

Considerações sobre a implementação e o ajuste de medidas de saúde pública e sociais no contexto da COVID-19

Orientação provisória
14 de junho de 2021



OPAS

Mensagens principais

- As medidas de saúde pública e sociais (em inglês, Public health and social measures – PHSM) têm se mostrado essenciais para limitar a transmissão da COVID-19 e reduzir as mortes.
- A decisão de introduzir, adaptar ou suspender as PHSM deve ser baseada principalmente em uma avaliação situacional da intensidade da transmissão e da capacidade de resposta do sistema de saúde, mas também deve ser avaliada à luz dos efeitos que essas medidas podem ter sobre o bem-estar geral da sociedade e dos indivíduos.
- São fornecidas sugestões de indicadores e limites para avaliar a intensidade da transmissão e a capacidade de resposta do sistema de saúde. Em conjunto, eles fornecem uma base para orientar o ajuste das PHSM. As medidas são indicativas e precisam ser adaptadas aos contextos locais.
- As PHSM devem ser continuamente ajustadas à intensidade da transmissão e da capacidade do sistema de saúde de um país e em níveis subnacionais.
- Quando as PHSM forem ajustadas, as comunidades devem ser plenamente consultadas e envolvidas antes que sejam feitas mudanças.
- Em locais nos quais PHSMs robustas estejam em vigor para controlar a propagação do SARS-CoV-2, o relaxamento de algumas medidas para indivíduos com imunidade natural ou induzida por vacina pode contribuir para limitar as dificuldades econômicas e sociais impostas pelas medidas de controle. A aplicação de tais medidas individualizadas de saúde pública deve levar em conta uma série de considerações éticas e técnicas.

Introdução

Estão sendo implementadas medidas sociais e de saúde pública (PHSMs) em todo o mundo para suprimir a transmissão do SARS-CoV-2 e reduzir a mortalidade e a morbidade da COVID-19.¹ As PHSMs incluem medidas de proteção pessoal (por exemplo, distanciamento físico, evitar ambientes lotados, higiene das mãos, etiqueta respiratória, uso de máscara); medidas ambientais (por exemplo, limpeza, desinfecção, ventilação); vigilância e medidas de resposta (por exemplo, teste, sequenciamento genético, rastreamento de contatos, isolamento e quarentena); medidas de distanciamento físico (por exemplo, regulação do número e fluxo de pessoas que frequentam reuniões, manutenção de distância em locais públicos ou de trabalho, restrições de movimento doméstico); e medidas relacionadas com viagens internacionais. Nesse contexto, não inclui contramedidas médicas, como administração de medicamentos ou vacinação. As PHSMs agem em conjunto, e uma combinação de medidas é necessária para garantir o controle adequado. As medidas devem ser implementadas pelo nível administrativo mais baixo para o qual a avaliação da situação seja possível e adaptadas aos ambientes e às condições locais.

Vários desenvolvimentos importantes ocorreram desde a publicação das *Considerações para a implementação e ajuste de medidas sociais e de saúde pública no contexto da COVID-19* anteriores.² Em primeiro lugar, várias vacinas contra COVID-19 foram aprovadas pelas autoridades reguladoras nacionais e por meio da Lista de Uso de Emergência da OMS (EUL).³ A vacinação já começou na maioria dos países, trazendo a perspectiva de uma redução ainda mais significativa de doença grave e mortalidade. Os estudos observacionais iniciais realizados após o lançamento das vacinas sugerem que as vacinas podem resultar em proteção contra a infecção e em uma redução na transmissão,⁴⁻⁶ as quais, além das PHSMs, ajudarão a controlar a disseminação do vírus. Em segundo lugar, surgiram quatro variantes de preocupação (VOCs) classificadas pela OMS desde dezembro de 2020,^{7,8} que são mais transmissíveis, sendo que algumas delas podem causar doença mais grave⁹ e/ou resultar em um grau de escape da vacina, exigindo possíveis ajustes nas medidas de resposta que levem em consideração suas diferentes características, incluindo seu impacto na efetividade da vacina.

Várias outras variantes de interesse (VOIs) também estão sendo monitoradas. Por fim, mais evidências estão agora disponíveis sobre a efetividade de uma série de medidas individuais e comunitárias (descritas na Tabela 3 a seguir).

O controle do SARS-CoV-2 dependerá: i) da prevalência da infecção e das variantes circulantes; ii) da taxa de crescimento ou diminuição da incidência; iii) dos tipos, uso e adesão às medidas de controle em vigor; iv) da rapidez com que ocorre a vacinação; v) do direcionamento e da adoção das vacinas entre os grupos de alto risco; e vi) da efetividade da vacina e da imunidade natural na população.¹⁰ As estratégias nacionais de vacinação devem priorizar indivíduos mais idosos com maior risco de desfechos graves e profissionais de saúde, para reduzir rapidamente a mortalidade e a carga da doença e proteger os serviços de saúde. No entanto, após a vacinação bem-sucedida contra COVID-19 das populações mais idosas, seguindo a priorização de grupos vulneráveis, o vírus pode continuar a se espalhar entre grupos populacionais mais jovens não vacinados.¹¹ Após alcançar alta cobertura de vacinação de grupos prioritários do SAGE para o estágio I e estágio II (conforme descrito no Roteiro do SAGE da OMS para priorização do uso de vacinas contra COVID-19 no contexto de fornecimento limitado)¹² em todos os países, a vacinação acelerada de outros grupos prioritários será necessária para reduzir a taxa de infecção, especialmente em áreas de alta densidade populacional.¹³

Enquanto a vacinação estiver em andamento, as PHSMs precisarão continuar a ser implementadas, de forma ágil e adaptada, principalmente levando-se em conta a incerteza no desempenho da vacina contra VOCs conhecidas e potencialmente emergentes e a capacidade limitada de sequenciamento para detectar variantes em todo o mundo.¹⁴ Além disso, inequidades significativas no acesso global à vacina significa que, no mundo inteiro, o controle da doença continuará a depender das PHSM em um futuro previsível, modulado por diferentes níveis de vacinação. A implementação de PHSMs mais rígidas, entretanto, precisa ser equilibrada em relação aos seus impactos socioeconômicos, especialmente em locais com alta dependência de salários diários e economia informal. A decisão de restringir, afrouxar ou introduzir PHSMs para controlar a COVID-19 devem ser pesadas contra os impactos positivos e negativos que essas medidas têm nas sociedades e nos indivíduos. As considerações incluem impactos na saúde, na economia, na segurança, na saúde mental e no bem-estar psicossocial, nos direitos humanos, na segurança alimentar, nas disparidades socioeconômicas, na continuidade de outros programas de saúde pública, no tratamento e na gestão de condições médicas diferentes da COVID-19 e na violência de gênero. Outras considerações importantes incluem a aceitação e a adoção da vacina, a confiança, a motivação para ser vacinado e o sentimento público e a adesão às PHSMs. A saúde geral e o bem-estar das comunidades devem, portanto, estar na vanguarda das considerações ao se decidir e ajustar as PHSMs.

À medida que a pandemia continua a evoluir, as PHSMs devem ser regularmente revisadas e ajustadas de acordo com a epidemiologia local. Isso requer uma tomada de decisão ágil com base em avaliações situacionais contínuas no nível administrativo mais local possível, de maneira coerente e coordenada com as áreas vizinhas em nível subnacional e nacional. Essas avaliações devem ser baseadas nos dados disponíveis e ter uma abordagem de risco/benefício, levando em conta a epidemiologia local, a capacidade de resposta do sistema de saúde e outras considerações contextuais (como os próximos eventos de coleta em massa que podem alterar a transmissão ou a capacidade). Os indicadores epidemiológicos e seus limites dependerão das estratégias e capacidades de teste e vigilância do país, da capacidade de coleta de dados, da estratégia e cobertura de vacinação e da estratégia geral de resposta à COVID-19. Em locais onde a capacidade de vigilância ou teste para COVID-19 for limitada, é importante identificar e utilizar outros indicadores de morbidade, mortalidade e pressão sobre o sistema de saúde, como ocupação de leitos, tanto hospitalares normais quanto de UTI, para complementar os dados epidemiológicos disponíveis.

Este documento fornece orientação para ajudar os estados-membros a avaliar a situação em nível nacional e subnacional, bem como as principais recomendações sobre a implementação de PHSMs. Ele deve ser lido em conjunto com os documentos de orientação provisórios da OMS sobre *Ações críticas de preparação, prontidão e resposta para COVID-19*¹ e *Considerações para a implementação de uma abordagem baseada em risco para viagens internacionais no contexto da COVID-19*,^{15,16} que abordam vários outros elementos de preparação, prontidão e resposta à COVID-19 além das PHSMs.

Este documento de orientação é destinado a tomadores de decisão de saúde pública e serviços de saúde em todos os níveis nos quais são tomadas decisões sobre PHSMs personalizadas e são envolvidos os atores técnicos de setores

relevantes (por exemplo, envolvimento da comunidade, educação, serviços sociais), que apoiam PHSMs ou são influenciados por elas.

As orientações serão atualizadas à medida que nosso conhecimento evolui, em particular em relação ao impacto das VOCs na imunidade induzida por vacina e natural, ao impacto de várias vacinas contra COVID-19 na transmissão e ao impacto das PHSMs nas VOCs.

Alterações da versão anterior

Esta orientação atualizada fornece atualizações sobre a estrutura de avaliação que orienta a tomada de decisão para PHSMs, particularmente sobre o tipo de indicadores e os limites em diferentes contextos epidemiológicos e no contexto de implantação de vacinas e circulação de VOCs.

Ele também contém uma nova seção sobre considerações para medidas individualizadas de saúde pública com base no estado de imunidade de uma pessoa ao SARS-CoV-2 após a vacinação contra COVID-19 ou uma infecção anterior no contexto de rastreamento de contatos, viagens internacionais e reuniões sociais privadas.

Os resumos científicos e as orientações da OMS publicados recentemente foram revisados e os principais achados foram resumidos na Tabela 3. Para as evidências sobre a imunidade natural à COVID-19, o documento se baseia no último resumo científico da OMS sobre a imunidade natural à COVID-19.¹⁷ No tocante às evidências da efetividade das vacinas, o documento se baseia no seguinte trabalho publicado: *Anexos às recomendações provisórias da OMS para o uso da vacina COVID-19 BIBP dos Grupos de trabalho do SAGE: GRADE e evidências para recomendações*;¹⁸ *Anexos às recomendações provisórias para o uso da vacina ChAdOx1-S [recombinante] contra COVID-19 (vacina AstraZeneca COVID-19 AZD1222, SII Covishield, SK Bioscience)*;¹⁹ e *Documento de referência sobre a vacina de mRNA-1273 (Moderna) contra COVID-19*.²⁰

Cenários de transmissão

O conhecimento do nível de transmissão é fundamental para avaliar a situação geral da COVID-19 em uma determinada área e orientar as decisões sobre as atividades de resposta e as medidas adaptadas de controle da epidemia.

A classificação da transmissão comunitária (TC) é dividida em quatro níveis, conforme mostrado a seguir. Essas definições são abreviadas; detalhes sobre as classificações de transmissão podem ser encontrados no Anexo a este guia.

- Nenhum caso (ativo)
- Casos importados/esporádicos
- *Clusters* de casos
- TC1: baixa incidência de casos amplamente dispersos adquiridos localmente detectados nos últimos 14 dias.
- TC2: incidência moderada de casos amplamente dispersos adquiridos localmente detectados nos últimos 14 dias.
- TC3: incidência alta de casos amplamente dispersos adquiridos localmente nos últimos 14 dias.
- TC4: incidência muito alta de casos amplamente dispersos adquiridos localmente nos últimos 14 dias.

