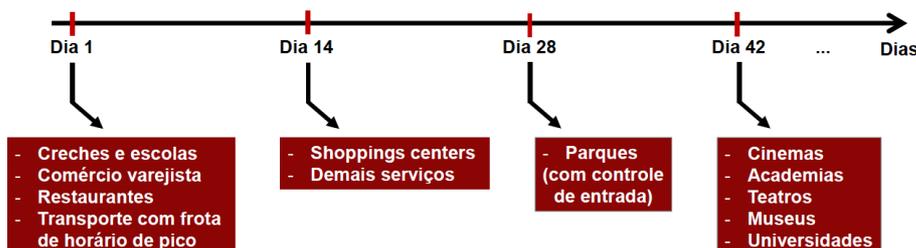
<https://www.bbc.com/news/world-asia-52232147>

<https://www.nytimes.com/2020/04/16/opinion/coronavirus-reopen-economy-singapore.html>

Proposta da FIESP

- A FIESP editou em 18/04/2020 um **Plano de Retomada da Atividade Econômica após a quarentena**.¹⁹ Os autores apresentam uma revisão sumária de planos de retomada de atividades em vários países do mundo, abordam genericamente as recomendações da OMS para orientar planos de flexibilização de medidas restritivas, detalhando as orientações para os cuidados nos ambientes de trabalho, incluem protocolos para orientar o distanciamento social no trabalho e cuidados com limpeza e desinfecção, cuidados em refeitórios e monitoramento da saúde das equipes; detalham, inclusive, protocolos por setor de atividade e para o distanciamento social no transporte.
- O documento apresenta, também, a proposta de retomada gradual da atividade econômica o mais breve possível, respeitados os requisitos de saúde pública e de controle da epidemia, considerando que o momento adequado para implantação da reabertura deve caber às autoridades públicas. Destaca, inclusive, que, no momento da reabertura, “é importante ter segurança de que o sistema de saúde estará pronto para o combate ao vírus”. O plano prevê: 1) mais breve possível, inicia-se o distanciamento social seletivo; 2) Grupos de risco e infectados continuam em quarentena domiciliar; 3) uso generalizado de máscaras em ambientes públicos; 4) Inicia-se o processo de reabertura gradual das atividades segundo o grau de essencialidade, de maneira a abranger todas as atividades em 45 dias; 5) Os estabelecimentos funcionam com horários alternados para diminuir a concentração do fluxo no transporte coletivo; 6) Eventos de grande número de pessoas continuam suspensos.
- O plano é sintetizado na figura abaixo:

Linha do tempo do processo de flexibilização das atividades (Sugestão)



- O plano ainda considera escalonamento de horários de atendimento ao público, respeito aos protocolos de convivência e de distanciamento social voltadas ao combate da Covid-19, reavaliação a cada 7 dias da situação da epidemia e, com base nessa avaliação, relaxamento ou intensificação dos protocolos. A proposta considera que a liberação completa das atividades estará condicionada à evolução da epidemia.

Plano da Prefeitura Municipal de Campinas

¹⁹ Fonte: FIESP - Plano de Retomada da Atividade Econômica após a Quarentena (PDF)

