

Estratégias para a Flexibilização das Medidas de Distanciamento Social

COVID-19

Bahia
Julho, 2020



**GOVERNO
DO ESTADO**

SECRETARIA
DA SAÚDE

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

**ESTRATÉGIAS PARA A FLEXIBILIZAÇÃO DAS MEDIDAS DE
DISTANCIAMENTO SOCIAL DURANTE O ENFRENTAMENTO
DA COVID-19 NO ESTADO DA BAHIA EM 2020**

**Bahia
Julho/2020
1ª Edição**

Governador do Estado da Bahia
Rui Costa

Secretário de Estado da Saúde da Bahia
Fabio Vilas-Boas Pinto

Subsecretária de Saúde
Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho

Sala de Situação do Comitê Estadual de Emergência em Saúde Pública
Izabel Oliva Marcilio de Souza

Assessoria de Comunicação Social
Pablo Vinícius Silva Barbosa

Superintendência de proteção e Vigilância da Saúde
Rívia Mary Barros

Superintendência de Assistência Integral à Saúde
Jassicon Queiroz dos Santos

Superintendência de Gestão dos Sistemas Regulação da Atenção à Saúde
Jerusa Marins Paes Coelho

Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Márcia São Pedro Leal Souza

Diretoria do Laboratório Central Gonçalo Moniz
Arabela Leal e Silva de Mello

Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental
Sandra Helena Pellegrino Marques

Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador
Letícia Coelho da Costa Nobre

Diretoria de Atenção Especializada
Maria Alcina Romero Boullosa

Diretoria Geral da Gestão das Unidades Própria
Igor Lobão Ferraz Ribeiro

Diretoria de Regulação da Assistência à Saúde
Rita de Cássia Silva Santos

Comissão Técnica de Elaboração:

Adryanna Cardim de Almeida
Cláudia Lemos Vieira Lima
Guilherme de Sousa Ribeiro
Imeide Pinheiro dos Santos
Isleide Carmem Silva Costa
Ita de Cácia Aguiar Cunha
Izabel Oliva Marcilio de Souza
Letícia Coelho da Costa Nobre
Milene Baqueiro Wasconcellos
Patrícia Alessandra de Almeida
Priscila Soares Macedo
Rejane Andrade Cardoso
Ricardo de Gouvêa Costa

Equipe de Revisão

Claudia Moura
Maíra Costa Santiago

Colaboração e Comunicação

Efrén de Melo Ferreira
Verônica de Souza Araújo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. OBJETIVOS	7
3. RECOMENDAÇÕES E EXPERIÊNCIAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS	8
4. CRITÉRIOS PARA FLEXIBILIZAÇÃO DAS MEDIDAS DE ISOLAMENTO SOCIAL	17
5. PROPOSTA PARA A FLEXIBILIZAÇÃO REGIONALIZADA	20
6. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA COVID-19 NO ESTADO DA BAHIA	23
7. CONCLUSÕES	30
8. REFERÊNCIAS	32
ANEXO I – Elenco de Indicadores de Monitoramento	34
ANEXO II – Proposta de Protocolos de Flexibilização das medidas de distanciamento social	35

1. INTRODUÇÃO

O estado da Bahia conta com a extensão territorial de 564.733,177 Km² e possui aproximadamente 15 milhões de habitantes, segundo o IBGE/Estimativa para 2020, distribuídos em 417 municípios que apresentam diferentes perfis socioeconômicos, geográficos e culturais. Trata-se, portanto, de um estado com dimensões equivalentes a alguns países europeus, porém com diversidades que poderiam ser comparadas a realidades dos cinco continentes juntos.

Como forma de contribuir para a construção da integralidade das ações e garantir o acesso à saúde de forma resolutiva e com equidade, a Bahia é subdividida em 09 macrorregiões e 28 regiões de saúde, de acordo ao Plano Diretor de Regionalização da Saúde do estado (PDR, 2011).

O primeiro caso de Covid-19 foi detectado no Estado no dia 06/03/2020 e desde então foram registrados 319.981 casos confirmados (dados de 08/10/2020), distribuídos em 341 municípios.

Além do atual quadro sanitário de pandemia e das questões socioeconômicas, o primeiro trimestre do ano geralmente é marcado pelo pico de ocorrência de doenças endêmicas como Dengue, Chikungunya, Zika, e síndromes gripais diversas, sendo estas muito frequentes no período pós-carnaval. A velocidade de contágio da Covid-19 no Estado da Bahia teve uma aceleração a partir do final do mês de abril, e se prolongou por maio, junho e julho.

O controle da pandemia da Covid-19 envolve diversos fatores como a capacidade instalada do sistema de saúde, capacidade diagnóstica, índice de isolamento social, entre outros, que precisam ser considerados e analisados de forma dinâmica, com a finalidade de proteger a saúde dos cidadãos baianos. Mas além da área da saúde, a pandemia de Covid-19 também gerou uma crise social e impactou os setores produtivos e econômicos. Com o objetivo de mitigar o impacto socioeconômico da pandemia durante esse período de desaceleração ou mesmo estagnação comercial, o Governo do Estado da Bahia adotou uma série de medidas visando manter a malha produtiva essencial, a exemplo da publicação do Decreto nº 19.619 de 07 de abril de 2020 que dispõe sobre a prorrogação de prazos para recolhimento do ICMS para microempresas e empresas de pequeno porte, inclusive Micro Empreendedor Individual – MEI, viabilizando promover a renda mínima de trabalhadores e famílias.

Apesar do esforço estatal voltado ao enfrentamento da pandemia, soluções para lidar efetivamente com a doença, como o emprego de um tratamento eficaz ou imunização da população ainda não estão disponíveis e muito provavelmente não ocorrerão nos próximos meses.

2. OBJETIVOS

A finalidade desse estudo é apontar critérios e estratégias para a flexibilização progressiva das medidas de distanciamento social e retomada da vida cotidiana de uma forma segura, minimizando o risco que a epidemia representa para a saúde da população e impedindo o colapso do sistema de saúde.

Além disso, as estratégias a serem adotadas deverão manter a referência da proteção à saúde, considerando que as atividades econômicas também devem ser gradualmente recuperadas para o restabelecimento do bem estar social.

Desse modo, delinear-se os seguintes objetivos:

1. Levantar informações sobre as estratégias de flexibilização das medidas de distanciamento social aplicadas e/ou pensadas para diferentes países e outros estados do Brasil.
2. Definir critérios epidemiológicos e relacionados à oferta de serviços de saúde na Bahia que possam orientar com segurança e de forma regional a adoção de estratégias de flexibilização das medidas de distanciamento social.
3. Propor uma classificação para os setores econômicos e atividades cotidianas quanto à essencialidade da atividade, bem como ao risco de transmissão do SARS-CoV-2.
4. Propor ações e estratégias de flexibilização das medidas de distanciamento social que considere os critérios epidemiológicos e relacionados à oferta de serviços de saúde, bem como a essencialidade e risco de transmissão do SARS-CoV-2 em cada setor e atividade socioeconômico, de forma regionalizada no Estado.

3. RECOMENDAÇÕES E EXPERIÊNCIAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS

A OMS definiu princípios a serem levados em consideração ao ponderar sobre a flexibilização das medidas de isolamento social:

- Quebra da cadeia de transmissão, por meio da detecção do maior número possível de casos, tratando pessoas com sintomas e isolando os doentes e aqueles que estiveram em contato com eles.
- Capacidade instalada de tecnologia em saúde, recursos e insumos suficientes para poder responder rapidamente aos casos detectados e, em particular, para atender aos casos mais graves.
- Estratégias de mitigação dos riscos em locais com alto potencial de contágio, como unidades assistenciais de saúde, locais fechados e locais públicos onde há uma alta concentração de pessoas.
- Estabelecimento de medidas preventivas no local de trabalho, a exemplo do teletrabalho, troca de turnos, intensificação de medidas de higienização e outras ações que reduzam os contatos pessoais.
- Gerenciamento do risco de importar e exportar casos além das fronteiras de cada território, para o qual recomenda a implementação de medidas de controle e isolamento para pessoas infectadas ou provenientes de áreas de maior risco.
- Ações de comunicação sobre a importância de que todos os cidadãos se comprometam com as estratégias que estão sendo adotadas e entendam que, em grande parte, a contenção da pandemia depende da responsabilização pessoal e engajamento cidadão.

Para tanto, a tomada de decisão sobre a flexibilização do distanciamento social deve ser planejada para curto e médio prazo, sempre com base no conhecimento científico e técnico.

Até o momento de apresentação desse estudo, nenhum país havia concluído o processo de retirada do isolamento ou está isento de riscos de novas ondas do Sars-CoV-2, de forma que as comparações devem ser relativizadas para a Bahia em função dos diferentes cenários e/ou contextos.

Além das lições internacionais, buscou-se agregar experiências locais, a exemplo da “matriz de risco objetiva para adoção de lockdown e reabertura” produzida pelo Comitê Científico de Combate ao Coronavírus Consórcio Nordeste, que trabalhou na matriz de risco utilizando 13 parâmetros de monitoramento divididos em três categorias: tensão sobre o sistema de saúde, situação local da pandemia e, isolamento social e influencia

geográfica. De forma a garantir uma reabertura gradual, assimétrica, coordenada por regiões de saúde e municípios, para que aconteça de forma segura.

Buscando avançar com estratégias sobre gerenciamento, controle de riscos e a proteção da saúde da população, faz-se necessário a identificação de diversos cenários que possam apontar caminhos para a retomada de atividades no estado.