A classificação do nível de transmissão para uma área geográfica pode melhorar ou piorar com o tempo, e diferentes áreas geográficas dentro de um país provavelmente terão diferentes níveis de transmissão simultaneamente. Em locais com vigilância e capacidade de diagnóstico limitadas, devem ser identificados indicadores adicionais — tais como síndrome gripal (SG)/síndrome respiratória aguda grave (SRAG), tendências de mortalidade excessiva por todas as causas e taxas de hospitalização por todas as causas — para complementar as informações sobre casos e óbitos de COVID-19. Esses indicadores têm como objetivo captar a pressão sobre o sistema de saúde e os desfechos de casos de COVID-19 não diagnosticados, e podem apoiar a avaliação dos níveis de transmissão local quando triangulados com dados epidemiológicos da COVID-19.

O processo de determinação da classificação da transmissão é descrito no Anexo deste documento.

Capacidade de resposta do sistema de saúde

Além da avaliação do nível de transmissão, também é preciso conhecer a capacidade de resposta do sistema de saúde. Dependendo de haver capacidade adequada, moderada ou limitada, o mesmo nível de transmissão pode resultar em situações drasticamente diferentes e exigir um grau diferente de PHSMs. Para fins deste documento, o termo “capacidade de resposta” abrange os serviços de saúde e de saúde pública, incluindo a vacinação contra COVID-19, sendo medida em termos da capacidade real de prestação de serviços e do desempenho desses serviços.

Avaliação da situação usando o nível de transmissão e a capacidade de resposta

Quer a vacinação tenha começado ou não, os países devem continuar a monitorar o nível de transmissão e tomar as medidas necessárias.

Nos lugares em que há alto nível de imunidade adquirida pela vacina entre os grupos priorizados, a epidemiologia pode começar a mudar. Pode ocorrer um desacoplamento entre a incidência e as taxas de hospitalização e/ou mortalidade, porque os indivíduos mais propensos à hospitalização e morte terão sido imunizados. Nessa situação, uma proporção maior de casos ocorrerá entre grupos populacionais mais jovens e menos vulneráveis. Nesse caso, é essencial recalibrar os limiares de incidência, com foco nas taxas de hospitalização e internação em UTI e analisar os dados de incidência por faixa etária — bem como avaliar o número de possíveis casos de COVID-19 não diagnosticados — a fim de orientar o ajuste das PHSMs.

À medida que surgem novas variantes de preocupação, as PHSMs podem ter que ser adaptadas na presença de variantes que possam ser mais transmissíveis, causar doenças mais graves e/ou escapar da imunidade induzida pela vacinação e/ou infecção natural. Todos os indicadores epidemiológicos e do sistema de saúde devem ser seguidos de perto e as PHSMs devem ser aplicadas de acordo com a situação epidemiológica e do sistema de saúde prevalente. Uma maior transmissibilidade da doença (como para todas as VOCs atualmente identificadas) pode exigir a manutenção de PHSMs por um período mais longo ou pode exigir a intensificação da implementação das PHSMs existentes, a fim de manter os efeitos sobre a transmissão.

Com base na avaliação conjunta do padrão de transmissão e da capacidade de resposta do sistema de saúde — que orientará se e como ajustar as PHSMs — deve ser atribuído um nível situacional à área geográfica (ver Tabela 1). A avaliação deve examinar de forma rigorosa e abrangente as informações quantitativas e qualitativas de múltiplas fontes, que devem ser trianguladas para fornecer uma verificação adicional da realidade do nível situacional avaliado. Os níveis situacionais resultantes devem ser considerados apenas indicativos, pois podem não corresponder bem à resposta exigida em um contexto específico e aos objetivos de controle da COVID-19 do país. Por exemplo, em um país pequeno com capacidade limitada ou áreas remotas com acesso limitado aos serviços de saúde podem ser garantidas PHSMs rigorosas no contexto de um nível relativamente baixo de transmissão.

Tabela 1: Matriz de avaliação de nível situacional usando indicadores de nível de transmissão e capacidade de resposta para orientar o ajuste das PHSMs

Nível de transmissão*	Capacidade de resposta*		
	Adequada	Moderada	Limitada
Sem casos	0	0	1
Casos importados/espóricos	0	1	1
Clusters de casos	1	1	2
• Comunitária - TC1	1	2	2
• Comunitária - TC2	2	2	3
• Comunitária - TC3	2	3	3
• Comunitária - TC4	3	3	4

* Consulte o Anexo para obter as definições do nível de transmissão.

- O **Nível Situacional 0** corresponde a uma situação sem transmissão conhecida do SARS-CoV-2 nos 28 dias anteriores. O sistema de saúde e as autoridades de saúde pública estão prontos para responder, mas não existem medidas domésticas significativas em vigor e, portanto, nenhuma restrição significativa nas atividades diárias.
- O **Nível Situacional 1** é uma situação em que estão em vigor medidas básicas para prevenir a transmissão; ou, se já houver casos presentes, a epidemia está sendo controlada por meio de medidas efetivas em torno dos casos, com interrupção limitada e transitória da vida social e econômica.
- O **Nível Situacional 2** representa uma situação com baixa incidência na comunidade ou baixo risco de transmissão comunitária além dos clusters. Podem ser necessárias medidas adicionais para controlar a transmissão; no entanto, as interrupções nas atividades sociais e econômicas ainda podem ser limitadas. No contexto da vacinação, o Nível Situacional 2 também pode incluir áreas com níveis moderados de transmissão comunitária, mas com impacto limitado nos serviços de saúde, dada a cobertura de vacinação adequada nos grupos de risco e de idade mais avançada.
- O **Nível Situacional 3** é uma situação de transmissão comunitária com capacidade adicional de resposta limitada e risco de sobrecarga dos serviços de saúde. Pode ser necessário implementar uma combinação maior de medidas para limitar a transmissão, gerenciar os casos e garantir o controle da epidemia.
- O **Nível Situacional 4** corresponde a uma epidemia descontrolada com capacidade adicional limitada ou nenhuma capacidade adicional de resposta do sistema de saúde disponível, exigindo assim grandes medidas para evitar a sobrecarga dos serviços de saúde e um excesso de morbidade e mortalidade.

Ajuste da saúde pública e das medidas sociais

Princípios-chave

As decisões sobre quais medidas implementar, suspender ou fortalecer e a ordem em que essas medidas devem ser implementadas devem ser baseadas nos seguintes princípios orientadores:

- Devem ser adotadas medidas com o mais alto nível de aceitabilidade e viabilidade e efetividade comprovada – e que minimizem as consequências negativas sobre a saúde e o bem-estar de todos os membros da sociedade e da economia – usando a *Estratégia de Comunicação de Risco Global e Envolvimento Comunitário para COVID-19* – orientação provisória.²¹ A aceitabilidade e a viabilidade devem ser determinadas por meio de abordagens participativas, desviando-se das diretivas e comunicações unilaterais. O envolvimento com a comunidade nessa avaliação ajudará a maximizar a probabilidade de adesão. A efetividade e os possíveis efeitos negativos das PHSMs devem ser avaliados por meio de uma avaliação baseada em evidências (por exemplo, revisão da literatura, orientação da OMS etc.) e do monitoramento ativo do impacto das PHSMs implementadas.
- Devem ser cogitadas medidas adicionais assim que o nível situacional aumentar. Atrasos na implementação das medidas levarão ao aumento da morbidade e mortalidade e à necessidade de medidas mais rigorosas para recuperar o controle. Em particular, devem ser feitos esforços para evitar uma intensificação na transmissão de “clusters” para “transmissão comunitária”.
- Quando possível, as medidas devem ser ajustadas (implementadas ou suspensas) de maneira controlada e gradual para permitir melhor compreensão dos efeitos de cada medida na dinâmica da transmissão.
- Qualquer decisão sobre aplicação de PHSMs deve ser ponderada em relação ao impacto mais amplo das medidas sobre a saúde e o bem-estar (vidas perdidas a curto e longo prazo em comparação com as vidas salvas pela aplicação das PHSMs).
- Dados de vigilância de saúde pública e achados de investigação de casos e clusters podem fornecer informações importantes sobre as condições associadas à transmissão ou gravidade. Isso é particularmente importante no contexto de VOCs circulantes e de possíveis novas variantes, uma vez que o relaxamento das PHSMs pode fornecer melhor compreensão das características de transmissão e de gravidade dessas variantes. Essas informações podem ajudar a direcionar a aplicação ou a intensificação de certas PHSMs sem impor universalmente as medidas em todas as situações (por exemplo, situações sem essas variantes).
- Qualquer informação disponível sobre o nível de imunidade na população em geral – natural ou induzida por vacina – deve ser levada em consideração ao avaliar o provável impacto sobre a transmissão do SARS-CoV-2 a partir do relaxamento das PHSMs.
- A proteção de populações vulneráveis,¹² incluindo aquelas clinicamente em risco de doença grave, deve ser central na decisão de implementar, manter ou suspender uma medida. As populações vulneráveis incluem pessoas

com ≥ 60 anos e/ou comorbidades que aumentem o risco de doença COVID-19 grave; grupos desfavorecidos, como populações marginalizadas, migrantes vulneráveis e refugiados; e aqueles em locais de alta densidade/poucos recursos e grupos de baixa renda. As comunidades vulneráveis e os indivíduos desfavorecidos podem enfrentar dificuldades imediatas no atendimento de suas necessidades básicas de vida – como renda, abrigo e alimentos – quando as PHSMs são implementadas e se forem implementadas sem apoio adequado.²² É crucial que essas necessidades essenciais sejam levadas em consideração e abordadas ao se projetar diferentes pacotes de PHSMs, antes que esses pacotes sejam implementados, de modo a evitar ou minimizar danos e melhorar a efetividade. É fundamental proteger as populações vulneráveis e desfavorecidas, implementando medidas específicas para apoiá-las, mobilizando recursos e envolvendo todos os setores e comunidades relevantes de modo a tomar ciência de suas preocupações e receber feedback. Isso inclui a garantia de acesso aos serviços de saúde (usando a prestação de serviços comunitários), o que é particularmente difícil quando o transporte, as clínicas/hospitais e outros serviços governamentais estão fechados ou têm longa espera. Outros serviços essenciais incluem renda complementar ou alimentação; lugares seguros para sobreviventes e/ou pessoas em risco de violência, incluindo violência de gênero; e melhoria da infraestrutura e segurança do transporte público (que for mais usado por trabalhadores de populações vulneráveis e trabalhadores essenciais) para torná-lo compatível com as PHSMs.

- Deve ser levado em conta o possível impacto do relaxamento das PHSMs na saúde e na capacidade de resposta rápida dos sistemas de saúde pública a qualquer novo aumento de casos. Por exemplo:
 - deve existir capacidade adequada do sistema de saúde para detectar, testar e gerenciar casos novos e seus contatos;
 - deve ser minimizado o risco de surtos e/ou doença grave em locais com indivíduos vulneráveis. Isso requer a identificação de todos os principais fatores de transmissão do SARS-CoV-2 (por exemplo, vários tipos de locais fechados, como unidades de saúde e lares) no contexto local e a compreensão da cobertura de vacinação em populações prioritárias nesse contexto, com medidas adequadas em vigor para maximizar o distanciamento físico e minimizar o risco de surtos;
 - os principais fatores de transmissão na área sob avaliação devem ser bem compreendidos usando dados de vigilância local, devendo ser rapidamente implementadas medidas, caso a incidência aumente. Um foco específico deve ser na prevenção e detecção precoce de possíveis eventos de superespalhamento.
- Sempre devem ser mantidas medidas básicas de mitigação de risco destinadas a reduzir a exportação associada a viagens, importação e transmissão subsequente do SARS-CoV-2. Para obter detalhes, consulte *Considerações para a implementação de uma abordagem baseada em risco para viagens internacionais no contexto da COVID-19*.^{15,16}
 - em todos os casos, as viagens internacionais devem ser priorizadas para emergências e ações humanitárias (como voos médicos de emergência e evacuações médicas); viagens de profissionais essenciais (como equipes de emergência, provedores de suporte técnico de saúde pública e profissionais essenciais nos setores de transporte e segurança, como marítimos); repatriações; e transporte de carga para suprimentos essenciais como alimentos, remédios e combustível;
 - Considerações específicas são descritas neste documento para a implementação de uma abordagem individualizada de quarentena e teste para viajantes internacionais com imunidade natural ou adquirida por vacina.