- A **Prefeitura Municipal de Campinas** editou em 27/04/2020, o Plano de Monitoramento da Pandemia de Covid-19 em Campinas e flexibilização do Distanciamento Social²⁰, em que são analisados aspectos epidemiológicos da pandemia no Brasil, no Estado de São Paulo e em Campinas, as medidas adotadas para o controle da transmissão, bem como as diferentes medidas de distanciamento social (distanciamento social ampliado, distanciamento social seletivo e bloqueio completo-“lockdown”) , riscos , vantagens e desvantagens de cada uma delas.
- Apresenta-se nesse documento, a estratégia para a saída do distanciamento social ampliado vigente para o distanciamento social seletivo, incluindo: a manutenção de um conjunto de medidas restritivas, intensificação de medidas de vigilância epidemiológica, ampliação da capacidade instalada de atendimento hospitalar e para realização de exames diagnósticos sorológicos e de RT-PCR, além de monitoramento da disponibilidade de leitos de CTI e enfermaria para atendimento desses pacientes.
- O plano considera a ampliação do funcionamento de atividades não essenciais em 3 fases. Ele não especifica uma data para seu início, condicionando a permissão para reabertura das atividades ao decreto do Governo do Estado. As 3 fases estão separadas em períodos de 14 dias, até o retorno de todas as atividades, mas condiciona essa implementação à estabilidade no número de novos casos e à disponibilidade de leitos hospitalares; define, também, como premissa para implementação, a adesão dos empresários a programa de capacitação em medidas sanitárias para o controle da pandemia, que resultará em certificação pelo poder público e autorização para funcionamento.
- Na fase 1 desse plano, com exceção de escolas, eventos, shows, academias, clubes, cinemas e shoppings centers, todos os demais segmentos ficam autorizados a funcionar implantando turnos e escalonamento para seus funcionários, sendo que aqueles que envolvem maior risco de aglomeração de pessoas ficam autorizados a limitar sua capacidade de atendimento em 30% (serviços de alimentação, instituições religiosas).
- A fase 2 prevê a abertura dos shoppings centers com 50% da capacidade e aumento do volume de atendimento de serviços de alimentação e atividades religiosas para 50% da capacidade; cinemas, estádios, teatros, museus e bibliotecas ficam autorizados a funcionar com 30% da capacidade instalada, enquanto escolas poder reiniciar suas atividades com menor ocupação, alternando atividades presenciais e virtuais, aumentando espaçamento entre os alunos.
- Na fase 3, são autorizados os funcionamentos de escolas de esporte, academias e clubes sociais, normalização das atividade escolares, instituições religiosas, do comércio e de serviços de alimentação, limitando-se em 50% da capacidade instalada o funcionamento de bares, casas noturnas, cinemas, estádios e teatros; em todas as fases

²⁰ Fonte: Prefeitura Municipal de Campinas - Plano de Monitoramento da Pandemia de Covid-19 em Campinas e flexibilização do Distanciamento Social (PDF)

são enfatizados os cuidados com etiqueta respiratória, uso de máscaras e higienização de mãos e do ambiente de trabalho.

- Completada a fase 3, está prevista a volta à normalidade, mas não havendo sucesso em qualquer fase poderá ser decretado o retorno de restrição de atividades de menor ou maior intensidade.

Plano da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

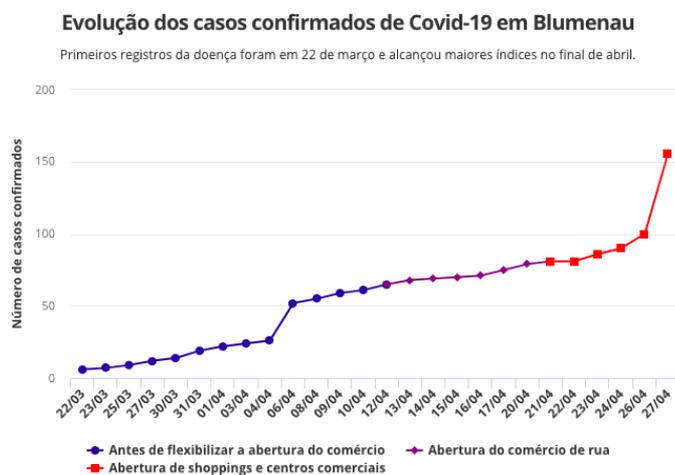
- Em decreto editado em 27/04/2020 (decreto nº 100), o **Prefeito Municipal de Ribeirão Preto**, liberou, além dos serviços essenciais já em funcionamento desde o decreto anterior, as atividades de clínicas odontológicas e de outros profissionais de saúde, comercialização de equipamentos óticos, de higiene, serviços de zeladoria, clínicas de estética, barbeiros, cabelereiros, oficinas de costura e comércio de tecidos. Decisão judicial suspendeu os efeitos previstos nesse decreto.
- O decreto número 101, da mesma data, prevê a liberação, a partir de 11 de maio, das atividades o funcionamento dos estabelecimentos comerciais e de serviços com área de venda igual ou inferior a 800 m², que não estejam em shoppings centers, entre segunda e sexta-feira e a partir do dia 25 de maio de 2020, é liberado funcionamento dos estabelecimentos comerciais e de serviços com área de venda superior a 800 m² (oitocentos metros quadrados) e dos “shoppings centers”, galerias e centros de compras, de forma parcial e regrada.
- Até 08 de junho de 2020, foi mantida a proibição do funcionamento e realização de: I - feiras, clubes, cinemas, teatros, academias, museus, bibliotecas, atividades culturais, de lazer e esportivas coletivas e similares; II - shows, boates, pubs, festas públicas e particulares, exposições, jogos, leilões, reuniões sociais dentre outros; III - a utilização de praças e outros locais públicos para a prática de esportes e atividades lúdicas que possam provocar aglomeração de pessoas; IV - a abertura de parques e próprios públicos municipais de lazer; V - o Programa Ciclofaixa de Lazer; VI - o consumo local em bares, restaurantes, padarias, lojas de conveniência e supermercados, sem prejuízo dos serviços de entrega (delivery), “drive thru” e “take out”.
- A suspensão de aulas e atividades presenciais com alunos no âmbito da Secretaria Municipal da Educação foi mantida até 31 de maio de 2020.