A. Critérios Epidemiológicos.

O cenário epidemiológico relativo à transmissão do SARS-CoV-2 é fundamental na determinação dos critérios de flexibilização das medidas de distanciamento social. Para tanto, algumas perguntas devem ser respondidas pelos gestores e suas equipes que pensam em propor medidas de flexibilização, considerando as especificidades locais para as diferentes regiões de saúde do estado:

- I. O pico de transmissão do SARS-CoV-2 já foi atingido?**
- II. Há evidências de estabilização, seguida de redução sustentada da transmissão do SARS-CoV-2?**
- III. Há municípios ou regiões no estado com pelo menos 14 dias sem registro de novos casos?**
- IV. Qual o nível de imunidade populacional para o SARS-Cov-2?**
- V. Os grupos mais vulneráveis estão cobertos por fatores de proteção (de saúde, sociais e econômicos) que possam apoiá-los no caso de infecção pelo SARS-CoV-2?**

A partir do monitoramento de indicadores epidemiológicos que respondam essas questões será possível para o grupo gestor avaliar de modo claro em que estágio da Pandemia cada região e/ou município se encontra, e dessa forma se tornará mais clara a tomada de decisões sobre a flexibilização.

Importante observar também que os estágios da Pandemia foram apresentados pela OMS a partir dos intervalos epidêmicos de influenza, elaborado pelo CDC/EUA. Trata-se de períodos onde as características do vírus e a resposta de saúde pública descrevem a progressão da doença, e a avaliação de indicadores apontam para um estágio ou outro. Os intervalos da pandemia, de acordo com a OMS são quatro: epidemias localizadas, aceleração do contágio, desaceleração e controle. Cada uma dessas fases demanda ações de saúde pública de diferentes formas, sendo algumas mais rígidas e outras mais flexíveis quanto ao uso das medidas de mitigação. O pico da epidemia ocorre no final da fase de aceleração, que é seguida por uma fase de desaceleração, durante a qual há uma queda na Taxa de Transmissibilidade do vírus (R_t).

Para cada fase, devem ser tomadas ações que envolvem também quatro etapas: a contenção, mitigação, supressão e recuperação. Na fase da contenção, todas as medidas que possam evitar o contágio devem ser tomadas, o que envolve medidas não

farmacológicas, preventivas e de apoio social. Na etapa da mitigação, não é mais possível identificar a origem do contágio, surgindo a contaminação comunitária. A principal ação aqui é evitar que grupos de risco sejam contaminados. Na terceira etapa (supressão) são tomadas medidas mais radicais, procurando romper toda e qualquer cadeia de transmissão, e diminuir a transmissão do vírus. Nessa fase, as medidas de isolamento social devem ser mais rígidas. Por fim, a recuperação, é a fase onde o número de infectados diminui drasticamente, se mostrando o momento propício para iniciar as medidas de flexibilização.

No Brasil, o Ministério da Saúde adaptou ferramentas do CDC/EUA, com vistas a realizar avaliação de risco e caracterização dessas fases, e no Nordeste, o Comitê Científico do Nordeste vem orientando os Estados para verificação de indicadores que permitam a melhor tomada de decisão. Para a Bahia, o uso dessas diferentes ferramentas aponta que Regiões e Municípios estão em diferentes fases da pandemia.

B. Capacidade do Sistema de Saúde.

A capacidade do Sistema de Saúde deve ser compreendida como uma aptidão de realizar a atenção integral e a vigilância de casos. A detecção de casos novos, bem como o monitoramento do território para acompanhar os casos ativos e seus contatos é uma ação importante desenvolvida pelos sistemas de Vigilância em Saúde de cada município e que precisam, portanto, estar bem estruturadas e fortalecidas, no entanto, equipes de assistência e vigilância em saúde precisam trabalhar de modo integrado.

O modelo de atenção do SUS-Bahia adota a Atenção Básica como porta de entrada e tem a característica de ser capilarizado, atingindo 82,21% de cobertura no estado da Bahia, ampliando as possibilidades de disseminação das estratégias de promoção da saúde, do monitoramento e da detecção precoce de casos novos. É importante considerar as diversas estratégias que a Atenção Básica pode adotar juntamente com as equipes de vigilância em saúde, ampliando a capacidade de detectar, monitorar e conter novos casos e seus contatos.

Ressalta-se que através do aplicativo Monitora Covid e a implantação da Ficha B de busca ativa dos casos Covid-19, a atenção básica poderá junto à sua área adstrita realizar a triagem de casos, detectando-os precocemente e encaminhando ao serviço de média e alta complexidade quando for necessário. Bem como, a notificação e o tratamento dos casos leves poderão acontecer de modo precoce, melhorando a sensibilidade do sistema de vigilância.

A instalação de novos serviços de média e alta complexidade nas regiões de saúde vem contribuindo para o controle da taxa de letalidade e segurança para oferta de serviços. Por tudo isso, é necessário considerar a possibilidade de retomada de cuidados primários e dos procedimentos eletivos adiados por conta da chegada da pandemia.

A estratégia adotada quando se instala a falta de leitos é o fechamento completo das movimentações e atividades, conhecido pela expressão “lockdown”. Essa é a medida de isolamento social do mais alto nível de segurança, necessário em situação de grave ameaça ao Sistema de Saúde.

C. Estudo comparado de casos internacionais e lições aprendidas

A fim de traçar parâmetros que possam ser adotados na Bahia, foi realizado o levantamento de modelos internacionais e análise de viabilidade de implementação na Bahia.

○ Caso da Espanha

Na Espanha, em 14 de março um Decreto Real estabeleceu o estado de alarme, com medidas importantes que restringiram a mobilidade e a atividade econômica. Esse mesmo decreto foi prorrogado três vezes.

A saída gradual do atual estado de confinamento atuou em quatro áreas: vigilância a saúde; identificação e contenção de fontes de contágio; assistência médica; e medidas de proteção coletiva, com dimensão nacional, regional e local.

Para avançar no desconfinamento, a Espanha tem utilizado parâmetros cujos valores monitorados continuamente são refletidos em um painel de controle integral cujas informações orientam a intensidade e velocidade do desconfinamento, fundamentais para a tomada de decisões, a saber:

- Saúde pública, com base em dados que avaliam a capacidade instalada do sistema de saúde, diagnóstica, do sistema de vigilância e a evolução da situação epidemiológica.
- Mobilidade (interna e internacional), intimamente ligada a um possível aumento do risco de contágio.
- Da dimensão social (impacto da doença, confinamento e desconfinamento nos grupos sociais mais vulneráveis, principalmente idosos).
- Atividade econômica (avaliação da situação por atividades/setores, especialmente aqueles com maior possibilidade de aglomeração e os mais afetados pela crise).

As fases planejadas para a flexibilização das medidas de isolamento são as seguintes:

Fase 0 ou preparação

A fase de preparação, iniciada em 2 de maio, caracterizou-se pelo estabelecimento de medidas básicas de promoção, proteção e prevenção para todo o país. Uma vez estabilizada a curva de contágio, permitiu-se mobilidade fora de casa, principalmente na esfera privada. Considerando que as instruções de segurança sejam cumpridas, com

base na responsabilidade e autoproteção dos cidadãos, essas medidas manterão o contágio muito baixo ou nulo.

Constituem exemplos de atividades que podem ser realizadas na fase 0: atividade esportiva individual sem contato e passeios, cuidados com jardins familiares, algumas atividades econômicas com controle de capacidade de ocupação por meio de agendamento de atendimento individual ao cliente, como a abertura de restaurantes com serviço de alimentação delivery, sem consumo nas instalações etc. Outro exemplo seria a abertura de treinamentos individuais, de atletas profissionais e federados e o treinamento básico de ligas profissionais.

Durante toda essa fase, os locais públicos foram preparados com diversas ações que sinalizavam à população sobre as medidas de proteção que deveriam ser intensificadas com objetivo de preparação para fase seguinte (Fase I).

Fase I ou inicial

Dependendo do cumprimento dos indicadores nos diferentes territórios, foi permitida a abertura parcial de atividades, em particular atividades econômicas, como pequenas empresas. Na retomada da vida cotidiana, os espaços sociais como praças, parques, áreas de lazer, atividades de agricultura, esportivas profissionais também foram liberadas com as medidas de higiene necessárias. No entanto, hotéis e acomodações turísticas, além dos locais de culto devem ser abertos limitando sua capacidade a 30%, com restrições de áreas comuns.

Fase II ou intermediária

Nesta fase, propôs-se a abertura parcial de atividades que permaneceram restritas na fase I. Os restaurantes, cafés e bares com salões para mesas, seriam reabertos com limitações de ocupação, restringindo a um terço da capacidade e garantias de separação para serviço de mesa. Com relação ao ano letivo, está programado para começar em setembro.

No entanto, nesta Fase II, algumas condições de cuidados com a saúde e de caráter educacional foram impostas às escolas para que retornem as atividades, sem trazer prejuízo ao ano letivo em curso. Da mesma forma, está prevista a retomada da caça e pesca esportiva, bem como a reabertura de cinemas, teatros, auditórios e espaços similares com assentos marcados; visitas a monumentos e outras instalações culturais, como salas de exposições, salas de conferências, todos com um terço de sua capacidade habitual. Atos e espetáculos culturais de menos de 50 pessoas podem ser realizados em locais fechados com 1/3 da capacidade; e ao ar livre, será possível quando reunir menos de 400 pessoas sentadas. Os locais de culto devem limitar sua capacidade a 50% nesta segunda fase.

Fase III ou avançada

Nesta fase, a mobilidade geral será flexibilizada, com recomendação de uso de máscara fora de casa e no transporte público. Na esfera comercial, a capacidade será limitada a 50% e estabelecida uma distância mínima de 2 metros. Nessa retomada, as restrições de capacidade e ocupação serão um pouco abrandadas, com manutenção de rigorosas condições de separação entre o público.

A retomada do cotidiano – “O Novo Normal”

As restrições sociais e econômicas terminam, mas a vigilância epidemiológica, a capacidade fortalecida do sistema de saúde e a autoproteção dos cidadãos serão mantidas.

As datas específicas e a evolução real dependerão do comportamento e controle da pandemia, bem como da capacidade de superar as diferentes fases nas condições estabelecidas no Plano. O tempo entre cada uma das fases terá uma duração mínima de duas semanas, período necessário para se observar qualquer alteração na ocorrência de casos da doença.