Envolvimento da comunidade e estratégia de comunicação de risco

Quando as PHSMs são ajustadas, as comunidades devem ser plena e regularmente informadas, envolvidas e habilitadas, antes que as mudanças sejam feitas, para permitir que se apropriem das PHSMs selecionadas.²³ É fundamental construir e promover a confiança, especialmente em contextos onde há pouco ou nenhum envolvimento da população local na tomada de decisões. Deve ser desenvolvida uma comunicação de risco clara, concisa e transparente com as comunidades, incluindo uma justificativa baseada em evidências para o ajuste das medidas, direcionada para as PHSMs.

Em especial:

- As comunidades devem receber funções reconhecidas de modo a fornecer informações e assumir a responsabilidade de quando e como as PHSMs serão implementadas ou suspensas.

- As comunidades serão essenciais na implementação das PHSMs em toda a população e na mitigação do impacto social e econômico de certas medidas (por exemplo, a interrupção da disponibilidade de alimentos e outros suprimentos necessários).
- As organizações da sociedade civil, as organizações religiosas (FBOs) e os voluntários desempenham um papel fundamental no fortalecimento dos serviços comunitários (por exemplo, fornecimento de alimentos, medicamentos, saúde mental e outros serviços de apoio, testes e vacinas) para aqueles que precisam (por exemplo, pessoas que estão isoladas ou em quarentena).
- Devem ser estabelecidos mecanismos de feedback para garantir que qualquer impacto social das mudanças nas PHSMs seja rapidamente identificado e notificado para ação. As comunidades devem liderar soluções para garantir a adoção de medidas que melhor atendam às necessidades locais (por exemplo, consideração pelas práticas culturais locais), o que pode aumentar a probabilidade de adesão.
- As redes comunitárias locais devem ser aproveitadas em esforços de longo prazo por meio da capacitação por meio do treinamento de líderes locais.
- O infodêmico²⁴ que emergiu da sobrecarga de informações e desinformação sobre a COVID-19 deve ser gerenciado em todos os estágios da resposta, fornecendo as informações corretas no momento certo para as pessoas certas por meio de canais confiáveis (por exemplo, líderes comunitários e religiosos, médicos de família e outros membros influentes da sociedade). Deve haver um sistema de monitoramento para captar as tendências emergentes (por exemplo, confiança e hesitação vacinal, adesão às PHSM) para permitir a provisão de um pacote de comunicação direcionado.
- Deve ser desenvolvida uma estratégia de comunicação e envolvimento da comunidade antes de qualquer mudança nas PHSMs seja implementada ou ajustada.³ A estratégia deve ser desenvolvida em consulta com as partes interessadas relevantes do governo, sociedade civil, FBOs e grupos comunitários. Os planos devem incluir, no mínimo, objetivos comportamentais, públicos-alvo, canais prioritários e uma combinação de estratégias e atividades para orientar e envolver a comunidade.
- As mensagens principais desses planos devem cobrir informações importantes para a comunidade, como a extensão e a duração estimada das medidas em vigor.
- Os governos devem comunicar regularmente dados epidemiológicos ao público para promover ainda mais a confiança e aumentar a aceitação e a adesão contínua às PHSMs.

Ajuste de PHSMs com base na avaliação situacional

A Tabela 2 fornece mais detalhes sobre os tipos de medidas domésticas que podem ser implementadas para cada nível situacional. As medidas de cada nível são apenas indicativas, porque algumas podem ser mais ou menos viáveis ou apropriadas em contextos e locais específicos. Observe que as recomendações gerais sobre viagens internacionais podem ser encontradas na orientação provisória *Considerações para a implementação de uma abordagem baseada em risco para viagens internacionais no contexto da COVID-19*.^{15,16}

As medidas devem ser limitadas no tempo e reavaliadas regularmente, pelo menos a cada duas semanas, juntamente com o nível situacional. A adesão às PHSMs também deve ser monitorada, usando fontes tais como dados de mobilidade, e isso deve ser usado para orientar ainda mais o ajuste futuro das PHSMs, as comunicações de risco e a estratégia de envolvimento da comunidade.

Em todos os níveis situacionais, os indivíduos devem aplicar medidas de proteção pessoal, como higiene das mãos, distanciamento físico, etiqueta respiratória, permanência no lar se não estiverem bem e uso de máscara quando apropriado, e também medidas ambientais (por exemplo, limpeza, desinfecção, ventilação). Devem ser fornecidas informações claras ao público sobre o que fazer em caso de indisposição e sobre quem contatar para aconselhamento, teste e/ou tratamento.

Tabela 2: Orientação sobre a implementação de PHSMs domésticas para cada Nível Situacional

Nível situacional	Considerações para implementação de PHSMs por nível situacional*
<p>Nível situacional 0: Nenhuma transmissão conhecida de SARS-CoV-2 nos 28 dias anteriores. O sistema de saúde e as autoridades de saúde pública estão prontos para responder, mas não há restrições significativas às atividades diárias.</p>	<p>A vigilância deve garantir que qualquer caso novo seja detectado e gerenciado o mais cedo possível, mas não deve haver restrições às atividades diárias.</p> <p>As autoridades podem cogitar a implementação das seguintes medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Continuar a fortalecer as ações de preparação, prontidão e resposta a emergências,¹ garantindo que haja estoques adequados de medicamentos e equipamentos médicos e também que tenham sido recrutados e treinados profissionais suficientes para lidar com os surtos previstos nos casos. • Implementar ou manter vigilância robusta²⁵ para detectar e investigar rapidamente casos suspeitos de SARS-CoV-2 e clusters²⁶ e garantir que medidas de saúde pública, como isolamento e quarentena com apoio,²⁷ sejam tomadas para reduzir a propagação subsequente se os casos forem confirmados e os contatos forem identificados, respectivamente. • Aplicar uma abordagem baseada em risco com base nas três etapas de avaliação de risco, mitigação de risco e comunicação de risco para orientar a decisão de restringir, modificar, adiar, cancelar ou prosseguir com a realização de qualquer porte. Para reuniões públicas, a avaliação de risco deve ser realizada por autoridades de saúde pública locais e nacionais e organizadores de eventos com a contribuição de todas as partes interessadas relevantes (gestão de emergência, transporte, segurança e proteção etc.).^{28,29}
<p>Nível situacional 1: Estão em vigor medidas básicas para prevenir a transmissão; ou se já houver casos presentes, a epidemia está sendo controlada por meio de medidas efetivas em torno dos casos, com interrupção localizada, limitada e transitória da vida social e econômica.</p>	<p>Devem ser tomadas medidas específicas em torno dos casos e/ou clusters e devem ser reforçadas medidas individuais, com impacto limitado nas atividades sociais e econômicas.</p> <p>Além das medidas de preparação para emergências, prontidão e ações de resposta¹ e vigilância, medidas de proteção pessoal e comunicações de risco, as autoridades podem levar em consideração a implementação das seguintes medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deve ser dada ênfase na detecção e investigação de casos e clusters e rastreamento de contatos. • Promoção da prevenção dos “3 Cs” – espaços fechados, lugares lotados e situações de contato próximo [“closed spaces, crowded places and close-contact settings”, em inglês]. • Aplicação de uma abordagem baseada em risco com base nas três etapas de avaliação de risco, mitigação de risco e comunicação de risco para orientar a decisão de restringir, modificar, adiar, cancelar ou prosseguir com a realização de qualquer porte. Para reuniões públicas, a avaliação de risco deve ser realizada por autoridades de saúde pública locais e nacionais e organizadores de eventos com a contribuição de todas as partes interessadas relevantes (gestão de emergência, transporte, segurança e proteção etc.).^{28,29} Atividades e serviços diários, como estabelecimentos educacionais³⁰, negócios³¹ e lazer/turismo, podem permanecer abertos com medidas de precaução para limitar o risco de disseminação. • Implementação de medidas para proteção dos mais vulneráveis, especialmente garantindo que haja medidas adequadas em vigor nas instituições de longa permanência¹² e em outros estabelecimentos residenciais.
<p>Nível situacional 2: Baixa incidência na comunidade ou baixo risco de transmissão comunitária além dos clusters. Medidas adicionais referentes ao Nível Situacional 1 podem ser necessárias para controlar a transmissão; no entanto, ainda podem ser limitadas as interrupções nas atividades sociais e econômicas</p>	<p>Devem ser aplicadas medidas para limitar o número de encontros físicos com outras pessoas fora do domicílio, garantindo ao mesmo tempo que os serviços permaneçam abertos com medidas de precaução em vigor. Pode ser necessário um leque mais amplo de PHSMs para controlar a transmissão.</p> <p>Além das medidas de preparação e resposta a emergências e vigilância, medidas de proteção pessoal e comunicações de risco, as autoridades podem cogitar a implementação das seguintes medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os estabelecimentos educacionais permanecem abertos com medidas de precaução em vigor. • As empresas permanecem abertas, com medidas de precaução em vigor, com incentivo do trabalho à distância tanto quanto possível. • Melhorar a infraestrutura de transporte local para cumprir as PHSMs (melhorar a disponibilidade, frequência, extensão de horários etc.). • Aplicar uma abordagem baseada em risco com base nas três etapas de avaliação de risco, mitigação de risco e comunicação de risco para orientar a decisão de restringir, modificar, adiar, cancelar ou prosseguir com a realização de qualquer porte. Para reuniões públicas, a avaliação de risco deve ser realizada por autoridades de saúde pública locais e nacionais e organizadores de eventos com a contribuição de todas as partes interessadas relevantes (gestão de emergência, transporte, segurança e proteção etc.).^{28,29} • Se necessário, dar mais ênfase à proteção dos mais vulneráveis clinicamente, por meio da aplicação estrita de medidas de prevenção e controle de infecção, vigilância intensificada e gerenciamento de visitas em instituições de longa permanência e outros estabelecimentos residenciais. • Se o rastreamento de contatos estiver sobrecarregado, levar em consideração a priorização do rastreamento de contatos (ver <i>Rastreamento de contatos no contexto da COVID-19</i>).³³