A experiência de Blumenau, Santa Catarina

- A reabertura do comércio em Blumenau, no dia 13 de abril de 2020, foi autorizada pela prefeitura, após decreto estadual que permitiu a reabertura mediante regras, que incluíam a proibição de provas das mercadorias e a obrigação de uso de máscaras pelos funcionários. Naquela data, eram 68 pacientes infectados, contra 177 no dia 28/04, 2 semanas depois, representando um aumento de 160%. Os shoppings centers começaram a funcionar no dia 22/04, 9 dias depois do comércio em geral²¹.

²¹ <https://g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2020/04/29/casos-de-coronavirus-mais-que-dobram-em-blumenau-apos-volta-do-comercio.ghtml>

- Observe-se, na figura abaixo, a evolução do número de casos diagnosticados em Blumenau:



- Considerando-se que os efeitos do contágio manifestam-se de modo mais claro em 14 dias, é bem provável que esse crescimento esteja refletindo principalmente as consequências da abertura do comércio e não necessariamente ainda a abertura dos shoppings, onde, pelos relatos da imprensa, ocorreram grandes aglomerações de pessoas.
- Em 04/05/2020, o número de casos em Blumenau, segundo o boletim emitido pela Prefeitura Municipal havia chegado a 234 casos, o que representa um aumento de 244% em relação ao dia 13/04, quando a abertura do comércio da cidade foi autorizada. Observe-se que Blumenau tem uma população equivalente à aproximadamente a metade da população de Ribeirão Preto, que, na mesma data, apresentava número de casos (300) apenas 23% superior a Blumenau.

Anexo II

Plano de retomada progressiva das atividades clínicas e cirúrgicas de pacientes em seguimento no HCFMRP e nos hospitais vinculados à FAEPA