○ Caso de Portugal

Em Portugal a curva epidemiológica da Covid-19 teve um crescimento efetivo distinto da curva exponencial projetada. Um dos motivos prováveis foi o favorecimento pela questão geográfica, uma vez que o país faz fronteira apenas com a Espanha. Adicionalmente, medidas para o enfrentamento da COVID-19 foram tomadas pouco tempo após o surgimento do primeiro caso, detectado em 02/03. Em 15/03/2020, foram decretados os fechamentos de fronteiras e escolas, logo em seguida, em 18/03 aconteceram as restrições de circulação, fechamento de praias, adoção do trabalho em home office, restrição de convívio social e cultos religiosos, com uma alta adesão ao isolamento por parte da população (86%). Constituição de equipe de peritos/especialistas (Task-force) para dar resposta à epidemia, ativação do Sistema Nacional de Saúde para triagem e encaminhamento de casos suspeitos e ativação da Linha de Apoio ao Médico (LAM-DGS) para validação de casos suspeitos.

Em 22/03 Portugal decretou estado de emergência com base no risco de transmissibilidade e, desde o final do mês de março, seguiu uma tendência de queda contínua na ocorrência de novos casos. **Em 06/05**, Portugal apresentava 26.182 casos confirmados e 1.089 mortes, e um cenário de controle epidemiológico da transmissão do SARS-CoV-2, com boa capacidade instalada para oferecer uma resposta eficiente.

Diante do panorama de controle da epidemia, puderam mais rapidamente propor medidas para o desconfinamento. Para tal, foi necessário estabelecer critérios e condições. Dentre os critérios, pode-se elencar: a capacidade de testagem (37 teste por milhão de habitantes); o percentual de casos positivos tratados em casa, internados e em UTI (menos de 5% dos seus casos positivos tratados em UTI e acima de 90% dos casos tratados em casa); a queda da taxa de ocupação de UTI. Vale salientar que Portugal ocupava na época o 4º lugar no ranking de testagem.

Já as condições para que o desconfinamento ocorresse foram: disponibilidade no mercado de máscaras e gel desinfetante; higienização regular dos espaços; lotação máxima reduzida; higiene das mãos e etiqueta respiratória; distanciamento físico (2m) e uso obrigatório de máscaras nos transportes públicos, escolas, comércio e outros locais fechados com múltiplas pessoas; lotação máxima de 5 pessoas/100m² nas instalações fechadas. Essas decisões são reavaliadas a cada 15 dias.

Dessa forma, foi criada uma agenda com três datas para o escalonamento de retorno às atividades: 04/05, 18/05 e 01/06, com regras gerais e condicionantes definidos para diferentes áreas econômicas: transportes públicos, trabalho, serviços públicos, comércio e restauração, escolas e equipamentos sociais, cultura e desporto.

○ **Caso da França**

O controle da disseminação do novo coronavírus e o alívio da pressão sobre os hospitais foram os marcos importantes para iniciar o plano de desconfinamento.

Desde o dia 11 de maio a França pôs em prática o seu plano de desconfinamento através de estratégia, declaradamente baseada em observações, e a partir das seguintes conclusões: aprender a conviver com a Covid-19 e se proteger mutuamente do Sars-CoV-2; proceder com cautela, gradualmente, frente ao risco de uma segunda onda; agir localmente com base nas situações instaladas em cada uma das regiões.

Dessa forma, viver com o vírus, agir gradualmente, e adaptar-se localmente foram os três princípios da estratégia nacional francesa e sua implementação foi lastreada no tripé: proteger; testar e isolar. Tal estratégia é pautada na responsabilidade individual de consequências coletivas.

A estratégia francesa baseia-se, sobretudo nos franceses, nos cidadãos, em sua civilidade e disciplina. Afirmam que nenhum plano, nenhuma medida, por mais ambiciosa que seja, conterá a epidemia se os franceses não acreditarem ou não a aplicarem, se a cadeia viral não for substituída por uma cadeia de solidariedade.

○ **Lições aprendidas**

As experiências internacionais estão alinhadas com o referencial de Saúde em Todas as Políticas, pactuadas na Declaração de Adelaide (2010), que expressa a necessidade do estabelecimento de um novo contrato social entre todos os setores para ampliar o desenvolvimento humano, a sustentabilidade e a equidade, assim como melhorar as condições de saúde. Isso demanda novas formas de governança que incluam uma liderança compartilhada nos governos, através dos setores e entre os seus diversos níveis. A Declaração sublinha a contribuição do setor saúde para a solução de problemas complexos da sociedade. Logo, ter um governo mais efetivo significa ter uma saúde melhor.

Após a análise dos planos propostos sob realidades díspares, pode-se concluir que a Bahia não se encontra em situação de confinamento, mas sim de distanciamento social,

muitas vezes equiparado ao nível zero de desconfinamento desses países onde ocorreu a estratégia de isolamento social propriamente dita.

Na Bahia, o distanciamento social é determinado pelas autoridades públicas a partir de decretos governamentais, o que tem se mostrado como uma medida efetiva, uma vez que a Bahia vem mantendo um nível médio de isolamento, porém com um fluxo de movimentação, que propicia a dispersão do vírus, levando os indicadores epidemiológicos a níveis não aceitáveis pela OMS, motivando este estudo para debruçar-se sobre a análise de indicadores da saúde (coeficiente de incidência, taxa de hospitalização, potencial de propagação do vírus SARS-CoV-2 e demandas de ofertas dos serviços de saúde).

Outro importante fator de análise são as particularidades referentes ao fluxo de pessoas e a taxa de isolamento social, com maior possibilidade de aglomerações e suas consequências diretas para uma maior transmissão viral e maior número de contaminados pela Covid-19.

Ademais, a análise da capacidade instalada de recursos hospitalares e a sua resposta para absorver as demandas da população no estado são critérios adotados nesse estudo para análise da flexibilização das medidas de isolamento social. Esses recursos estão claramente distribuídos de forma pouco equitativa e com maior concentração na região de saúde leste.

Contudo, devemos atentar que a possibilidade do colapso do sistema de saúde em algumas regiões do estado não necessariamente está relacionada a uma propagação maior do vírus ou maior número de doentes nesta região, uma vez que o histórico de subfinanciamento do SUS se faz presente em todo o contexto nacional, associado a recursos humanos, insumos e equipamentos escassos. Além disso, há a migração de doentes para áreas pólo em serviços de saúde, o que amplia a demanda nessas regiões.

Este quadro se agravou com a pandemia da Covid-19 e repercutirá de forma significativa nas decisões de governo quanto à correção das iniquidades das regiões de saúde, e conseqüente postergação da sinalização do relaxamento das medidas do isolamento social.

Devemos ressaltar os esforços que têm sido empregados pelo governo do Estado e prefeituras baianas no intuito de ampliar a estrutura dos serviços de atenção de média e alta complexidade para o atendimento de pacientes com Covid-19.

Dados disponibilizados pela SESAB referente ao mapa de casos confirmados por município na Bahia e a taxa de ocupação de leitos por macrorregião de saúde, atualizados do dia 02/06, demonstram uma variabilidade muito grande do quantitativo de leitos ofertados, leitos em reestruturação e quantitativo de pacientes internados, mas a partir de uma análise com intervalo de 14 dias desses, possibilita a utilização dessas informações para uma análise de flexibilização das medidas de isolamento social.

4. CRITÉRIOS PARA FLEXIBILIZAÇÃO DAS MEDIDAS DE ISOLAMENTO SOCIAL

Com base no estudo do plano de flexibilização das medidas de isolamento social adotados em outros países e estados do Brasil, bem como em recomendações de organizações sanitárias, este estudo sugere que a flexibilização das medidas de isolamento social na Bahia seja sustentada em critérios que se agrupam em quatro eixos:

1. Indicadores epidemiológicos relativos à intensidade de transmissão do SARS-CoV-2 e ao nível de isolamento social praticado;
2. Capacidade do sistema de saúde para assistir os pacientes com COVID-19;
3. Capacidade de diagnosticar oportunamente casos da doença de forma a orientar a assistência e as ações de vigilância; e
4. Capacidade da vigilância em saúde para monitorar e bloquear a cadeia de transmissão viral, identificando e isolando precocemente pessoas com COVID-19 e seus contactantes.

Dada a dimensão territorial da Bahia, os diferentes momentos epidemiológicos que cada localidade vive em relação à epidemia de COVID-19 e a heterogeneidade da capacidade de assistência em saúde, esses critérios devem ser avaliados de forma regionalizada no estado. A seguir, detalhamos um pouco mais os aspectos a serem avaliados em cada um desses quatro eixos.

1. Os Indicadores epidemiológicos a serem monitorados para o estado e de forma regionalizada, para as nove macrorregiões de saúde, são apresentados de modo mais detalhado, em sua fonte e método de cálculo, no Anexo I e devem demonstrar:
 - 1.1. Evidência de redução sustentada na transmissão do SARS-CoV-2 nos últimos 14 dias, identificada por:
 - 1.1.1. Tendência temporal do número diário de novos casos confirmados de COVID-19;
 - 1.1.2. Tendência temporal do número diário de novas hospitalizações em leitos de UTI por COVID-19;
 - 1.1.3. Tendência temporal do número diário de regulações para leitos de UTI por COVID-19;
 - 1.1.4. Tendência temporal do potencial de propagação do vírus SARS-CoV-2, medida pela taxa efetiva de transmissão (R_t), que deve ser menor que 1;

- 1.1.5. Tendência temporal do número de óbitos por Covid-19, de acordo com a data de ocorrência.

1.2. Índice de isolamento social

A principal estratégia para a contenção da pandemia é o distanciamento social, indicado pela OMS e outras autoridades sanitárias. Quando da sua execução, pode-se aferir o índice de isolamento social por meio de geolocalização dos aparelhos de telefonia móvel. Tais dados são disponibilizados de forma agregada por municípios e para o estado pelo sistema InLoco.

Quanto maior o índice de isolamento social menor será a taxa efetiva de transmissão (R_t). Estima-se que o índice de isolamento social deva ficar maior que 60% para que a taxa de transmissão alcance um valor menor do que um ($R_t < 1$) e a epidemia pare de crescer.