Nível situacional	Considerações para implementação de PHSMs por nível situacional*
<p>Nível situacional 3: Transmissão comunitária com capacidade adicional limitada de resposta e risco de sobrecarga dos serviços de saúde. Pode ser necessário implementar uma combinação maior de medidas de controle para limitar a transmissão, gerenciar os casos e garantir o controle da epidemia.</p>	<p>É necessário o fortalecimento de todas as PHSMs para evitar restrições mais rigorosas ao movimento e outras medidas relacionadas aplicadas no nível 4. Todos os indivíduos devem reduzir seus contatos sociais, e algumas atividades podem ter que ser encerradas, permitindo que os serviços essenciais, especialmente escolas, permaneçam abertos. Em locais com alta dependência de salários diários e economia informal, a mitigação dos possíveis custos socioeconômicos pelo fortalecimento das PHSMs precisa ser planejada com antecedência e adequadamente.</p> <p>Além das medidas de preparação e resposta a emergências e vigilância, medidas de proteção pessoal e comunicações de risco, as autoridades podem cogitar a implementação das seguintes medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptar o funcionamento das empresas para minimizar o risco de COVID-19, inclusive por meio de trabalho remoto, fornecimento de serviço modificado ou fechamento, quando necessário. • Melhorar a infraestrutura de transporte local para cumprir as PHSMs (melhorar a disponibilidade, frequência, extensão de horários etc.). • Cogitar a limitação do ensino presencial nas universidades e instituir o e-learning. • As creches e as escolas fundamentais e de ensino médio devem permanecer abertas, com medidas adequadas de segurança e vigilância em vigor, enquanto o contexto local permitir. A continuidade da educação das crianças para seu bem-estar geral, saúde e segurança deve estar na vanguarda de todas as considerações e decisões relevantes. • Devido ao risco de transmissão adicional em um nível de transmissão já alto com recursos de saúde limitados, todas as PHSMs podem ser melhor aplicadas sem relaxar quaisquer medidas de acordo com o estado imunológico dos indivíduos. Consulte a seção a seguir sobre “medidas individualizadas de saúde pública”. • Aplicar uma abordagem baseada em risco com base nas três etapas de avaliação de risco, mitigação de risco e comunicação de risco para orientar a decisão de restringir, modificar, adiar, cancelar ou prosseguir com a realização de qualquer reunião em massa, incluindo eventos de médio e pequeno porte. Para reuniões públicas, a avaliação de risco deve ser realizada por autoridades de saúde pública locais e nacionais e organizadores de eventos com a contribuição das partes interessadas (gestão de emergência, transporte, segurança e proteção etc.).^{28,29} • Quantificar as necessidades com antecedência e fornecer o apoio socioeconômico necessário para indivíduos e famílias de baixa renda e aqueles em risco de cair na pobreza, garantindo que ninguém seja deixado para trás. A recuperação socioeconômica desses grupos vulneráveis e da população em geral também deve ser preparada com antecedência e os recursos devem ser garantidos na medida do possível.
<p>Nível situacional 4: Uma epidemia descontrolada com capacidade limitada ou nenhuma capacidade adicional de resposta do sistema de saúde disponível, exigindo medidas extensivas para evitar a sobrecarga dos serviços de saúde e um excesso de morbidade e mortalidade.</p>	<p>Será difícil reduzir a transmissão comunitária, e precisarão ser implementadas restrições rigorosas de movimento e medidas relacionadas para reduzir significativamente o número de encontros pessoais. Essas medidas devem ser geograficamente limitadas ao local onde são necessárias, ter um prazo com a menor duração possível.</p> <p>Além das medidas de preparação e resposta a emergências e vigilância, medidas de proteção pessoal e comunicações de risco, as autoridades podem cogitar a implementação das seguintes medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos os indivíduos, incluindo indivíduos totalmente vacinados, parcialmente vacinados e recuperados, devem ficar em casa e limitar o contato físico com pessoas fora de casa. • Os profissionais essenciais precisarão continuar as atividades, com o máximo de apoio e medidas de segurança implementadas. Melhorar a infraestrutura de transporte local para cumprir as PHSMs (melhorar a disponibilidade, frequência, extensão de horários, adicionar transportes privados à infraestrutura de transporte público etc.). • Fechar negócios não essenciais e implementar o trabalho remoto. • Levantar em consideração todas as opções para a continuidade do aprendizado presencial. Se não for possível, limitar o contato pessoal. As opções podem incluir estratégias de aprendizagem presencial ou combinada que limitem estritamente o número de pessoas fisicamente no local (as exceções incluiriam filhos de profissionais essenciais e seus professores) e aprendizagem remota. O fechamento de instalações educacionais só deve ser cogitado quando não houver outras alternativas. • Todas as instituições de longa permanência e outros estabelecimentos residenciais devem levar em consideração medidas estritas para limitar o risco de infecção, até e incluindo a suspensão temporária das visitas pessoais. • Cancelar ou adiar todas as reuniões em massa. • Quantificar as necessidades (com antecedência) e fornecer o apoio socioeconômico necessário para indivíduos e famílias de baixa renda e aqueles em risco de cair na pobreza, garantindo que ninguém seja deixado para trás. Monitorar cuidadosamente o impacto das PHSMs estritas sobre os meios de subsistência e o bem-estar desses grupos vulneráveis. A recuperação socioeconômica desses grupos vulneráveis e da população em geral também deve ser planejada com antecedência e os recursos devem ser garantidos na medida do possível.

*As medidas específicas implementadas em cada nível precisarão ser cuidadosamente ponderadas com base nos princípios orientadores descritos anteriormente. As medidas em cada nível são apenas indicativas, uma vez que algumas medidas podem ser mais ou menos viáveis ou apropriadas em contextos e locais específicos

Considerações para a implementação de medidas individualizadas de saúde pública

Em locais nos quais PHSMs robustas estiverem em vigor para controlar a propagação do SARS-CoV-2, o relaxamento de algumas medidas para alguns indivíduos pode contribuir para limitar as dificuldades econômicas e sociais causadas pelas medidas de controle. As “medidas de proteção pessoal” diferenciadas para indivíduos imunes (totalmente vacinados ou recuperados da infecção) e não imunes serão chamadas de medidas individualizadas de saúde pública.

A aplicação de recomendações de **medidas individualizadas de saúde pública** com base no estado de imunidade de uma pessoa deve ser cuidadosamente ponderada à luz de uma série de aspectos, incluindo: o nível de transmissão do SARS-CoV-2; as evidências em torno do impacto de várias vacinas contra COVID-19 na prevenção da transmissão; a efetividade contra doenças e duração da imunidade induzida pela vacina; o nível e a duração da proteção conferida pela imunidade natural; a estratégia de resposta à COVID-19 e a tolerância ao risco do país implementador; a circulação em potencial de VOCs com escape imunológico; e importantes considerações éticas, particularmente dada a atual disponibilidade limitada de vacinas em todo o mundo e as desigualdades existentes na disponibilidade de vacinas em meio aos países e grupos populacionais.

Considerações éticas

Detalhes sobre as considerações éticas relacionadas a medidas individualizadas de saúde pública no contexto da COVID-19 são fornecidos em outras publicações da OMS.^{17,34} As principais considerações podem ser encontradas a seguir:

- **Abordagem proporcional e inclusiva:** antes de implementar medidas individualizadas de saúde pública, os governos ou outras autoridades competentes devem, tanto quanto possível, reduzir as barreiras à vacinação; considerar medidas que menos violem os direitos e liberdades dos indivíduos não vacinados; e considerar opções para indivíduos não vacinados, como os resultados de testes para COVID-19 negativos confiáveis e acessibilidade aos testes para todos (por exemplo, teste gratuito uma vez por semana) ou emissão de certificados de imunidade para indivíduos recuperados. Isso pode ajudar a garantir que as medidas para indivíduos não vacinados sejam proporcionais e tão socialmente inclusivas (definido aqui como remoção ou redução de barreiras que impeçam as pessoas de participar da vida civil, social e econômica) quanto possível.
- **Isenções:** deve ser estabelecido um sistema de registro e verificação de isenções de vacinação contra COVID-19 com base em razões médicas, ou outras razões previstas na lei ou regulamentos relevantes, se forem introduzidos certificados de vacinação para impor medidas individualizadas de saúde pública a indivíduos vacinados e não vacinados. Deve-se prestar especial atenção para garantir que a coleta, o armazenamento e o uso de tais dados sejam limitados a propósitos cientificamente e eticamente justificados, compatíveis com a manutenção da confiança pública.

Considerações técnicas para as medidas individualizadas de saúde pública

Embora os indivíduos vacinados ou com infecção prévia documentada ainda possam ser (re)infectados e transmitir a infecção, evidências crescentes (ver Tabela 3) sugerem que o risco de infecção é substancialmente reduzido. Com base nisso, os países podem decidir relaxar os requisitos de quarentena para indivíduos com evidências de imunidade, uma vez que o ônus da quarentena pode superar o risco de transmissão. No entanto, se a circulação de variantes capazes de escapar da imunidade estabelecida se tornar evidente, tal relaxamento pode não ser aconselhável, porque as variantes ainda podem ser transmitidas de forma eficiente.

O menor risco de infecção após a vacinação completa contra COVID-19 provavelmente varia de acordo com a vacina contra COVID-19; dada a escassez de dados para todas as vacinas contra COVID-19 disponíveis, a OMS recomenda que os países adotem uma abordagem baseada em risco. Isso também deve levar em consideração o contexto epidemiológico local e o contexto da exposição (avaliação de risco da exposição), pois alguns locais, como unidades de saúde, podem representar um risco mais alto, levando à classificação dos profissionais de saúde como contatos de alto risco.⁵

A Tabela 3 resume as principais considerações técnicas em torno das medidas individualizadas de saúde pública no contexto da imunidade natural e induzida pela vacina. A tabela foi elaborada com base em evidências disponíveis em 14 de junho de 2021.

Tabela 3: Revisão das evidências existentes sobre infecção prévia por SARS-CoV-2, vacinas contra COVID-19 e variantes de preocupação e principais considerações técnicas para medidas individualizadas de saúde pública no contexto da imunidade induzida por vacina e natural

Elemento	Considerações
Infecção pelo SARS-CoV-2	<ul style="list-style-type: none"> • A imunidade natural confere altos níveis de proteção contra reinfecção, com estimativas variando de cerca de 81% a quase 100% de proteção em pessoas com menos de 65 anos ou entre profissionais de saúde durante o acompanhamento de pelo menos cinco a sete meses.^{6,35-37} A proteção contra a reinfecção parece variar de acordo com a faixa etária, sendo menor (aproximadamente 47%) entre pessoas com 65 anos ou mais.^{35,38} • A evidência de imunidade ao SARS-CoV-2 é mais comumente determinada pela medição de anticorpos no soro. Dentro de quatro semanas após a infecção, 90%-99% dos indivíduos infectados com o vírus SARS-CoV-2 desenvolvem anticorpos neutralizantes detectáveis.^{14,39,40} • Embora os correlatos de proteção ainda não tenham sido totalmente estabelecidos, atualmente a presença de anticorpos neutralizantes é a melhor indicação de proteção contra reinfecção. A duração da proteção ainda não está clara e pode ser diferente dependendo da gravidade da doença. A proteção após a infecção pelo coronavírus do resfriado comum, que frequentemente causa doença leve, é altamente transitória; e para SARS-CoV-2, há evidências de que a memória imunológica seja de 6 a 8 meses.^{41,42} • Embora a proteção seja alta, a imunidade natural não fornece 100% de imunidade esterilizante. Os indivíduos que têm imunidade natural ainda têm um risco em potencial de reinfecção e podem ser infecciosos.⁴³
Vacinação contra a COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> • Vacinas diferentes podem diferir em sua efetividade, inclusive contra VOCs. O risco de transmissão subsequente e a duração da proteção também podem variar. A diminuição da imunidade e da efetividade da vacina ao longo do tempo precisará ser documentada à medida que a distribuição da vacinação progride. • No momento da publicação, em ensaios clínicos realizados em seres humanos, todas as vacinas da Lista de Uso de Emergência da OMS (EUL) demonstraram eficácia (63% a 95%) contra COVID-19 sintomática confirmada em laboratório.^{20,44-46} • Em ensaios clínicos em humanos, todas as vacinas que atualmente têm EUL da OMS (no momento da publicação) demonstraram alta eficácia (mais de 89%) contra COVID-19 grave, indicando que a chance de desenvolver doença grave em uma pessoa totalmente vacinada é muito baixa para adultos mais jovens e de meia-idade e de muito baixa a moderada em adultos mais idosos ou outras pessoas com fatores de risco subjacentes.^{47,48} • Os resultados de estudos observacionais pós-introdução relataram estimativas de efetividade da vacina variando de 64% a mais de 97%. A duração da proteção permanece obscura, porque a efetividade da vacina foi medida apenas logo após a introdução das vacinas; mas um acompanhamento recente de vacinados por oito meses relatou uma resposta duradoura para a vacina estudada.⁴⁹ • Uma vacina estudada preveniu a infecção em 70% dos indivíduos 21 dias após uma dose única e em 85% dos indivíduos 7 dias após duas doses, fornecendo estimativas do mundo real da proteção da vacina contra infecção.⁵⁰ • Há evidências emergentes de que a vacinação reduz substancialmente o risco de transmissão subsequente do SARS-CoV-2 para contatos suscetíveis.^{51,52} • Há também evidências emergentes de que o uso de vacinas contra COVID-19 em nível populacional tem um impacto positivo na dinâmica da doença na população.^{53,54}
Variantes de preocupação (VOCs) (no momento da publicação)	<ul style="list-style-type: none"> • Algumas variantes do SARS-CoV-2, incluindo todas as VOCs atualmente identificadas [ou seja, Alfa (B.1.1.7), Beta (B.1.351), Gama (P.1) e Delta (B.1.671.2)], exibem maior transmissibilidade em comparação com as variantes anteriores/cocirculantes.⁸ Isso influencia principalmente os níveis de transmissão e a possível necessidade de manter as PHSMs gerais no local por mais tempo ou em uma intensidade mais alta, em vez de influenciar especificamente as considerações para medidas individualizadas de saúde pública. • Foi relatada evidência de aumento da resistência de algumas variantes do SARS-CoV-2 (incluindo todas as quatro VOCs) a anticorpos neutralizantes naturais ou induzidos por vacina, levantando a preocupação de que a reinfecção após a infecção natural ou infecção espontânea após a vacinação pode aumentar em locais em que essas VOCs circulam amplamente.^{8,55} • A evolução convergente de mutações que se acredita estarem associadas à maior transmissibilidade ou ao escape imunológico (por exemplo, N501Y, E484K) em VOCs destaca o fato de que as variantes provavelmente continuarão a emergir sob pressões seletivas, como imunidade populacional.⁵⁶

Observação: as referências citadas não representam uma lista completa de todas as referências relevantes sobre esses tópicos.