HCFMRP

- A re-engenharia das atividades ofertadas pelo HCFMRP-USP para a contenção e mitigação da primeira onda da COVID19 foi extensa e envolveu vários setores da instituição. Em particular, no que tange à assistência, embora seja indubitável que a instituição esteja melhor preparada para ofertar cuidados às vítimas da Pandemia, estas medidas envolveram prejuízos para os pacientes acompanhados por outras condições clínicas com a diminuição da aglomeração de pacientes nos ambulatórios especializados, das internações e dos procedimentos cirúrgicos eletivos.
- Frente à efetividade das medidas de Distanciamento Social tomadas na Divisão Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DRS XIII), as instituições de saúde estão sendo cobradas para a retomada do cuidado dos pacientes com outras condições clínicas. No entanto, esta retomada deve ser planejada, pois até que se tenha uma vacina para controle definitivo da Pandemia, várias ondas serão previstas e será necessário a abertura gradual do Distanciamento Social, assim como a rápida retomada deste frente a indicadores de que o número de vítimas da Pandemia se eleve.
- Para organizar este processo, o HCFMRP-USP estabelece um Plano Gradual de Retomada (PGR). O princípio geral é que a retomada ocorra por fases em que a capacidade de atendimento da instituição seja progressiva e baseada em três pilares:
 1. **Parâmetros Institucionais** – Estes indicadores serão os “gatilhos” para que se passe de uma fase para outra. Serão baseados nos gargalos institucionais para atendimento dos pacientes, sendo o primeiro adotado a ocupação de leitos de terapia intensiva dedicados à COVID19. Este parâmetro será estipulado como metade da capacidade atual instalada (24 de 49 leitos), sem levar em consideração a abertura de capacidade adicional que possa vir a ser necessária. A reavaliação constante das condições da instituição poderá apontar a necessidade de novos indicadores ou indicadores dedicados às áreas específicas.
 2. **Parâmetros Relacionados às Áreas de Especialidade** – Será realizada a caracterização dos ambulatórios de cada especialidade seguindo-se parâmetros quantitativos e qualitativos. A responsabilidade desta classificação será dos “KeyDoctors”. Os ambulatórios deverão ser classificados como alta (A1), média (A2) ou baixa (A3) gravidade. Os critérios a serem utilizados são:

- a. **Quantitativos** – baseados em taxas médias dos últimos 12 meses. Só serão classificados como nível 1 de prioridade (A1) se estes valores forem abaixo destes níveis.
 - i. Taxa média de faltas: 16%
 - ii. Taxa média de internações: 1,2%
 - iii. Taxa média de altas: 7%
 - b. **Qualitativos** – avaliados de acordo com critérios da especialidade e da enfermidade apresentada pelos pacientes acompanhados naquele ambulatório. Poderão incluir:
 - i. Gravidade do caso – necessita avaliação presencial;
 - ii. Necessidade de atualizar exames de imagem ou laboratório para estadiamento da enfermidade;
 - iii. Pacientes oncológicos – enfatiza-se a necessidade de classificar estes pacientes, pois não será possível o atendimento presencial de todos nas fases iniciais de retomada;
 - iv. Risco de perda funcional
 - v. Risco de mortalidade
3. **Avaliação individualizada de cada paciente em seguimento** – Será realizada por Telemedicina (**Teleorientação**).
- a. Esta avaliação por Telemedicina está embasada no ofício N01756/2020 de 19 de março de 2020 do Conselho Federal de Medicina e na Portaria N0467 de 20 de março de 2020 do Ministério da Saúde sobre as ações da telemedicina.
 - b. Aceita-se em caráter emergencial durante a Pandemia as seguintes modalidades de Telemedicina:
 - i. **Teleorientação** – realização de orientação e encaminhamento de pacientes por profissional médico à distância;
 - ii. **Telemonitoramento** – ato realizado para monitorizar parâmetros de saúde ou doença à distância, que devem ser realizados sob orientação e supervisão médica;
 - iii. **Teleinterconsulta** – é a troca de informações e opiniões entre médicos, com ou sem a presença do paciente, para auxílio diagnóstico ou terapêutico, clínico ou cirúrgico.
 - c. As orientações para utilização destas modalidades de Telemedicina no HCFMRP-USP estão publicadas em documento à parte.
 - d. Os residentes e médicos de cada especialidade serão responsáveis por entrar em contato telefônico com os pacientes agendados para os meses de maio e junho de 2020 e classifica-los de acordo com prioridade de atendimento. Este atendimento será documentado no sistema Athos em formulário específico.