2. Capacidade instalada do sistema de saúde, identificada por:

- 2.1. Tendência temporal da taxa de ocupação dos leitos de UTI por COVID-19, objetivando-se <75% por pelo menos 5 dias;

- 2.2. Tendência temporal do número de leitos ativos clínicos e de UTI dedicados a rede COVID-19;

3. Capacidade de testagem indicando a taxa de positividade de casos no território, a partir de:

- 3.1. Número diário de exames de RT-PCR recebidos pelo LACEN-BA e LACEN-Regionais;

- 3.2. Número diário de exames de RT-PCR realizados pelo LACEN-BA e LACEN-Regionais;

- 3.3. Número diário de exames de RT-PCR que aguardam a realização no LACEN-BA e LACEN-Regionais;

É importante o monitoramento da capacidade de testagem sustentada para os seguintes grupos: sintomáticos respiratórios, trabalhadores de saúde, trabalhadores essenciais, surtos em ambientes hospitalares e instituições de longa permanência, uma vez que essa população representa grupos vulneráveis conferindo características para uma coorte sentinela.

4. Capacidade do sistema de vigilância em bloquear a cadeia de transmissão da COVID-19, identificado por:

- 4.1. Percentual de casos suspeitos de COVID-19 monitorados pelo menos uma vez quanto à necessidade de isolamento domiciliar (analisado semanalmente);

- 4.2. Percentual de casos suspeitos de COVID-19 que tiveram contactantes investigados quanto a presença de sintomas e orientados pelo menos uma vez quanto a necessidade de isolamento domiciliar (analisado semanalmente);
- 4.3. Percentual de casos identificados por meio da aplicação da ficha B, no processo de Busca ativa da COVID-19 e do aplicativo Monitora COVID-19 na área adstrita da unidade de saúde;
- 4.4. Percentual de casos notificados no SINAN como acidente de trabalho com CID B 34.2, dentre todos os casos de acidentes de trabalho notificados no SINAN;
- 4.5. Percentual de amostras satisfatórias detectadas no Programa de Monitoramento da Qualidade do Álcool a 70%;
- 4.6. Percentual de Hospitais que realizam auto avaliação das ações de prevenção e controle de infecção, constante na Portaria Estadual nº 1083/01;

É importante observar que essa relação de indicadores não é exaustiva, e confere uma proposta que deve servir de base a avaliação do território de modo a direcionar as medidas de proteção que devem ser adotadas em cada região, contribuindo assim para a tomada de decisão por cada gestor.

5. PROPOSTA PARA A FLEXIBILIZAÇÃO REGIONALIZADA

A flexibilização das medidas de isolamento social deverá seguir o atendimento aos critérios previamente estabelecidos nesse estudo, ser realizada regionalmente e de forma gradual e progressiva, priorizando o retorno de atividades socioeconômicas de maior essencialidade e que envolvam menor risco associado de transmissão do SARS-CoV-2. Além disso, conforme sugere o protocolo francês de retorno das atividades, é importante que a flexibilização das medidas de isolamento social siga o tripé “proteger, testar e isolar”, descrito a seguir.

5.1 Proteger

A população passará a conviver com o vírus e para a ampla proteção faz-se necessário evitar a aglomeração populacional, e manter a higienização das mãos e etiqueta respiratória. Portanto, tais medidas continuarão a ser estimuladas durante todas as fases da flexibilização. Adicionalmente, o uso de barreiras mecânicas continuará sendo importante, sendo necessário a disponibilização ampla de máscaras para população em geral. Por fim, é necessária a proteção dos trabalhadores de saúde que precisam ter EPIs adequados para evitar que adoeçam e que sejam também fontes de transmissão do vírus. Para suprir esse ponto da estratégia, torna-se necessário a estimulação do mercado interno para produção qualificada de equipamentos.

5.2 Testar

A testagem de todos os casos suspeitos de COVID-19 deverá ser garantida pelo governo a fim de mensurar efetivamente o número de casos da Covid-19 nos diferentes territórios, monitorá-los e traçar o comportamento de disseminação viral. A ampla testagem propiciará uma assistência adequada, bem como permitirá a vigilância acompanhar os contactantes dos casos para identificação precoce de novos indivíduos sintomáticos. Essa ação exigirá capilaridade e qualificação das equipes de vigilância do estado e municípios e aperfeiçoamento dos sistemas de notificação. Adicionalmente, a realização de inquéritos sorológicos ajudará a definir o grau de exposição populacional ao SAR-CoV-2 e esta informação poderá orientar a segurança em adotar medidas de flexibilização do isolamento social.

O estado da Bahia ampliou, de 300 para 4000 exames de RT-PCR/dia, a capacidade de testagem através do Laboratório Central Gonçalves Muniz (LACEN/Ba) e suas instâncias macrorregionais. Embora tenha crescido no estado a realização de testes rápidos para a COVID-19, essa testagem deve observar os critérios de janela imunológica e a sensibilidade do teste utilizado, o que proporciona um gasto de recursos que muitas vezes não condiz com o resultado esperado, visto que a taxa de positividade para esses testes é abaixo do esperado. Nesse contexto, recomenda-se a realização de testes do tipo RT-PCR para melhor respaldo na tomada de medidas que possam conter a pandemia.

5.3 Isolar

O isolamento de casos suspeitos e confirmados de COVID-19 deverá ocorrer de forma monitorada pelas vigilâncias municipais e estadual. Corresponde a uma medida obrigatória para todos os cidadãos que apresentem sintomas respiratórios, em especial para aqueles com confirmação diagnóstica, estando eles em domicílio ou hospitalizados.

Além disso, as vigilâncias municipais e estadual também deverão atuar na identificação, isolamento e monitoramento de contactantes de casos suspeitos e confirmados de COVID-19. Essa ação é fundamental para evitar que pessoas que possam ter se infectado continuem circulando com potencial de transmitir o vírus em uma fase anterior ao desenvolvimento de sintomas ou de forma assintomática.

Por se tratar de uma doença nova, ainda em processo de descobertas relacionadas à transmissão, adoecimento, tratamento e cura, deve-se ter cautela nas recomendações de tempo de isolamento seja para sintomáticos ou assintomáticos, bem como para casos de imunodeprimidos ou pessoas saudáveis.

Muito se fala de formas diversas de realização do isolamento generalizando para a sociedade como um todo. A princípio o estado adotou a recomendação do isolamento horizontal, como a melhor estratégia de contenção da doença. No entanto, iniciou-se também reflexões e questionamentos sobre a importância de estabelecer estratégia de isolamento vertical, direcionado a grupos de risco.

Cabe enfatizar, que em todo o tempo foram considerados como grupos de exceção para tal isolamento, os profissionais de saúde, de segurança pública e outros cuja continuidade da atividade profissional é essencial para a sociedade nesse momento.

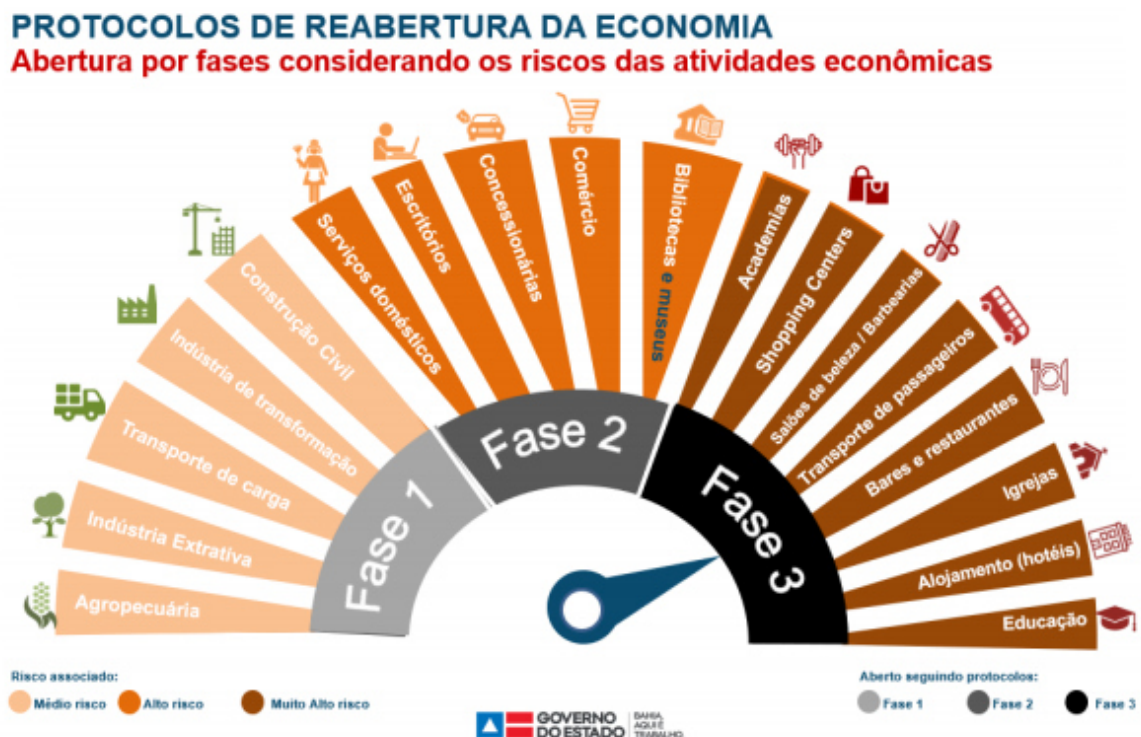
Independente da estratégia de isolamento adotada em qualquer que seja a etapa da pandemia que o estado estiver, essa deve ser reforçada com as atitudes protetivas pessoais de cada cidadão, a exemplo do uso correto da máscara, lavagem das mãos, álcool a 70% e manter a distância entre as pessoas, como medidas para conter o avanço da doença.

5.4 Protocolos

A partir do tripé abordado (Proteger, Testar e Isolar) e do elenco de indicadores apresentado, o processo de flexibilização poderá ser pautado com base em protocolos que orientem e incentivem os cidadãos a manter o autocuidado e o cuidado com o próximo em cada atividade (seja ela com fins econômicos, ou aquelas da vida cotidiana).