Implementação de medidas individualizadas de saúde pública com base nas evidências disponíveis (em 14 de junho de 2021)

Depois de ponderar as considerações éticas e técnicas e os níveis de transmissão, os países podem cogitar o relaxamento de algumas medidas para indivíduos que atendam a um dos seguintes critérios:

- conclusão da vacinação completa com uma das vacinas EUL da OMS ou aprovada por uma autoridade reguladora rigorosa (e pelo menos duas semanas após a conclusão da vacinação);
- infecção por SARS-CoV-2 confirmada por RT-PCR nos últimos seis meses e não mais infecciosa de acordo com os critérios da OMS para liberação de pacientes com COVID-19 do isolamento.⁵⁵

Dependendo do nível de transmissão, a seguir estão algumas opções para medidas individualizadas em:

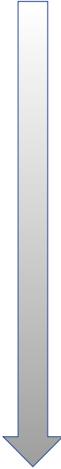
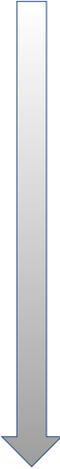
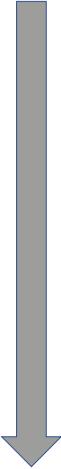
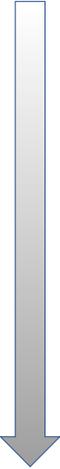
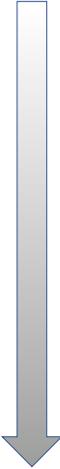
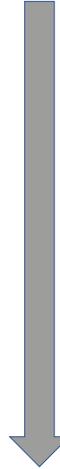
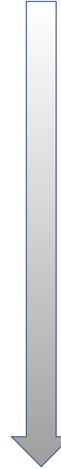
- dispensa de quarentena após contato próximo com um caso COVID-19 confirmado;
- dispensa de testes e/ou requisitos de quarentena no contexto de viagens internacionais;
- permissão de reunião em ambientes internos privados com outros indivíduos totalmente vacinados ou recuperados, sem uso de máscaras e sem aplicação do distanciamento físico.

Os tomadores de decisão devem aplicar uma abordagem baseada em risco ao cogitar o uso de máscaras para o público em geral, independentemente da vacinação ou do estado de imunidade natural. Em áreas de transmissão comunitária do SARS-CoV-2 conhecida ou suspeita: A OMS informa que o público em geral deve usar uma máscara não médica em ambientes internos (por exemplo, lojas, locais de trabalho compartilhados, escolas) ou ambientes externos onde a distância física de pelo menos 1 metro não possa ser mantida. Se em ambientes internos, a menos que a ventilação tenha sido avaliada como adequada, a OMS recomenda que o público em geral use uma máscara não médica, independentemente de poder ou não ser mantido um distanciamento físico de pelo menos 1 metro.⁵⁶ Como parte da abordagem baseada em risco, as autoridades locais podem cogitar permitir a congregação de indivíduos totalmente vacinados ou recuperados sem uso de máscaras e sem aplicação do distanciamento físico em ambientes privados fechados em regiões com baixa incidência de SARS-CoV-2 (< 20/100.000 habitantes). **Em ambientes comunitários ou de saúde, onde são recomendadas medidas como o uso de máscara, elas devem continuar a ser aplicadas a todos.**

A Figura 1 fornece orientação para uma abordagem baseada em risco para medidas individualizadas de saúde pública, que leva em consideração tanto o risco para os indivíduos quanto para a população. Essa figura, que é baseada nas evidências da Tabela 3, mostra que, conforme o nível de transmissão aumenta (coluna da esquerda), o risco de infecção para os indivíduos e o risco geral de infecções adicionais e transmissão subsequente aumenta (setas das colunas 2-5), assim como o risco geral de casos adicionais de setas de doença grave nas colunas 6-9. Os gradientes diferentes das setas nas colunas 2-9 mostram ainda que o grau de risco aumentado varia de acordo com a idade de um indivíduo e o estado de imunidade.

As opções resultantes são mostradas na coluna intitulada “opções para medidas individualizadas de saúde pública”. Nos níveis mais baixos de transmissão, podem ser cogitadas medidas individualizadas (dispensa de quarentena no contexto de contato próximo, dispensa de quarentena e/ou teste no contexto de viagens domésticas e internacionais, congregação livre em ambientes privados com outros indivíduos totalmente vacinados ou recuperados sem uso de máscaras ou distanciamento físico) para todos os indivíduos imunes. Nos níveis de transmissão mais altos, as medidas devem ser mantidas para todos os indivíduos, independentemente do estado imunológico. Em níveis intermediários de transmissão, há um risco desproporcionalmente alto de transmissão e doença grave para indivíduos recuperados ≥ 60 e/ou com fatores de risco subjacentes, e as autoridades podem, conseqüentemente, cogitar a manutenção das medidas para esse grupo. As considerações podem precisar ser adaptadas aos contextos locais. Por exemplo, em situações sem circulação doméstica conhecida, uma quarentena total pode ser exigida para todos os viajantes, independentemente do estado de imunidade, para controlar o risco residual de importação. Além disso, em situações onde a capacidade de saúde seja extremamente limitada, pode ser necessário manter as medidas em níveis relativamente mais baixos de transmissão para evitar sobrecarga do sistema de saúde com quaisquer casos adicionais.

Figura 1. Opções para medidas individualizadas de saúde pública

Risco de exposição (nível de transmissão)	Fatores envolvidos na orientação de opções para medidas individualizadas de saúde pública								Opções para medidas individualizadas de saúde pública	Fatores que podem aumentar o risco
	Totalmente vacinados $\geq 60^*$ e/ou com fatores de risco subjacentes	Totalmente vacinados < 60	Indivíduos recuperados ≥ 60 e/ou com fatores de risco subjacentes	Indivíduos recuperados < 60	Totalmente vacinados ≥ 60 e/ou com fatores de risco subjacentes	Totalmente vacinados < 60	Indivíduos recuperados ≥ 60 e/ou com fatores de risco subjacentes	Indivíduos recuperados < 60		
	Risco de infecção/Risco específico de transmissão				Risco específico de doença grave					
Menor  Maior									Relaxamento das medidas para todos os indivíduos imunes [†] ↓ Cogitar a manutenção das medidas para indivíduos recuperados ≥ 60 e/ou com fatores de risco subjacentes [‡] ↓ Manutenção das medidas para todos os indivíduos [§]	Presença de variantes de escape imunológico

* A maioria das evidências de transmissão usa uma categoria de idade de 65 anos ou mais, ao passo que a maioria das evidências de gravidade faz referência a pessoas com 60 anos ou mais; por coerência, o agrupamento mais conservador de 60 anos ou mais é mantido nesta tabela.

† Relaxamento das restrições e medidas preventivas (dispensa de quarentena no contexto de contato próximo, dispensa de quarentena e/ou teste no contexto de uma viagem internacional, reunir-se livremente com outros totalmente vacinados ou recuperados sem uso de máscaras ou distanciamento físico em ambientes privados) para todos os indivíduos imunes.

‡ Devido ao aumento do risco de doença grave e de transmissão.

§ Devido ao risco de moderado a alto de transmissão subsequente, todos os indivíduos devem ficar em casa e limitar o contato físico com pessoas fora de casa.

A matriz de risco apresentada acima é orientada pelas evidências científicas sobre infecção prévia por SARS-CoV-2, vacinas contra COVID-19 e variantes de preocupação do SARS-CoV-2 disponíveis no momento da redação deste artigo. O *risco de infecção* é um produto do *risco de exposição* (que é proporcional ao nível de transmissão do vírus) e a *suscetibilidade à infecção, se exposto*. O *risco específico de transmissão* é o produto do *risco de infecção* e o *risco (se infectado) de transmitir a infecção* a indivíduos não imunes. Dada a falta de evidência em contrário, para os fins deste esquema, o *risco (se infectado) de transmissão da infecção* por indivíduos com reinfeção/escape vacinal é considerado igual ao observado na infecção primária; assim, o *risco específico de transmissão* é considerado proporcional ao *risco de infecção*. O *risco específico de doença grave* é o produto do *risco de infecção* e o *risco (se infectado) de doença grave*.

Considerações para quarentena

De acordo com as evidências apresentadas na Tabela 3, os contatos que estão totalmente vacinados ou os contatos sem fatores de risco que se recuperaram da COVID-19 podem ser considerados contatos de menor risco, tanto em termos de probabilidade de infecção quanto da gravidade da doença se infectados. Consequentemente, alguns países podem decidir isentá-los da quarentena. No entanto, esses contatos devem ser aconselhados a monitorar seus sintomas após a exposição; se os sintomas se desenvolverem, eles devem ser testados para SARS-CoV-2 e isolados, caso se descubra que foram infectados pelo SARS-CoV-2. Os países também podem precisar levar em consideração o contexto da exposição (avaliação de risco da natureza da exposição), porque alguns ambientes, como unidades de saúde, podem representar um risco mais alto, levando à classificação dos profissionais de saúde como contatos de alto risco. Podem ser cogitados ajustes sob medida para grupos-chave com baixa tolerância a riscos, como profissionais de saúde ou equipes de instituições de longa permanência para idosos, a fim de minimizar os riscos de transmissão subsequente.

Como os contatos de menor risco ainda podem representar algum risco residual de transmissão subsequente, os países podem optar por colocar em quarentena os contatos de menor risco se houver preocupação sobre a transmissão de variantes de escape imunológico, ou caso seu objetivo seja a eliminação da transmissão local.

Medidas de mitigação de risco de viagens internacionais

No momento, a OMS não apoia a introdução de requisitos de comprovação de vacinação ou imunidade natural contra o SARS-CoV-2 pelas autoridades nacionais ou pelos operadores de transportes, nem como condição para se sair ou entrar em um país, nem como condição para viajar internacionalmente.⁵⁷

No contexto da pandemia da COVID-19, as viagens internacionais devem sempre ser priorizadas para emergências e ações humanitárias, viagens de equipes de trabalho essenciais, repatriações e transporte de carga para suprimentos essenciais, como alimentos, medicamentos e combustível.