- e. Serão classificados em Prioridade 1 (Alta), Prioridade 2 (Média) e Prioridade 3 (Baixa) pela Teleorientação.
 - f. As outras modalidades de Telemedicina poderão ser utilizadas por cada especialidade para adequar a demanda à capacidade de atendimento presencial proposta para cada fase.
 - g. Para as áreas cirúrgicas, esta classificação compreende atualizar a situação do paciente no sistema de Pedido Integrado de Cirurgia (PIC).
 - h. Para todas as áreas, os pacientes que venham a requerer internação devem ser inseridos no sistema Lista de Internação Centralizada (LINCE). Após o início do processo de retomada, todas as internações serão realizadas pelo Controle de Leitos, não sendo permitidos que as áreas convoquem os pacientes diretamente para a internação.
 - i. Compreende-se que algumas áreas podem ter necessidades específicas. Elas serão discutidas em reuniões da Administração diretamente com os responsáveis e poderão ser motivo de ajustes individualizados.
 - j. Sugere-se a cada área que estabeleça o seu PGR adaptado com base nos princípios expostos neste documento.
- Com base nas ações de Classificação dos Ambulatórios pelos “KeyDoctors” e na Classificação por Teleorientação dos pacientes, serão estabelecidas as listas para os ambulatórios presenciais, que serão proporções com base na Tabela. Observe que na Tabela está proposto 5% de Casos Novos para cada ambulatório, mas que só irão ocorrer a partir da Fase 3. Este é o princípio de se retomar a oferta de serviços para o DRS XIII e para que possa ser atingido irá requerer que **todas as especialidades estabeleçam critérios de alta ou de espaçamento dos retornos presenciais mediante as ferramentas da Telemedicina.**

	PRIORIDADE			
	P1	P2	P3	CN
A1	50%	25%	20%	5%
A2	25%	50%	20%	5%
A3	25%	25%	45%	5%

- Compreende-se que para que a retomada seja feita, vários elementos das Linhas de Cuidado, como a realização de exames de imagem e aumento do movimento cirúrgico e da capacidade de internação deverão ser ampliados concomitantemente. Estas etapas de planejamento estão ainda em curso.

A Figura abaixo sumariza os conceitos expressos.