Nesse contexto, o Anexo II apresenta propostas de fases para a flexibilização de acordo com o risco que cada atividade pode representar para o contágio por Covid-19. Para realização dessa classificação de risco, esse plano foi discutido com o grupo intersetorial de governo delegado para a “Gestão do plano de Contingência e Reabertura”, esse fórum teve a coordenação da SEPLAN (Secretaria de Planejamento), representantes de diversas secretarias (Casa Civil, SEI, SESAB, etc) e representantes dos setores produtivos.

A classificação de risco das atividades foi elaborada a partir de um estudo americano de risco ocupacional (contratado pelo New York Times), onde foi identificado por ocupação, o grau de exposição e proximidade física no ambiente de trabalho; em seguida foi avaliado o risco das atividades econômicas a partir do ambiente de funcionamento, e, por fim, compatibilizou-se os resultados com a classificação de riscos ocupacionais da OCHA (Escritório da ONU para Coordenação de Assuntos Humanitários). O resultado dessa classificação de risco está demonstrado na Figura abaixo:



Fonte: Nota Técnica SEI. Critérios para retomada das atividades cotidianas da economia (Fig. 5 - Abertura setorial por fases. Junho, 2020)

Iniciando o processo de abertura na Fase 1 também foi elaborado um Guia Básico de Vigilância em Saúde para o estabelecimento de protocolos de flexibilização das medidas de distanciamento social, onde cada setor produtivo poderá encontrar referências norteadoras à criação de protocolos específicos que devem ser validados por suas respectivas pastas do governo.

6. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA COVID-19 NO ESTADO DA BAHIA

Este estudo pauta-se no cenário da pandemia de Covid-19 no Estado da Bahia, entre maio e junho de 2020, a partir da compreensão das peculiaridades regionais, considerando o comportamento viral, a epidemiologia da Covid-19, as condições de vulnerabilidade social e a demanda e oferta dos serviços de saúde para enfrentamento da doença, descrito a partir dos recursos materiais e humanos.

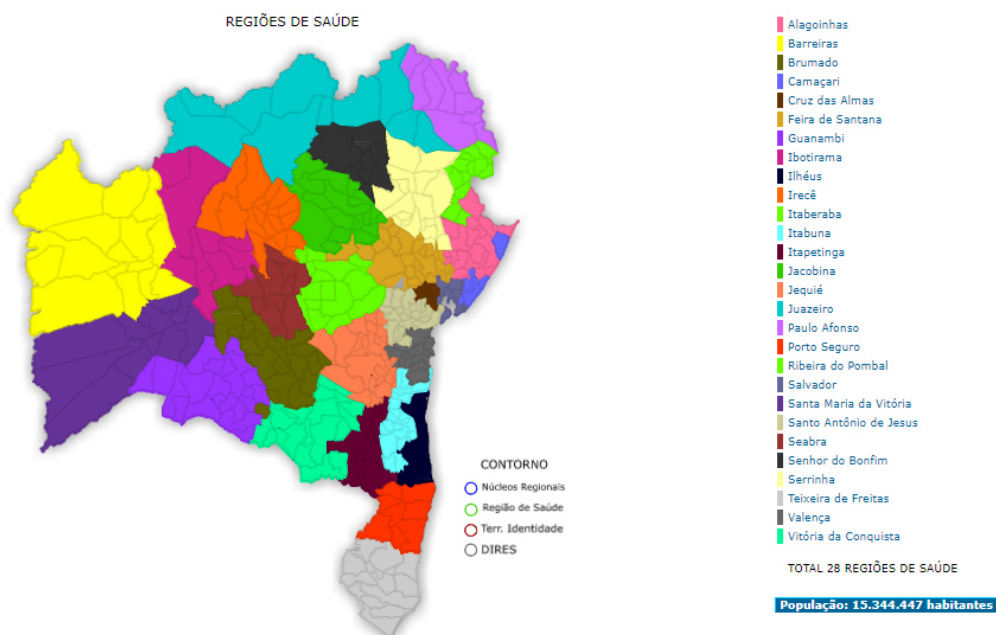
De acordo com as curvas de predição apontadas pela Plataforma GeoCovid19, no meado do mês de maio a Bahia teria a necessidade de mais de mil leitos de UTI para os casos de Covid-19, isso significa que possivelmente nosso sistema de saúde já estaria colapsado. Contudo, a curva de transmissão, teve o seu ápice postergado para meados de julho em função das medidas mais severas de distanciamento social que foram adotadas pelo governo do estado e por prefeituras, especialmente nas regiões com maior número de casos.

Desta forma, o ponto de desaceleração do contágio deverá acontecer a partir de meados de julho, indicando que a Bahia no início de junho de 2020 não se encontra apta para iniciar a flexibilização das medidas de distanciamento social, mas sim, no momento de ampliar e intensificar a capacidade de monitoramento da situação, o comportamento do vírus, atentando para as especificidades loco-regionais e de capacidade instalada.

Na Bahia, os índices de isolamento social por cidade têm variado de 26,8% a 52,3%, o que representa, de longe, um isolamento social exíguo (Dados do IN LOCO, de 02/06/20).

Outra estratégia amplamente executada pelo governo do Estado da Bahia é a ampliação de leitos clínicos e de UTI em regiões de saúde que estão com as taxas de ocupação acima de 58%, de acordo com a Nota Técnica da DAE, de 26 de maio de 2020. Para viabilização dessa estratégia, esta Nota Técnica considerou as seguintes variáveis: projeção de 1% da população baiana infectada; crescimento médio diário de 7% em novos casos de infecção; necessidade de internação em 15% dos casos confirmados, sendo 7% em UTI e 8% em leitos clínicos; tempo médio de permanência de 07 dias na UTI e 14 dias em leitos clínicos (parâmetros OMS); tempo médio de duplicação da epidemia de 5,1 dias; e, disponibilidade de leitos para o COVID, entre outros.

Na Bahia, para pensar em flexibilização das medidas de isolamento social, faz-se necessária a compreensão do território, suas divisões político-sociais e especificidades socioambientais e produtivas. A título de organização territorial de saúde, o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR 2011), estruturado pela SESAB, divide a Bahia em nove macrorregiões e 28 regiões de saúde, conforme figura abaixo:



Até 07/06/2020, o boletim epidemiológico Covid-19/Ba, apresentava casos confirmados em 337 municípios do Estado, com maior proporção em Salvador (57,51%), seguido dos municípios de Itabuna (4,17%), Ipiaú (1,21%), Itajuípe (0,52%), Uruçuca (0,50%) e Urandi (0,35%). Diante da dinâmica exponencial da doença, e de acordo com os dados da nota técnica da DAE, houve um crescimento de 60% dos casos confirmados na penúltima semana de maio, o que representa uma multiplicação dos casos de Covid-19 em sete vezes. O mesmo aumento exponencial foi observado quanto ao número de óbitos, nos últimos 30 dias.

De acordo com a Nota Técnica 02 do grupo Geo Combate COVID-19 BA, os estudos apontam que “a maior incidência de Covid19 localiza-se em regiões de alta densidade de centros urbanos, que se caracterizam como pólos regionais de importância estadual, regional e sub-regional, com elevada concentração populacional”. Associando essas informações aos dados elucidados pelo Sistema de Informação Business Intelligence (BI), do dia 28/05/2020 retratado abaixo, observamos que as macrorregiões leste, sul, centro leste e extremo sul apresentam maior quantidade de casos confirmados, o que nos leva a entender que o critério relacionado à maior densidade populacional e fluxo de pessoas está diretamente relacionado à transmissão da Covid-19.

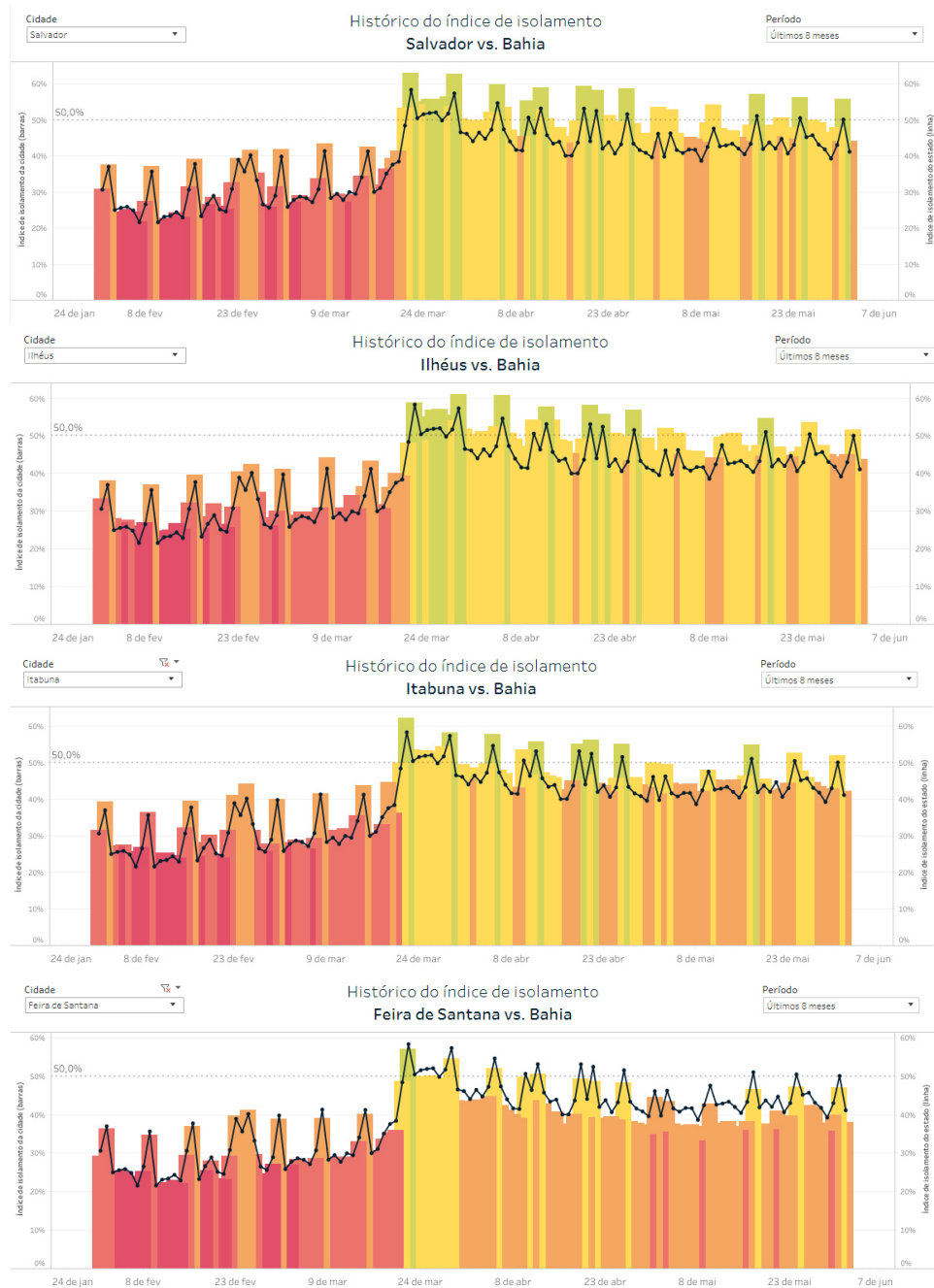
Em uma amostragem dos municípios com maior número de casos confirmados, em 02/06/2020, constata-se que o histórico do índice de isolamento nos últimos três (3) meses se encontra duas vezes maior que no início da pandemia, em janeiro. E que a taxa de isolamento desses municípios se encontra abaixo da média do estado. Logo, entende-se que as medidas adotadas pelo governo trouxeram resultados positivos na contenção da disseminação do SARS-CoV-2 no estado, postergando o pico da curva epidêmica.