No momento, os viajantes internacionais não são considerados contatos do SARS-CoV-2 em princípio, a menos que um viajante atenda à definição de contato.^{15,16} Além disso, os viajantes internacionais não devem ser classificados como casos suspeitos de COVID-19. Portanto, a OMS não recomenda os viajantes saudáveis como grupo prioritário para testes de SARS-CoV-2, especialmente quando os recursos forem limitados, para evitar o desvio de recursos de ambientes e pacientes em que o teste possa ter maior impacto na saúde pública e para impulsionar ações.^{15,16}

Em consonância com a abordagem individualizada das medidas de saúde pública delineadas anteriormente neste guia, os países podem considerar os indivíduos totalmente vacinados ou recuperados como viajantes de baixo risco e podem considerar a dispensa de testes e/ou quarentena para os viajantes internacionais que chegam. Essas decisões devem ser baseadas em uma avaliação de risco detalhada que leve em consideração os objetivos de controle da COVID-19 do país de chegada e a incidência de SARS-CoV-2, e prevalência de VOCs, no país de partida. Para mais detalhes, estão sendo preparadas orientações provisórias atualizadas: Considerações para a implementação de uma abordagem baseada em riscos para viagens internacionais no contexto da COVID-19.¹⁵

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Guia provisório para ações de preparação, prontidão e resposta para a COVID-19: orientação provisória, 7 de março de 2020 [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331422>
2. Organização Mundial da Saúde. Considerações sobre a implementação e ajuste de medidas de saúde pública e sociais no contexto da COVID-19: orientação provisória, 4 de novembro de 2020 [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336374>
3. Organização Mundial da Saúde. Vacinas contra COVID-19 [Internet]. [Citado em 3 de maio de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines>
4. Haas EJ, Angulo FJ, McLaughlin JM, Anis E, Singer SR, Khan F, et al. Impact and effectiveness of mRNA BNT162b2 vaccine against SARS-CoV-2 infections and COVID-19 cases, hospitalisations, and deaths following a nationwide vaccination campaign in Israel: an observational study using national surveillance

- data. The Lancet [Internet]. 5 de maio de 2021 [citado em 10 de maio de 2021]; 0 (0). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00947-8/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00947-8/abstract)
5. Thompson MG. Interim Estimates of Vaccine Effectiveness of BNT162b2 and mRNA-1273 COVID-19 Vaccines in Preventing SARS-CoV-2 Infection Among Health Care Personnel, First Responders, and Other Essential and Frontline Workers — Eight U.S. Locations, December 2020–March 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep [Internet]. 2021 [citado em 14 de junho de 2021];70. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7013e3.htm>
 6. Hall VJ, Foulkes S, Saei A, Andrews N, Oguti B, Charlett A, et al. COVID-19 vaccine coverage in health-care workers in England and effectiveness of BNT162b2 mRNA vaccine against infection (SIREN): a prospective, multicentre, cohort study. The Lancet. 8 de maio de 2021;397(10286):1725–35.
 7. Organização Mundial da Saúde. Atualização epidemiológica semanal sobre COVID-19, 30 de março de 2021 [Internet] 2021 março. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340513>
 8. Organização Mundial da Saúde. Atualização epidemiológica semanal da COVID-19, edição 43, 8 de junho de 2021 [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; junho de 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341716>
 9. Davies NG, Jarvis CI, Edmunds WJ, Jewell NP, Diaz-Ordaz K, Keogh RH. Increased mortality in community-tested cases of SARS-CoV-2 lineage B.1.1.7. Nature. 2021 Mar 15;1–5.
 10. Moore S, Hill EM, Tildesley MJ, Dyson L, Keeling MJ. Vaccination and non-pharmaceutical interventions for COVID-19: a mathematical modelling study. The Lancet Infectious Diseases [Internet]. 18 de março de 2021 [citado em 22 de março de 2021]; 0 (0). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(21\)00143-2/abstract](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00143-2/abstract)
 11. Li J, Giabbanelli PJ. Returning to a normal life via COVID-19 vaccines in the USA: a large-scale agent-based simulation study. medRxiv. 2021 Feb 3;2021.01.31.21250872.
 12. Organização Mundial da Saúde. Roteiro do SAGE da OMS para priorizar o uso das vacinas contra a COVID-19 no contexto de suprimento limitado [Internet]. [Citado em 7 de maio de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/who-sage-roadmap-for-prioritizing-uses-of-covid-19-vaccines-in-the-context-of-limited-supply>
 13. Huang B, Wang J, Cai J, Yao S, Chan PKS, Tam TH, et al. Integrated vaccination and physical distancing interventions to prevent future COVID-19 waves in Chinese cities. Nature Human Behaviour. 2021 Feb 18;1–11.
 14. Wells CR, Galvani AP. The interplay between COVID-19 restrictions and vaccination. The Lancet Infectious Diseases [Internet]. 31 de março de 2021 [citado em 8 de abril de 2021]; 0 (0). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(21\)00074-8/abstract](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00074-8/abstract)
 15. Organização Mundial da Saúde. Aconselhamento sobre a doença causada pelo coronavírus (COVID-19) [Internet]. [Citado em 7 de maio de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/travel-advice>
 16. Organização Mundial da Saúde. Considerações para a implementação de uma abordagem baseada em riscos para viagens internacionais no contexto da COVID-19: orientação provisória 16 de dezembro de 2020 [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337858>
 17. Organização Mundial da Saúde. Imunidade natural da COVID-19: informe científico, 10 de maio de 2021 [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341241>
 18. Organização Mundial da Saúde. Anexos às recomendações provisórias para o uso da vacina inativada COVID-19 BIBP desenvolvida pelo China National Biotec Group (CNBG), Sinopharm: classificação de evidências: tabelas de evidências para recomendação, 7 de maio de 2021 [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341254>
 19. Organização Mundial da Saúde. Anexos às recomendações provisórias para o uso da vacina ChAdOx1-S [recombinante] contra COVID-19 (vacina da AstraZeneca contra COVID-19 AZD1222, SII Covishield, SK Bioscience): classificação de evidências - tabela de evidências para recomendações, emitidas pela primeira vez em 10 de fevereiro de 2021, atualizadas em 21 de abril de 2021 [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340921>

20. Organização Mundial da Saúde. Documento de referência sobre a vacina de mRNA-1273 (Moderna) contra COVID-19: documento de referência para as recomendações provisórias para o uso da vacina de mRNA-1273 (Moderna), da OMS, 3 de fevereiro de 2021 [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/339218>
21. Organização Mundial da Saúde. Estratégia de comunicação de risco global e envolvimento da comunidade sobre a COVID-19, dezembro de 2020– maio de 2021: orientação provisória, 23 de dezembro de 2020 [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338057>
22. Grupo de Trabalho da OMS sobre Ética e SARS-CoV-2. Ética e SARS-CoV-2 – Medidas Restritivas e Distanciamento Físico [Internet]. [Citado em 3 de maio de 2021]. Disponível em: <https://epidemicethics.tghn.org/articles/ethics-sars-cov-2-restrictive-measures-and-physical-distancing/>
23. Organização Mundial da Saúde. Comunicação de risco e envolvimento da comunidade (RCCE) na prontidão e resposta para o novo coronavírus 2019 (2019-nCoV): orientação provisória, 26 de janeiro de 2020 [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330678>
24. Organização Mundial da Saúde. Gestão infodêmica da Rede de Informação da OMS para Epidemias [Internet]. [Citado em 14 de junho de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/risk-communication/infodemic-management>
25. Organização Mundial da Saúde. Vigilância de saúde pública para a COVID-19: orientação provisória, 16 de dezembro de 2020 [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337897>
26. Organização Mundial da Saúde. Considerações na investigação de casos e clusters de COVID-19: orientação provisória, 22 de outubro de 2020 [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336224>
27. Organização Mundial da Saúde. Recomendações aos Estados-Membros para melhorar as práticas de higiene das mãos para ajudar a prevenir a transmissão do vírus COVID-19: orientação provisória, 1º de abril de 2020 [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331661>
28. Organização Mundial da Saúde. Principais recomendações de planejamento para reuniões em massa no contexto do surto atual de COVID-19 (orientação provisória), 14 de fevereiro de 2020 [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331004>
29. Organização Mundial da Saúde. Considerações sobre as medidas de saúde pública relacionadas a escolas no contexto da COVID-19: anexo às considerações sobre o ajuste das medidas de saúde pública e sociais no contexto da COVID-19, 14 de maio de 2020 [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332079>
30. Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Considerações sobre as medidas de saúde pública relacionadas a escolas no contexto da COVID-19: anexo às considerações sobre o ajuste das medidas de saúde pública e sociais no contexto da COVID-19, 14 de setembro de 2020 [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334294>
31. Organização Mundial da Saúde. Como preparar seu local de trabalho para a COVID-19: Como a COVID-19 se espalha, 19 de março de 2020 [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331584>
32. Organização Mundial da Saúde. Orientações para prevenção e controle de infecção em instituições de longa permanência no contexto da COVID-19: orientação provisória, 8 de janeiro de 2021 [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338481>
33. Organização Mundial da Saúde. Rastreamento de contatos no contexto da COVID-19: orientação provisória, 1º de fevereiro de 2021 [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/339128>
34. Organização Mundial da Saúde. Certificados/Passaportes de Vacinação COVID-19 e Suspensão de Medidas Sociais e de Saúde Pública – Principais Questões Éticas. Próximo em 2021.

35. Hansen CH, Michlmayr D, Gubbels SM, Mølbak K, Ethelberg S. Assessment of protection against reinfection with SARS-CoV-2 among 4 million PCR-tested individuals in Denmark in 2020: a population-level observational study. *The Lancet*. 27 de março de 2021;397(10280):1204-12.
36. Lumley SF, O'Donnell D, Stoesser NE, Matthews PC, Howarth A, Hatch SB, et al. Antibody Status and Incidence of SARS-CoV-2 Infection in Health Care Workers. *New England Journal of Medicine*. 11 de fevereiro de 2021; 384(6):533-40.
37. Abu-Raddad LJ, Chemaitelly H, Malek JA, Ahmed AA, Mohamoud YA, Younuskunju S, et al. Assessment of the risk of SARS-CoV-2 reinfection in an intense re-exposure setting. *Clin Infect Dis*. 14 de dezembro de 2020;
38. Centro Europeu para Prevenção e Controle de Doenças. Risco de transmissão de SARS-CoV-2 de indivíduos recém-infectados com infecção ou vacinação prévia documentada [Internet]. Centro Europeu para Prevenção e Controle de Doenças. 2021 [citado em 8 de abril de 2021]. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/sars-cov-2-transmission-newly-infected-individuals-previous-infection>
39. Guthmiller JJ, Stovicek O, Wang J, Changrob S, Li L, Halfmann P, et al. SARS-CoV-2 Infection Severity Is Linked to Superior Humoral Immunity against the Spike. *mBio* [Internet]. 23 de fevereiro de 2021 [citado em 8 de abril de 2021];12(1). Disponível em: <https://mbio.asm.org/content/12/1/e02940-20>
40. Wajnberg A, Mansour M, Leven E, Bouvier NM, Patel G, Firpo-Betancourt A, et al. Humoral response and PCR positivity in patients with COVID-19 in the New York City region, USA: an observational study. *The Lancet Microbe*. 1º de novembro de 2020; 1(7): e283-9.
41. Edridge AWD, Kaczorowska J, Hoste ACR, Bakker M, Klein M, Loens K, et al. Seasonal coronavirus protective immunity is short-lasting. *Nature Medicine*. 2020 Nov;26(11):1691–3.
42. Dan JM, Mateus J, Kato Y, Hastie KM, Yu ED, Faliti CE, et al. Immunological memory to SARS-CoV-2 assessed for up to 8 months after infection. *Science* [Internet]. 5 de fevereiro de 2021 [citado em 8 de abril de 2021]; 371 (6529). Disponível em: <https://science.sciencemag.org/content/371/6529/eabf4063>
43. Adrielle dos Santos L, Filho PG de G, Silva AMF, Santos JVG, Santos DS, Aquino MM, et al. Recurrent COVID-19 including evidence of reinfection and enhanced severity in thirty Brazilian healthcare workers. *Journal of Infection*. 1º de março de 2021;82(3):399-406.
44. Organização Mundial da Saúde. Documento de referência da vacina Janssen Ad26.COV2.S (COVID-19): documento de referência das recomendações provisórias da OMS para uso da vacina Ad26.COV2.S (COVID-19), 17 de março de 2021 [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340180>
45. Organização Mundial da Saúde. Documento de referência sobre a vacina de mRNA BNT162b2 (Pfizer-BioNTech) contra COVID-19: documento de referência para as recomendações provisórias da OMS para o uso da vacina da Pfizer – BioNTech contra COVID-19, BNT162b2, na lista de uso de emergência, 14 de janeiro de 2021 [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338671>
46. Organização Mundial da Saúde. Documento de referência sobre a vacina AZD1222 contra COVID-19 desenvolvida pela Oxford University e AstraZeneca: documento de referência para as recomendações provisórias da OMS para o uso da vacina AZD1222 (ChAdOx1-S [recombinante]) contra COVID-19 desenvolvida pela Oxford University e AstraZeneca, 1º de março de 2021 [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/339882>
47. Comitê Consultivo de Vacinas e Produtos Biológicos Correlatos 17/12/2020 Edital de Reunião - 17/12/2020 - 17/12/2020 [Internet]. FDA. 2021 [citado em 8 de abril de 2021]. Disponível em: <https://www.fda.gov/advisory-committees/advisory-committee-calendar/vaccines-and-related-biological-products-advisory-committee-december-17-2020-meeting-announcement>
48. Centro Europeu para Prevenção e Controle de Doenças. Orientação provisória sobre os benefícios da vacinação completa contra COVID-19 para transmissão e implicações para intervenções não farmacêuticas [Internet]. Centro Europeu para Prevenção e Controle de Doenças. 2021 [citado em 3 de maio de 2021]. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/interim-guidance-benefits-full-vaccination-against-covid-19-transmission>
49. Widge AT, Roupheal NG, Jackson LA, Anderson EJ, Roberts PC, Makhene M, et al. Durability of Responses after SARS-CoV-2 mRNA-1273 Vaccination. *New England Journal of Medicine*. 2021 Jan 7;384(1):80–2.