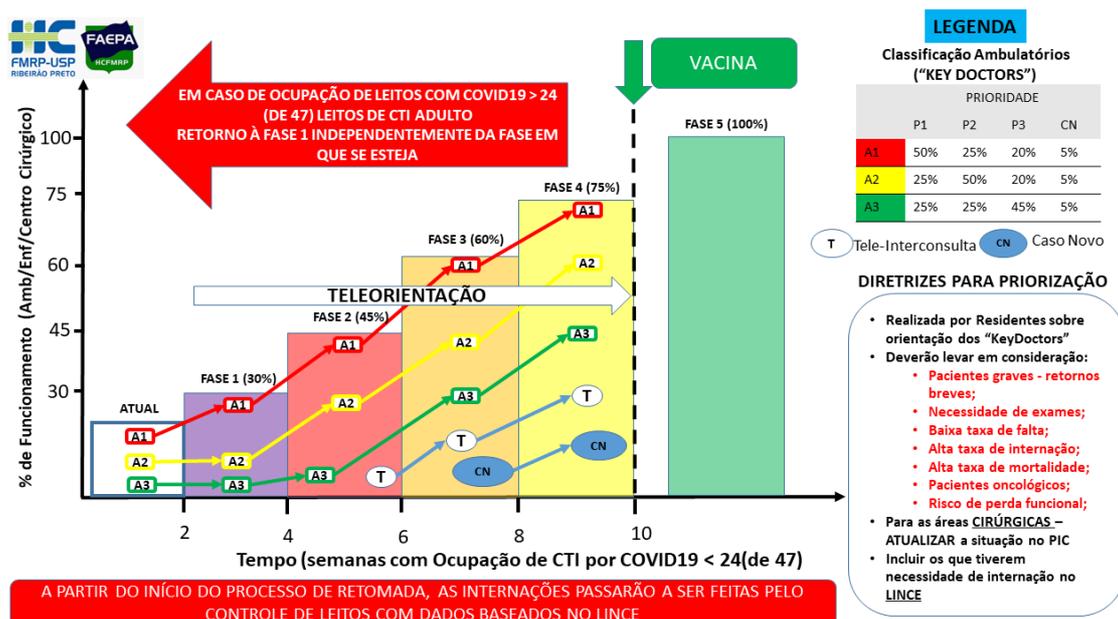


Figura – Síntese do Programa Gradual de Retomada (PGR) do HCFMRP-USP

- Compreende-se como FASES a capacidade total de funcionamento institucional. Teremos 4 fases antes da disponibilização da vacina, de forma que se incremente de modo gradual de 30% (Fase 1) para 75% (Fase 4) a capacidade de funcionamento. O retardo entre as fases está programado para 2 semanas (14 dias) baseados nas recomendações do período de incubação máximo da COVID19. O início da contagem para início da FASE 1 será a partir do dia 11 de maio de 2020 (data limite para o Distanciamento Social no decreto do Governador do Estado de São Paulo). Até que se inicie a FASE 1, os "Key Doctors" e as especialidades deverão realizar a Classificação dos Ambulatórios e a Priorização por Teleorientação dos pacientes em acompanhamento com retornos agendados para os meses de maio e junho de 2020. Classificação dos Ambulatórios – Detalhados na Figura com os símbolos de A1 a A3. Observa-se que a porcentagem de ativação dos ambulatórios de maior prioridade A1 será mais precoce do que os ambulatórios de menor prioridade. Observe-se na porção direita da Figura, abaixo da Legenda, os princípios para estruturação das agendas. Especial atenção deve ser dada para a abertura de casos novos a partir da FASE 3. A Seta Vermelha na parte superior da Figura alerta que se houver disparo do gatilho institucional (ocupação de mais de 24 leitos de UTI adulta), a instituição retornará para a FASE 1, independentemente da FASE em que esteja. Atenção ao alerta na Figura de que os agendamentos para internação devem obedecer a plataforma LINCE e que só serão executadas internações através do Controle de Leitos.

HOSPITAIS ESTADUAIS VINCULADOS À FAEPA

- O **Hospital Estadual de Ribeirão Preto** considera voltar, desde já, algumas atividades ambulatoriais, de centro cirúrgico, SADT externo, sempre respeitando os cuidados para evitar aglomerações e disseminação da COVID-19. Considera-se, para **Enfermarias**, manutenção, neste momento, do mesmo número de internações em vista da necessidade de manutenção de leitos de isolamento para os pacientes que chegam com outros diagnósticos e existe suspeita de síndrome gripal; para **Cirurgias**, realização preferencialmente na modalidade ambulatorial (sem internar), priorizando os procedimentos de risco mais elevado, o que preservará leitos para Clínica Médica em consonância com a missão do Hospital no combate à pandemia e, ao mesmo tempo, de acordo com orientações de Sociedades Médicas de Cirurgia, visando a preservar a saúde do paciente operado; **Ambulatório** - o volume de atendimentos aumentará de forma gradual, mantendo-se a triagem infecciosa de todos os pacientes que chegarem ao Hospital. Os dados de vigilância e/ou estoques de EPI nortearão quaisquer mudanças no planejamento que se tornem necessárias (como reduzir novamente o atendimento). O planejamento prevê um aumento semanal do volume de atividades, desde que não haja um crescimento expressivo de casos com Covid-19 na cidade de Ribeirão Preto.
- O plano de retomada progressiva retomada progressiva das agendas do mês de maio e junho de 2020 do **Hospital Estadual de Américo Brasiliense** inclui: 1) **Ambulatório Médico de Especialidades** – retomada parcial de consultas, exames e pequenos procedimentos a partir de 04/05/20, dando prioridade aos usuários com menos de 60 anos, com o objetivo de não colocar em risco os pacientes com idade superior a 60 anos, exceto naquelas condições consideradas prioritárias pela equipe médica; 2) **saídas clínicas** - As internações em clínica médica não sofreram qualquer alteração em sua rotina desde o início da pandemia do COVID-19, estando disponíveis neste momento 10 leitos de UTI e 43 leitos de enfermaria para internações; considerando que o hospital é referência regional para atendimento de pacientes com Covid-19, houve redução dos leitos cirúrgicos devido à suspensão de cirurgias de maior porte; 3) **saídas cirúrgicas** - pelo risco de infecção perioperatória pelo COVID-19, estão sendo realizadas exclusivamente cirurgias classificadas como prioridade pela equipe cirúrgica, utilizando critérios das sociedades médicas de especialidades, que se baseiam principalmente no risco de descompensação da doença e diagnóstico suspeito ou confirmado de neoplasias; planeja-se a retomada gradual da atividade cirúrgica, priorizando os casos com menor risco de complicações, no momento em que se comece a registrar quedas dos casos confirmados por dia de COVID-19 na região, com redução de internações hospitalares e de afastamentos de colaboradores; 4) **Pronto Atendimento**: O volume de atendimentos no PA tem sido maior nos últimos meses, marcadamente pelo atendimento a colaboradores com sintomas gripais que se dirigem espontaneamente ao setor ou após a realização da ronda de segurança instituída em todos os setores de trabalho em abril, que realiza “check-list” de sintomas gripais ao início e final de qualquer turno de trabalho.