Entretanto é possível observar uma redução da média de isolamento entre meados de março até os dias atuais, saindo de um percentual médio de 60% para 43%, nos últimos

dias. Esse comportamento foi observado de forma homogênea em todas as regiões de saúde.

Salientamos, contudo, que na Bahia não existiu um confinamento propriamente dito, e sim, uma forte promoção do distanciamento social por parte do governo estadual e de alguns gestores municipais.

Gráfico 01- Média diária de isolamento populacional, baseado em dados de telecomunicação, nos municípios de Salvador, Ilhéus, Itabuna, Feira de Santana e Lauro de Freitas-BA, no período de 24/01 a 07/06/2020.



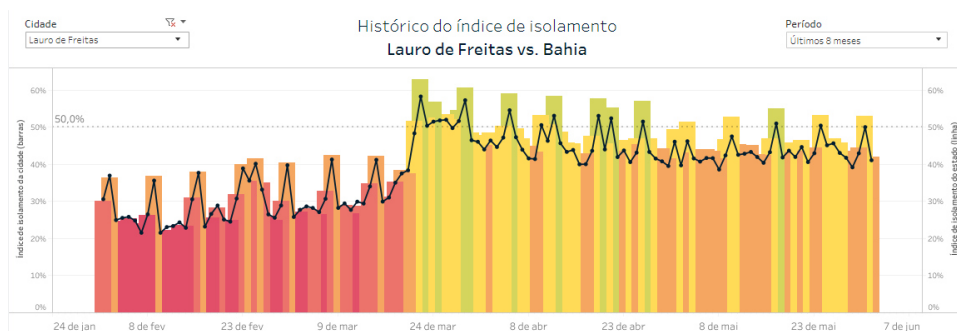
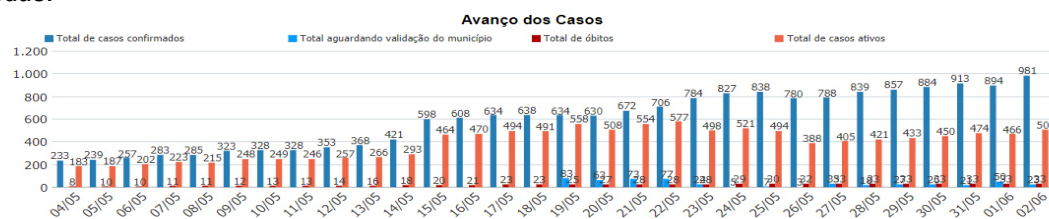
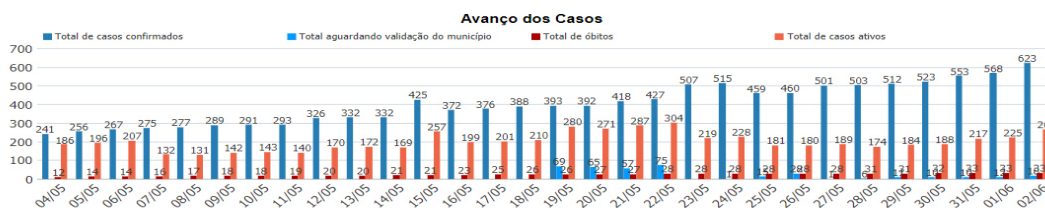


Gráfico 02 – Nº de casos de Covid-19, no município de Salvador, Ilhéus, Itabuna, Feira de Santana e Lauro de Freitas-BA, com diagnóstico laboratorial (PCR), no período de 25/04 a 28/05/2020.

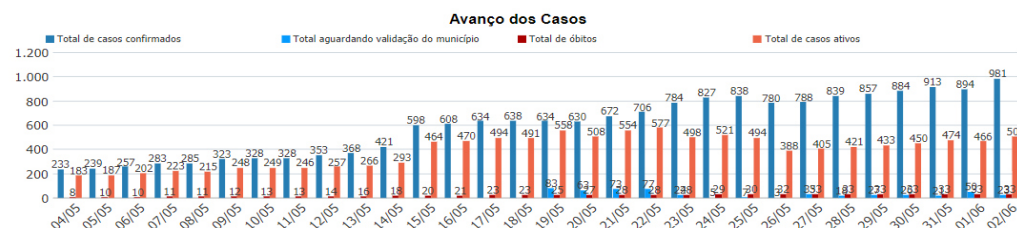
Salvador



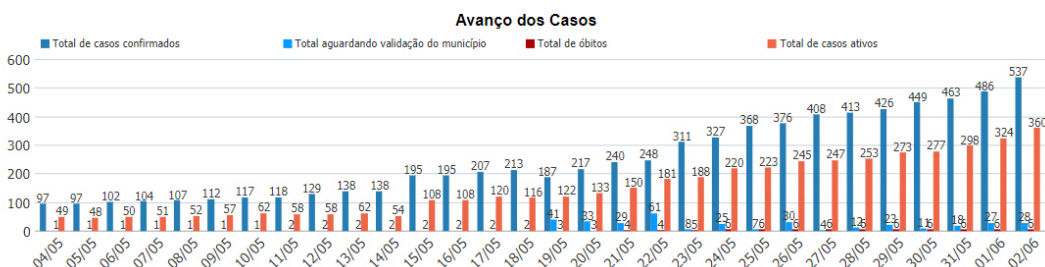
Ilhéus



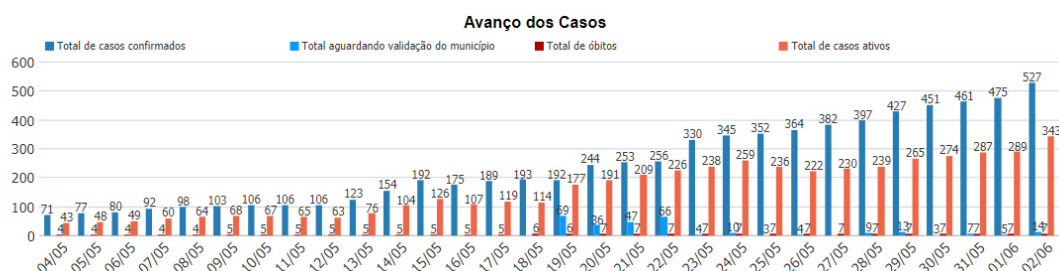
Itabuna



Feira de Santana

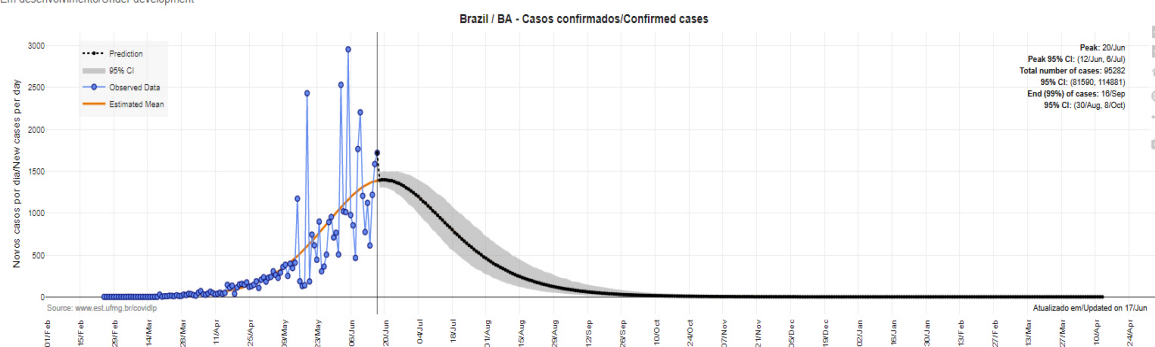


Lauro de Freitas



Previsão de novos casos/Prediction of new cases:

Em desenvolvimento/Under development



Fonte: Departamento de Estatística da Universidade Federal de Minas Gerais, 2020.