50. Leshem E, Lopman BA. Population immunity and vaccine protection against infection. *The Lancet* [Internet]. 23 de abril de 2021 [citado em 3 de maio de 2021]; 0(0). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00870-9/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00870-9/abstract)
51. Harris RJ, Hall JA, Zaidi A, Andrews NJ, Dunbar JK. Impact of vaccination on household transmission of SARS-COV-2 in England. Preprint. [Internet]. Disponível em: <https://khub.net/documents/135939561/390853656/Impact+of+vaccination+on+household+transmission+of+SARS-COV-2+in+England.pdf/35bf4bb1-6ade-d3eb-a39e-9c9b25a8122a>
52. V Shah AS, Gribben C, Bishop J, Hanlon P, Caldwell D, Wood R, et al. Effect of vaccination on transmission of COVID-19: an observational study in healthcare workers and their households. medRxiv. 1º de janeiro de 2021; 2021.03.11.21253275.
53. COVID-19 dynamics after a national immunization program in Israel | *Nature Medicine* [Internet]. [Citado em 3 de maio de 2021]. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41591-021-01337-2>
54. Victora C, Castro MC, Gurzenda S, Barros AJD. Estimating the early impact of immunization against COVID-19 on deaths among elderly people in Brazil: analyses of secondary data on vaccine coverage and mortality. medRxiv. 1º de janeiro de 2021; 2021.04.27.21256187.
55. Garcia-Beltran WF, Lam EC, St. Denis K, Nitido AD, Garcia ZH, Hauser BM, et al. Multiple SARS-CoV-2 variants escape neutralization by vaccine-induced humoral immunity. *Cell*. 29 de abril de 2021; 184 (9): 2372-2383.e9.
56. Madhi SA, Baillie V, Cutland CL, Voysey M, Koen AL, Fairlie L, et al. Efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 Covid-19 Vaccine against the B.1.351 Variant. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 16 de março de 2021 [citado em 3 de maio de 2021]. Disponível a partir de: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2102214>
57. Organização Mundial da Saúde. Uso de máscaras no contexto da COVID-19: orientação provisória, 1º de dezembro de 2020 [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337199>
58. Organização Mundial da Saúde. Declaração proferida na sétima reunião do Comitê de Emergência do Regulamento Sanitário Internacional (2005) em relação à pandemia da doença causada pelo coronavírus (COVID-19) [Internet]. [Citado em 7 de maio de 2021]. Disponível em: [https://www.who.int/news/item/19-04-2021-statement-on-the-seventh-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/19-04-2021-statement-on-the-seventh-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic)

Anexo

Critérios de saúde pública para ajuste das medidas sociais e de saúde pública no contexto da COVID-19

Introdução

Em resposta à pandemia da COVID-19, vários países no mundo inteiro implementaram medidas sociais e de saúde pública (PHSM) para o controle da transmissão do SARS-CoV-2. À medida que há mudanças na epidemiologia local da doença, são lançadas vacinas e surgem novas variantes de preocupação (VOCs), tornando-se necessário um ajuste regular dessas medidas.

Este anexo atualiza o anexo de *Ações essenciais de preparação, prontidão e resposta à COVID-19* publicado em 4 de novembro de 2020 e descreve um processo de tomada de decisão sobre a adaptação de PHSMs à situação epidemiológica, levando em consideração as capacidades de vigilância e testagem, a cobertura de vacinação na população-alvo e a capacidade de resposta do sistema de saúde. Deve ser lido em conjunto com o corpo principal deste documento e as orientações provisórias anteriores.

Este anexo é destinado às divisões de saúde pública de autoridades nacionais e subnacionais em locais que introduziram PHSMs e estão levando em conta seu ajuste. As orientações são restritas ao domínio da saúde pública. Outros documentos publicados pela OMS abordam diferentes considerações que devem entrar na tomada de decisão sobre a introdução ou relaxamento das PHSM, incluindo o bem-estar da população.

Como usar a orientação deste anexo

Os critérios de saúde pública deste anexo estão agrupados em duas dimensões que devem ser avaliadas para abordar duas questões principais:

1. **Situação epidemiológica/Classificação da transmissão** – A epidemia está controlada?
2. **Capacidade e desempenho do sistema de saúde e dos serviços públicos de saúde** – O sistema de saúde é capaz de detectar e lidar com os casos de COVID-19 enquanto mantém outros serviços de saúde essenciais?

Essas duas dimensões devem ser levadas em consideração no contexto da estratégia de resposta nacional à COVID-19. Os limites para ação podem depender da estratégia geral do país e da busca de uma estratégia de eliminação ou controle.

Os critérios não são prescritivos e a avaliação de alguns deles pode não ser viável, por falta de dados, por exemplo. Os países devem focar nos critérios mais relevantes para orientar a tomada de decisão. Em países com dados de vigilância limitados, os dados de cobertura da vacinação nos grupos-alvo podem ajudar a orientar as decisões sobre as PHSM, juntamente com indicadores de vigilância sentinela das unidades de saúde ou da ocupação de leitos. Os limiares são indicativos e podem ter que ser revisados à medida que mais informações sobre a epidemiologia da COVID-19 e o impacto das medidas se tornarem disponíveis. Recomenda-se avaliar sistematicamente esses critérios pelo menos quinzenalmente no nível administrativo operacional subnacional mais baixo que seja prático para orientar respostas locais personalizadas.

Este anexo também inclui uma terceira seção que apresenta matrizes de risco para orientar medidas individualizadas de saúde pública.

1. Situação epidemiológica/classificação da transmissão

Podem ser usadas categorias de classificação da transmissão para determinar até que ponto a epidemia pode ser considerada controlada dentro de cada país/área e em níveis subnacionais. As categorias de transmissão de um país, se publicadas, também serão úteis para outros ao se cogitar o ajuste de políticas sobre comércio e viagens.

Definição da classificação da transmissão

Foi mantida a classificação de transmissão desenvolvida nas últimas orientações, com sete categorias, conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1 do anexo: Definição das categorias de classificação da transmissão

Nome da categoria	Definição <i>Países/territórios/áreas com:</i>
Nenhum caso (ativo)	Nenhum caso novo detectado por pelo menos 28 dias (duas vezes o período máximo de incubação), na presença de um sistema de vigilância robusto. Isso implica um risco quase zero de infecção para a população em geral.
Casos importados/espórâdicos	Os casos detectados nos últimos 14 dias são todos importados, esporâdicos (por exemplo, adquiridos em laboratório ou zoonóticos) ou estão todos ligados a casos importados/espórâdicos, e não há sinais claros de transmissão adicional adquirida localmente. Isso implica risco mínimo de infecção para a população em geral.
Clusters de casos	Os casos detectados nos últimos 14 dias são predominantemente limitados a clusters bem definidos que não estão diretamente ligados a casos importados, mas que estão todos ligados por tempo, localização geográfica e exposições comuns. Presume-se que haja vários casos não identificados na área. Isso implica risco de infecção para outras pessoas na comunidade em geral, se a exposição a esses clusters for evitada.
Transmissão comunitária – nível 1 (TC1)	Baixa incidência de casos amplamente dispersos adquiridos localmente, detectados nos últimos 14 dias, com muitos casos não associados a clusters específicos; a transmissão pode estar concentrada em certos subgrupos da população. Baixo risco de infecção para a população em geral.
Transmissão comunitária – nível 2 (TC2)	Incidência moderada de casos amplamente dispersos adquiridos localmente detectados nos últimos 14 dias; transmissão menos claramente concentrada em certos subgrupos da população. Risco moderado de infecção para a população em geral.
Transmissão comunitária – nível 3 (TC3)	Alta incidência de casos amplamente dispersos adquiridos localmente nos últimos 14 dias; transmissão disseminada não concentrada em subgrupos da população. Alto risco de infecção para a população em geral.
Transmissão comunitária – nível 4 (TC4)	Incidência muito alta de casos amplamente dispersos adquiridos localmente nos últimos 14 dias. Risco de infecção muito alto para a população em geral.

* Observe que em locais nos quais a vigilância da COVID-19 não é robusta, a falta de casos identificados não deve ser interpretada como ausência de transmissão; devem ser examinados indicadores alternativos (ver Tabela 5) para avaliar a possibilidade de casos de COVID-19 não detectados.

Indicadores primários para avaliar o nível de transmissão comunitária

Quatro indicadores primários para determinar a transmissão comunitária são propostos na Tabela 2. Eles se baseiam em dados que devem ser coletados rotineiramente durante a pandemia. A importância relativa de cada indicador disponível vai variar de acordo com o contexto local (por exemplo, a confiabilidade dos dados para cada indicador); e devem ser levadas em consideração as limitações descritas para interpretar cada indicador. Os indicadores devem ser medidos no nível administrativo de operações mais baixo possível para orientar as intervenções de saúde pública direcionadas. Para desenvolver a classificação da transmissão de um nível administrativo superior, deve ser realizada uma análise separada usando indicadores daquele nível, em vez de tentar agregar as classificações de transmissão de níveis inferiores.

Esses indicadores devem ser usados juntamente com outras informações epidemiológicas disponíveis rotineiramente ou por meio de estudos especiais ou estimativas de modelagem, bem como dados não epidemiológicos e outras considerações, para orientar as decisões estratégicas e operacionais.

Recomenda-se que esses indicadores sejam avaliados quinzenalmente, adotando-se a definição de semana epidemiológica utilizada no país.

Os intervalos para os quatro indicadores da Tabela 2 foram desenvolvidos por meio de uma revisão dos dados existentes. Eles podem ser usados para orientar a aplicação da classificação da transmissão em níveis subnacionais. Esses intervalos são indicativos e podem exigir ajustes aos contextos locais e com base no desempenho (por exemplo, sensibilidade, representatividade) do sistema de vigilância local e da estratégia de testes, devendo ser revisados periodicamente. Deve-se ter cuidado ao interpretar as mudanças nos indicadores que ocorrem no contexto de mudanças no sistema de vigilância (por exemplo, aumento na taxa de testes ou mudança na população sob vigilância). Observe que alguns indicadores (por exemplo, incidência geral) podem ser mais elevados na presença de clusters muito grandes, como no caso de eventos de superespalhamento, do que durante a transmissão comunitária.

É útil monitorar a taxa de testes como uma medida da cobertura da vigilância. A taxa mínima recomendada é de pelo menos uma pessoa testada por 1.000 habitantes por semana. Os testes não devem ser limitados a populações específicas (por exemplo, apenas aqueles realizados em locais urbanos com alto acesso a testes, ou em viajantes). Os dados do denominador devem estar disponíveis no nível de desagregação que estiver sendo avaliado (por exemplo, distrito, província). Algumas autoridades podem optar por rastrear especificamente esses indicadores nos grupos de indivíduos com maior risco de doença grave e morte.