- Apresenta-se a seguir, em etapas, as possibilidades de aumento de ofertas de serviços **pelo Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater (CRSMRP-MATER)** a partir do dia 11 de maio de 2020, considerando que, de acordo com o plano de contingência da instituição em decorrência da pandemia COVID-19, foram mantidos os atendimentos de pré-natal (“Projeto Nascer”), de casos obstétricos, neonatais e cirúrgicos emergenciais em sua integralidade: **Etapa 1:** Reabertura das Agendas de Mamografia ofertando 100% das vagas pactuadas (Meta mensal pactuada: 200 exames de mamografia) com emissão de laudos, porém sem avaliação dos resultados por mastologista e, conseqüente, sem agendamento de propedêutica diagnóstica adicional; **Etapa 2:** Reabertura das Agendas de Mamografia ofertando 100% das vagas pactuadas, com emissão de laudos, acrescentando-se a avaliação dos resultados por mastologista e agendamento de propedêutica diagnóstica complementar; **Etapa 3:** Estimular a efetivação de agendamento de 100% das vagas ofertadas para ultrassonografia externa. Considerando que a meta pactuada em contrato é de 220 exames por mês e que, no mês de abril, foram agendados 128 exames (58% da meta), a proposta é de um aumento de pelo menos 50% no agendamento das vagas; **Etapa 4:** Retorno gradual das atividades cirúrgicas, com realização de cirurgias com mínima liberação de aerossóis e que permitem alta hospitalar precoce, além de reabertura dos ambulatórios cirúrgicos com 25% do volume total de atendimento; a seguir, inclusão de procedimentos de maior porte (histerectomias e miomectomias) na escala cirúrgica e reabertura dos ambulatórios cirúrgicos com 50% do volume total de atendimento; **Etapa 5:** Retorno da integralidade das atividades pactuadas em contrato pelo CRSMRP-Mater com a SES.
- O plano de retomada das atividades ambulatoriais e cirúrgicas do **Hospital Estadual Serrana**, um dos hospitais de referência regional para casos de COVID-19, que interna diariamente pacientes suspeitos ou confirmados, tem como objetivo conciliar as atividades de assistência a estes pacientes com àquela oferecida aos pacientes com diferentes condições clínicas que necessitam dos procedimentos cirúrgicos e diagnósticos eletivos por via ambulatorial; a partir do dia 11 de maio colocaremos em prática o seguinte plano de reabertura das atividades ambulatoriais eletivas: reabertura dos agendamentos de exames de tomografia com programação de 18 pacientes por período; consultas médicas ambulatoriais restritas a 12 pacientes por período, somente dos pacientes que já estão em seguimento no Hospital e das prioridades solicitadas pela DRS XIII; havendo estabilidade da pandemia nos quinze dias seguintes, será programado o retorno dos procedimentos cirúrgicos eletivos; procedimentos Cirúrgicos – serão realizados preferencialmente aqueles de modalidade Hospital Dia (HD), dada nossa atual restrição de leitos de internação em função da alocação de leitos para atendimento da Covid-19; exames endoscópicos (endoscopia digestiva alta e colonoscopia): devido à restrição de área física, será mantido apenas o atendimento de casos prioritários; é importante ressaltar que essa programação será revista

semanalmente, conforme o desenrolar da situação da pandemia na região, com expansão ou nova suspensão a depender da demanda pelo serviço.