Disponível em: https://dest-ufmg.shinyapps.io/app_COVID19/

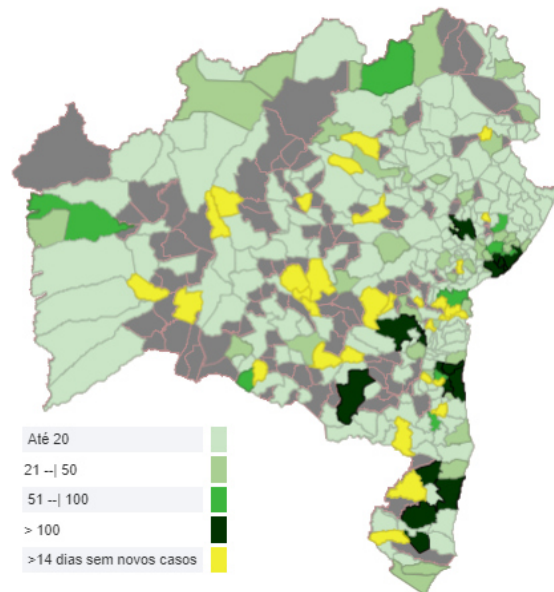
Considerando a promoção do bem estar social, para além da saúde, faz-se necessário estipular uma data provável para início da flexibilização, partindo da análise criteriosa de indicadores (testagem ampla, incidência de casos por regional, declínio nas taxas de ocupação de leitos/hospitalização) e sopesando as projeções do Portal GeoCovid19 (covid19.uefs.br), em conjunto com o modelo metodológico do Departamento de Estatística da Universidade Federal de Minas Gerais, indicam que estarão confirmados no pico da curva epidemiológica cerca de 95.282 casos de Covid-19 na Bahia para o dia 20 de junho de 2020.

O modelo (disponível em: https://dest-ufmg.shinyapps.io/app_COVID19/) indica que o estado só terá zerado o número de casos novos no final de setembro. Nesse sentido, o cronograma de flexibilização deverá ser iniciado considerando o início do declínio da curva epidêmica, executando as medidas de forma segura, gradativa e com critérios. Todas as áreas obedecendo a rigorosas condições sanitárias descritas em um protocolo próprio.

Na primeira quinzena do mês de junho houve um crescimento na disponibilidade de leitos e consequente queda da taxa de ocupação geral, mesmo com o crescente aumento de pacientes internados (Mapa xx e Quadro xx).

O mapa abaixo aponta para panorama difuso, com variação importante de números de casos por todo território baiano.

Mapa de Casos Confirmados no Estado da Bahia



Fonte: BI, acesso em 02/06/2020

Quadro xx – Percentual de ocupação de leitos, nº de pacientes e situação de casos confirmados, por Macrorregião do estado da Bahia, em 02/06/2020

MACRORREGIÃO	OCUPAÇÃO DE LEITOS		Nº DE LEITOS
	CLÍNICOS	UTI	
Leste	69%	72%	UTI: 552 Clínico: 576
Centro-Norte	9%	80%	UTI: 5 Clínico: 55
Centro Leste	9%	48%	UTI: 25 Clínico: 33
Nordeste	10%	60%	UTI: 15 Clínico: 21
Norte	10%	60%	UTI: 20 Clínico: 59
Sudoeste	15%	48%	UTI: 50 Clínico: 72
Oeste	0%	60%	UTI: 5 Clínico: 10
Sul	42%	78%	UTI: 65 Clínico: 109
Extremo Sul	35%	100%	UTI: 15 Clínico: 20

Neste momento da análise, duas regionais apresentam melhores cenários epidemiológicos, a Norte e a Nordeste. Ressaltamos, contudo, que essas regionais possuem um fluxo migratório de trabalhadores e trabalhadoras que deve ser considerado de forma criteriosa nas tomadas de decisões referentes às estratégias de desconfinamento, de acordo com o banco de dados do IN LOCO, que utiliza informações relacionadas à telecomunicação em bloco, bem como dados do Portal SEI, que traça o fluxo migratório de pacientes.

Cruzando os indicadores criteriados nesse estudo (capacidade de ocupação e distanciamento controlado) com a capacidade de resposta (recursos humanos capacitados, equipamentos e insumos), identifica-se a necessidade de analisar esses dados conforme o estágio da pandemia correspondente ao período dos indicadores para as regiões acima citadas.

7. CONCLUSÃO

Diante desse contexto e com monitoramento contínuo de critérios epidemiológicos, critérios relativos à capacidade assistencial, diagnóstica e do sistema de vigilância, a tomada de decisão, baseada no cuidado com a saúde das pessoas, torna-se mais ordenada e eficaz. O conhecimento das peculiaridades das diferentes regiões de saúde, concomitante com a consciência cidadã e a institucionalização de protocolos, possibilitam pensar no modelo de flexibilização capaz de atender de forma segura as necessidades da população para enfrentamento da Covid-19.

Entende-se, mais importante que estabelecer as atividades cotidianas ou econômicas que voltarão a funcionar ou criteriar às formas e fases desse processo, ser imprescindível para o setor saúde o monitoramento do estágio da pandemia em bases criteriosas de indicadores que traduzam o cenário epidemiológico, capacidade diagnóstica, de vigilância e critérios de prioridade para flexibilização das medidas de isolamento, de acordo com os tipos de atividades englobando a essencialidade destas e o risco de transmissão do SARS-CoV-2 associado.

Para tanto, reforçando a capacidade de vigilância e assistência, uma das estratégias pensadas pelo seu potencial de capilaridade é o uso da ferramenta digital da Atenção Básica (AB), adotada para o período da pandemia, o Monitora Covid-19, que propiciará contato e vínculo com as pessoas antes do adoecimento. Esse canal direto, ao mesmo tempo em que acolhe a população passa a conhecer a situação epidemiológica do território.

A busca ativa de casos através da identificação de pessoas no início dos sintomas favorecerá a implementação de medidas de isolamento oportuno, acompanhamento adequado dos casos e identificação de condicionantes da saúde, inclusive relacionados ao trabalho.

Pensar no cuidado da saúde da população requer mobilização de atores que atuam na vigilância em saúde e atenção básica a fim de evitar que esta chegue ao agravamento da doença e consequente hospitalização. As Unidades de Saúde, uma vez articuladas, potencializam a capacidade de vigilância em saúde do SUS, atuando na promoção e prevenção, cuidando, testando e isolando, evitando desta forma o colapso do sistema de saúde.

Pensando que a base do bem-estar social é composta pelos pilares dos setores saúde, social e econômico, a flexibilização gradual e regionalizada, requer uma análise atenciosa e cooperativa de todos, a partir de uma responsabilização compartilhada entre a iniciativa privada e o poder público, agregada à responsabilidade cidadã de cada indivíduo, sempre acompanhando a evolução de cada fase da institucionalização dos protocolos pactuados.

Importante ressaltar que, entre maio e junho/2020, a Bahia não se encontrava em um momento adequado para abertura total das atividades, o que motivou o planejamento e articulação para a flexibilização, considerando a essencialidade das atividades e do

risco associado. Dessa forma, este estudo propõe um conjunto de critérios de monitoramento e um protocolo básico, escalonado por blocos de atividades/setores, status, medidas, condições e áreas responsáveis. Esse protocolo servirá como base para que as áreas afins produzam as suas próprias normas com as especificidades das suas atividades, a fim de manter os seus trabalhadores seguros e o ambiente saudável.

8. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da saúde. Boletim Epidemiológico nº 08. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública, Doença pelo Coronavírus 2019 (COE-COVID19), 09 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/09/be-covid-08-final-2.pdf>
2. Consórcio Nordeste. Comitê Científico apresenta matriz de risco objetiva para adoção de lockdown e reabertura. Nordeste, Comitê Científico de Combate ao Coronavírus. Boletim nº 08, 01/06/2020. Disponível em https://drive.google.com/file/d/1XR0FwDkFS0v0ryG_xau_0-UFb8jX8Rj1/view
3. CRODA, Julio. Ex-diretor de Imunização e Doenças Transmissíveis do Ministério da Saúde defende bloqueio total em Fortaleza. Entrevista concedida a Marcela Tosi, jornal O Povo Mais, Fortaleza, 15 de maio de 2020, Seção Reportagem cidades. Disponível em: <https://mais.opovo.com.br/jornal/reportagem/2020/05/01/croda-defende-lockdown--em-fortaleza.html>
4. European Commission , Secretariat-General (European Commission). Joint European Roadmap towards lifting COVID-19 containment measures. April, 2020. Disponível em: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/communication_-_a_european_roadmap_to_lifting_coronavirus_containment_measures_0.pdf
5. KISSLER, Stephen M. et al. Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. Science 22 May 2020: Vol. 368, Issue 6493, pp. 860-868. Disponível em: <https://science.sciencemag.org/content/368/6493/860>
6. Noronha, K.; Guedes, G.R.; Turra, C.M.; Andrade, M.V.; Botega, L.; Nogueira, D.; Calazans, J.; Carvalho, L.; Servo, L.; Amaral, P. Análise de demanda e oferta de leitos hospitalares gerais, UTI e equipamentos de ventilação assistida no Brasil em função da pandemia do COVID-19: impactos microrregionais ponderados pelos diferenciais de estrutura etária, perfil etário de infecção e risco etário de internação. Nota Técnica n.1. CEDEPLAR/UFGM: Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://geesc.cedeplar.ufmg.br/wp-content/uploads/2020/03/Nota-tecnica-final-COVID-19-revisado2.pdf>
7. OMS. Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas. OMS, Governo da Austrália Meridional, Adelaide, 2010. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/declaracao-de-adelaide-sobre-a-saude-em-todas-as-politicas-pdf.aspx>
8. OLIVEIRA, Viviane; BARRAL, Aldina; BARRAL-NETTO, Manoel. Quantos testes o Brasil precisa fazer para controlar a COVID-19?. Nota Técnica nº 06/2020, Rede CoVida, Salvador. Disponível em: <https://covid19br.org/relatorios/quantos-testes-o-brasil-precisa-fazer-para-controlar-a-covid-19/> acesso em 04/07/2020 às 16:25h
8. OPAS, OMS. Considerações sobre ajustes das medidas de distanciamento social e medidas relativas a viagens no contexto da resposta à pandemia de COVID-19. Abril, 2020. Disponível em:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52045/OPASBRACOV1920039a_%20por.pdf?sequence=8

9. PHILIPPE, M. Édouard, Premier ministre France. Déclaration du Premier ministre sur la stratégie nationale du plan de déconfinement à l'Assemblée nationale. Paris, abril de 2020. Disponível em

https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2020/04/discours_de_m._edouard_philippe_premier_ministre_-_presentation_de_la_strategie_nationale_de_deconfinement_-_assemblee_nationale_-_28.04.2020.pdf

10. REPÚBLICA PORTUGUESA. Presidência do Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros n.º 33-C/2020. Diário da República n.º 85/2020, 3º Suplemento, Série I de 2020-04-30. Estabelece uma estratégia de levantamento de medidas de confinamento no âmbito do combate à pandemia da doença COVID 19. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/33-C/2020/04/30/p/dre>

11. STEIN, Guilherme; Sulzbach, Vanessa Neumann; Lazzari, Martinho. Nota Técnica sobre o Índice Setorial para Distanciamento Controlado. Rio Grande do Sul, Comitê de dados Covid-19. Maio, 2020. Disponível em: <https://planejamento.rs.gov.br/upload/arquivos/202005/07121607-nota-tecnica-sobre-o-indice-setorial-para-distanciamento-controlado-3-1.pdf>

12. UFBA. Nota Técnica 02 - Análise Espacial do Histórico de Fluxos de Internação Hospitalar, Casos de COVID-19, Recursos Materiais e Humanos do Sistema de Saúde e Vulnerabilidades Municipais na Bahia. Publicada em 29/04/2020, GeoCombate COVID-19 BA Coordenação: Universidade Federal da Bahia – UFBA. Disponível em: http://www.eng.ufba.br/sites/eng.ufba.br/files/nt02_-_analise_espacial_saude_bahia.pdf

13. WERNECK, Guilherme Loureiro ; CARVALHO, Marília Sá . A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, e00068820, Abr. 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1036/a-pandemia-de-covid-19-no-brasil-cronica-de-uma-crise-sanitaria-anunciada>. acessos em 04 Jul.: 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00068820>.

ANEXO I

Elenco de Indicadores para monitoramento:

NOME	DESAGREGAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTE
Número de casos por data de início dos sintomas e por semana epidemiológica de início dos sintomas (para casos sintomáticos) no estado	macrorregião e município	Contagem simples após o cruzamento de informações dos três bancos e triagem de informações	DIVEP (e-SUS VE, SIVEP Gripe e GAL)
Número de casos por data de coleta de amostra para testagem e por semana epidemiológica (para casos assintomático) no estado	macrorregião e município	Contagem simples após o cruzamento de informações dos três bancos e triagem de informações	DIVEP (e-SUS VE, SIVEP Gripe e GAL)
Número de casos regulados para UTI adulto por data de regulação e por semana epidemiológica de regulação no estado	macrorregião e município	Contagem simples através do sistema SUREN	SUREGS (Dados do SUREN disponível no SBI)
Taxa de ocupação dos leitos ativos de UTI adulto por data no estado	macrorregião município hospital	Número de leitos de UTI adulto ocupadas dividido por Número de Leitos de UTI adulto ativos e multiplicado por 100	SAIS/DAE (dados disponível no SBI)
Número de hospitalizados em UTI adulto por data no estado	macrorregião município hospital	Contagem simples do número de leitos de UTI adulto ocupadas	SAIS/DAE (dados disponível no SBI)
Número de leitos ativos de UTI por data no estado	macrorregião município hospital	Contagem simples do número de leitos de UTI adultos existente	SAIS/DAE (dados disponível no SBI)
Incidência cumulativa de casos nas últimas duas semanas epidemiológicas de acordo com a semana de início dos sintomas (para casos sintomáticos) no estado	macrorregião município	Cálculo pela divisão no total de casos nas últimas duas semanas epidemiológicas pela população do local de estudo	DIVEP (e-SUS VE, SIVEP Gripe e GAL)

Incidência cumulativa de casos nas últimas duas semanas epidemiológicas de acordo com a data de coleta de amostra para testagem (para casos assintomáticos) no estado	macrorregião município	Cálculo pela divisão no total de casos nas últimas duas semanas epidemiológicas pela população do local de estudo	DIVEP (e-SUS VE, SIVEP Gripe e GAL)
---	---------------------------	---	-------------------------------------

ANEXO II

Proposta para protocolos de flexibilização das medidas de distanciamento social

Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3
Iniciar a partir do declínio da curva epidêmica com reavaliação a cada 15 dias	A partir de 15 dias de início da etapa 1	A partir de 15 dias de início da etapa 2
Etapa de controle, com liberação parcial de estabelecimentos e atividades, condicionados à curva epidemiológica do estado/região/município. Construção de protocolos pelos segmentos específicos	Etapa de flexibilização controlada e maior liberação de atividades,	Etapa de ampliação da flexibilização com retorno gradual à nova normalidade
Uso de máscaras, higiene das mãos, distanciamento entre as pessoas; Determinação de medidas e condições de prevenção específicas; Obrigatoriedade do cumprimento dos protocolos de cada atividade em cada etapa;		

Setores temáticos	Etapa 1	
Atividades Sociais	Fechado	Praia
	Aberto com restrições (medidas e condições)	Parques e jardins ou pequenos deslocamentos nas ruas; Cerimônias de funerais; Cerimônias de Casamento; Cultos religiosos; reuniões de até 50 pessoas.
Esporte	Drive Thru e delivery	Praça de alimentação – Shopping e Centros Comerciais
	Fechado	Academias e atividades esportivas; prática de esporte individual ao ar livre e Eventos esportivos
Educação	Aberto com restrições (medidas e condições)	Corrida e caminhada individual ao ar livre
	Fechado	Creches; Educação Infantil
Comércio	EAD por força da pandemia	x
	Fechado	Ensino Fundamental; Ensino Médio; Faculdades; Universidades e Profissionalizantes
Serviços Públicos	Empreendimentos - Lojas até 200 m2; atividades de estética e outros serviços de cuidados com a beleza; salão de beleza e barbearia; estúdio de tatuagem.	
	Aberto com restrições (medidas e condições)	Supermercados; mercados municipais; Feiras Livres; mercadinhos; Açougues; Padarias e delicatessens; mercearias; lojas de conveniência; Lojas maiores que 200 m2, exceto aquelas com etapas pré estabelecidas, dispostas nesse protocolo; centros comerciais; Centros de abastecimentos; banca de jornal e revista; quiosque de produtos não alimentícios; Estacionamentos privados.
Turismo	Drive Thru e delivery	Shopping e Centros Comerciais; Bares; restaurantes e lanchonetes
	Fechado	Secretarias e Repartições
Turismo	Aberto com restrições (medidas e condições)	Saúde, Justiça, Serviços de Atendimento ao Consumidor (SAC); Balcões de atendimento.
	Fechado	Centros Culturais; Centro de Convenções; Parques de Exposição
Turismo	Aberto com restrições (medidas e condições)	Hotéis, motéis, albergues, apart-hotel, pousadas e camping; empresas de turismo.
	Fechado	

Setores temáticos	Etapa 2	
	Fechado	Praia
Atividades Sociais	Aberto com restrições (medidas e condições)	Parques e jardins ou pequenos deslocamentos nas ruas; cemitérios; reuniões de no máximo 100 pessoas.
	Drive Thru e delivery	Praça de alimentação – Shopping e centros comerciais
Esporte	Fechado	x
	Aberto com restrições (medidas e condições)	Atividades esportivas individuais; corrida e caminhada individual ao ar livre; clubes recreativos e esportivos; centros náuticos; ginásios poliesportivos com eventos até 100 pessoas.
Educação	Fechado	Creches; Educação Infantil
	Aberto com restrições (medidas e condições)	x
	EAD por força da pandemia	Ensino Fundamental; Ensino Médio; Faculdades; Universidades e Profissionalizantes
Comércio	Fechado	Bares; restaurantes e lanchonetes
	Aberto com restrições (medidas e condições)	Empreendimentos - Lojas independente da metragem, exceto aquelas com etapas pré estabelecidas, dispostas nesse protocolo; Lojas âncoras de Shopping Center com entradas independentes; atividades de estética e outros serviços de cuidados com a beleza; salão de beleza e barbearia; estúdio de tatuagem; papelarias/armarinho; estacionamentos privados. Atividades imobiliárias; edição de livros, jornais, revistas; máquinas e equipamentos; produção audiovisual; Escritórios em geral.
	Drive Thru e delivery	Shopping e Centros Comerciais; Bares; restaurantes e lanchonetes
Serviços Públicos	Fechado	x
	Aberto com restrições (medidas e condições)	Secretarias e Repartições
Turismo	Fechado	Centros Culturais; Centro de Convenções; Parques de Exposição
	Aberto com restrições (medidas e condições)	Eventos culturais até 100 pessoas

Setores temáticos	Etapa 3	
	Fechado	Praia
Atividades Sociais	Aberto com restrições (medidas e condições)	Cinema; teatro; museus; Praça de alimentação – Shopping; Parques e jardins ou pequenos deslocamentos nas ruas; cemitérios; reuniões de no máximo 200 pessoas. Estacionamentos com vagas limitadas nos Shopping Center
	Fechado	x
Esporte	Aberto com restrições (medidas e condições)	Prática de esportes coletivos; Academias; prática de esporte e caminhada individual ao ar livre; clubes recreativos e esportivos; ginásios poliesportivos com eventos até 200 pessoas
	Fechado	Creches; Educação Infantil
Educação	Aberto com restrições (medidas e condições)	Ensino Fundamental; Ensino Médio; Faculdades; Universidades e Profissionalizantes
	EAD por força da pandemia	Ensino Fundamental; Ensino Médio; Faculdades; Universidades e Profissionalizantes
	Fechado	x
Comércio	Aberto com restrições (medidas e condições)	Shopping e Centros Comerciais; Bares; restaurantes e lanchonetes; Estacionamentos privados.
	Drive Thru e delivery	Shopping e Centros Comerciais; Bares; restaurantes e lanchonetes
	Fechado	x
Serviços Públicos	Aberto com restrições (medidas e condições)	Todos os serviços públicos
	Fechado	x
Turismo	Aberto com restrições	Centros Culturais; Centro de Convenções; Parques de Exposição; Eventos culturais até 200 pessoas