Depois que todos os indicadores disponíveis forem calculados, se os níveis calculados com base em cada indicador forem diferentes, deve ser realizada uma revisão qualitativa para determinar a classificação final da transmissão. Recomenda-se que, se os dados não estiverem disponíveis (ou não forem confiáveis) para todos os indicadores, mais peso deve ser dado aos indicadores considerados mais confiáveis no contexto local. Em muitos casos, os indicadores listados na parte de cima da Tabela 2 podem ser mais confiáveis do que aqueles que se encontram na parte de baixo da tabela.

Em locais em que os valores dos indicadores não forem confiáveis, mas o sistema for estável, podem ser usadas as tendências como uma avaliação alternativa. Um exemplo seria uma situação em que haja uma taxa de testes muito baixa e muitos casos provavelmente são perdidos, mas a estratégia de teste não é alterada.

Tabela 2 do anexo: Indicadores epidemiológicos primários e intervalos propostos para avaliar o nível de transmissão da COVID-19

Domínio	Indicador	Descrição/Justificativa	Principais limitações	Nível de transmissão comunitária			
				TC 1	TC 2	CT 3	TC 4
Taxa de hospitalização	Novas hospitalizações por COVID-19 por 100.000 habitantes por semana*	Um subconjunto de todos os casos incidentes que exigem hospitalização; portanto, este é um indicador indireto de incidência. É improvável que esteja sujeito a alterações/diferenças na política de vigilância.	Pode ser influenciado pela política de hospitalização, por exemplo, mesmo que os casos leves sejam hospitalizados para fins de isolamento. Medida tardia de incidência.	< 5	5 - <10	10 - <30	30+
Mortalidade	Número de mortes atribuídas à COVID-19 por 100.000 habitantes por semana*	Um subconjunto de todos os casos incidentes que são fatais e, portanto, este é um indicador indireto de incidência. Minimamente influenciado pela política de vigilância se a testagem for abrangente.	Medida tardia de incidência. Em níveis baixos e em pequenas regiões geográficas, pode ser sensível a pequenas flutuações (por exemplo, uma <i>versus</i> duas mortes).	< 1	1 - <2	2 - <5	5+
Incidência de casos	Novos casos confirmados por 100.000 habitantes por semana*	Medida direta de incidência	Fortemente influenciado pelo desempenho do sistema de vigilância, política de testes e capacidade laboratorial. Em níveis baixos e em pequenas regiões geográficas, pode ser sensível a pequenas flutuações na contagem de casos, principalmente devido à notificação de lote.	< 20	20 - < 50	50 - < 150	150+
Testagem	Taxa de positividade de testes por semana (não sentinela) *	Pode ser útil se houver locais-sentinela limitados. Pode captar melhor os casos atípicos do que a vigilância sentinela.	Fortemente influenciado pela estratégia e capacidade de testagem.	< 2%	2% - < 5%	5% - < 20%	20%+

*Cogite calcular a média de um período de duas semanas para minimizar o efeito das flutuações aleatórias. Observação: os limites desta tabela podem ser atualizados à medida que dados adicionais se tornarem disponíveis.

Outros indicadores

Outros indicadores que podem fornecer evidências adicionais para ajudar a classificar o nível de transmissão estão listados na Tabela 3. Esses indicadores podem não estar prontamente disponíveis no nível administrativo de operações mais baixo. Eles são, portanto, considerados secundários em relação aos quatro indicadores primários listados na Tabela 2. Além disso, podem não refletir diretamente a transmissão ou a força da infecção pelo SARS-CoV-2 ou podem ser mais difíceis de interpretar e comparar do que os listados na Tabela 2. Não são apresentados limites para os indicadores secundários, devido à falta de dados disponíveis, à alta variabilidade local ou a ambos.

Como último recurso, quando nenhum valor de indicador estiver disponível, pode ser usada uma avaliação subjetiva, mas isso deve ser feito ao longo de várias semanas para evitar influências de observações transitórias ou anedóticas.

Tabela 3 do anexo: Indicadores epidemiológicos adicionais para avaliar o nível de transmissão comunitária da COVID-19 *

Indicador	Descrição/Limitações
Ocupação proporcional das unidades de terapia intensiva (UTI)	A proporção de novas admissões em UTI atribuídas à COVID-19, de todas as admissões em UTI para o mesmo período (alternativamente, proporção de leitos de UTI atuais ocupados por pacientes com COVID-19, de todos os leitos de UTI ocupados)
Número de reprodução instantânea (Rt)	O número de reprodução instantânea é o número médio de casos secundários que cada caso atual produziria se as condições permanecessem as mesmas. O Rt deve ser estimado em janelas de tempo semanais sucessivas e deve ser levado em consideração em combinação com o número de casos em um determinado momento. Quando há um grande volume de casos em um determinado momento, um Rt próximo a 1,0 sustentaria um alto número de casos. Embora esse seja um indicador de transmissibilidade amplamente utilizado, exige familiaridade com os vários métodos de cálculo e dados suficientemente confiáveis e oportunos sobre a incidência. Também presume que se conheça a distribuição do intervalo serial, o que pode, na prática, ser difícil de estimar para a COVID-19 devido aos dados limitados nas cadeias de transmissão.
Taxa de crescimento diário	A taxa de crescimento diário mede o crescimento ou declínio epidêmico de uma epidemia. É aproximadamente a porcentagem de aumento/diminuição na incidência diária de casos.
Tempo de duplicação	Número de dias necessários para que a incidência diária dobre. É determinado diretamente pela taxa de crescimento diária r e está vinculado ao Rt e à distribuição do intervalo serial. Se todo o restante for igual, um Rt mais alto resultará em tempos de duplicação mais curtos.
Proporção de casos não vinculados entre os casos novos	É definida como a proporção de casos não listados anteriormente como contatos (alternativamente, a proporção não vinculada a clusters/cadeias de transmissão conhecidas). É uma medida da propagação na comunidade além dos clusters conhecidos. É fortemente influenciada pela investigação de casos e pela capacidade de rastreamento de contatos.
Proporção de positividade do teste de locais sentinela em média ao longo de um período de duas semanas	Influenciado minimamente pela estratégia ou capacidade de testes. Pode fornecer uma maneira adequada e padronizada de monitorar a evolução ao longo do tempo se for coletado um número adequado de amostras e os locais forem geograficamente representativos. Pode não ser representativo da população em geral se houver apenas um número limitado de locais sentinela.
Tendência de síndrome gripais (SG) ou síndromes respiratórias agudas graves (SRAG)	Não é um indicativo direto de casos de COVID-19, mas a vigilância sentinela para ILI e SARI também pode captar uma proporção de casos de COVID-19, sendo, portanto, útil para monitorar tendências de COVID-19. Essa medida pode ser útil nos lugares em que a vigilância específica da COVID-19 não for robusta.
Taxas de ataque secundário (SAR)	Capta a probabilidade de que um contato seja infectado após a exposição a um caso confirmado durante o período infeccioso. A comparação das taxas de ataque secundário em diferentes contextos (por exemplo, indivíduos vacinados versus não vacinados, diferentes tipos de exposição, diferentes variantes) pode lançar luz sobre os fatores de risco para o aumento da transmissão.
Tendência da taxa de hospitalização por todas as causas	Não é um indicativo direto de hospitalizações por COVID-19, mas, nos lugares em que os casos de COVID-19 representam uma proporção substancial das hospitalizações, pode ser útil para identificar tendências nos casos de COVID-19. Essas taxas podem diminuir devido à oferta restrita de serviços e outras medidas de saúde pública. As tendências devem ser analisadas no contexto de outras possíveis causas de mudanças nas taxas de hospitalização (por exemplo, circulação concomitante de gripe). Essas tendências podem ser úteis nos lugares em que a vigilância específica da COVID-19 não seja robusta.

Indicador	Descrição/Limitações
Tendência da mortalidade por todas as causas (excesso)	Essa medida não é um indicativo direto de casos/óbitos de COVID-19, mas nos lugares em que os óbitos por COVID-19 representam uma proporção substancial do total de óbitos, pode ser útil para identificar tendências nos casos de COVID-19. As tendências devem ser analisadas no contexto de outras possíveis causas de mudanças nas taxas de mortalidade (por exemplo, circulação concomitante de gripe) e idealmente comparadas com os dados basais de mortalidade para identificar flutuações em excesso acima do esperado (por exemplo, sazonal). Embora esse seja um indicador de transmissão amplamente usado, exige consideração cuidadosa dos vieses inerentes aos métodos de estimativa de mortalidade. ³ Também pode ser um indicador tardio, dependendo dos processos do sistema de registros vitais e de óbitos. Essas tendências podem ser úteis nos lugares em que a vigilância específica da COVID-19 não seja robusta.
Adoção cumulativa de vacinação (por primeira dose ou totalmente vacinados)	Definida como a proporção de indivíduos que receberam a) a primeira dose, ou b) a série completa recomendada de qualquer vacina contra COVID-19, como porcentagens da população total de um país ou área. A adoção cumulativa da vacinação pode fornecer uma indicação útil da cobertura populacional [†] , especialmente a curto prazo. Em períodos de tempo mais longos, o uso de dados de adoção para inferir a cobertura vacinal também precisa levar em consideração as mudanças no denominador populacional (inclusive por faixa etária), especialmente a mortalidade entre os grupos-alvo. Os dados de adoção e cobertura podem fornecer uma indicação da proteção da população contra a doença da COVID-19 durante os meses após a vacinação. Atualmente, não se sabe se essa proteção pode diminuir em intervalos de tempo mais longos ou se novas variantes de vírus podem afetar a eficácia e efetividade da vacina. Estão sendo avaliadas evidências sobre o papel da vacinação na prevenção da infecção e da transmissão.

* Esta lista não deve ser considerada completa. † Para obter mais informações sobre adoção, taxa e cobertura da vacinação contra COVID-19, ver *Monitoramento da vacinação contra COVID-19*, página 5.⁴

Tendências na transmissão

Além de calcular a categoria de classificação da transmissão, também é importante entender a direção das tendências dos indicadores contribuidores (estável, decrescente ou crescente) ao longo de várias semanas. Isso pode ajudar a determinar se as medidas implementadas estão melhorando a situação epidemiológica na área e a planejar mudanças futuras, ou colocar em prática mudanças antecipatórias nas medidas de saúde pública com base em uma provável mudança na classificação da transmissão.

2. Capacidade e desempenho dos serviços de saúde e saúde pública

A capacidade de resposta à situação epidemiológica da COVID-19 existente (ou seja, a classificação da transmissão) é uma consideração-chave na decisão de adaptar as PHSM. Os cuidados clínicos e os serviços de saúde pública são dois domínios principais que refletem a capacidade de um país de se adaptar e responder aos requisitos tanto do número de casos de COVID-19 como da carga da doença em geral. É necessária uma capacidade de atendimento clínico suficiente para tratar casos de COVID-19 em pacientes internados e ambulatoriais, garantindo que o sistema de saúde não fique sobrecarregado e possa continuar a tratar o número de casos regulares de pacientes com outras doenças, especialmente durante picos sazonais, como a temporada de gripe, e em momentos de aumentos rápidos ou grandes na transmissão do SARS-CoV-2. A resposta da saúde pública depende da capacidade do sistema de vigilância de detectar e responder às mudanças na transmissão do SARS-CoV-2 e se concentra nas principais atividades, incluindo detecção de casos, testes diagnósticos e rastreamento de contatos. Cada um dos dois domínios (serviços de saúde e saúde pública) é dividido em dois subdomínios principais, a saber, capacidade (indicadores de produção) e desempenho (indicadores de desfecho e impacto).

Embora esta seção não pretenda ser excessivamente prescritiva, ela fornece limites quantitativos (Tabela 4) para classificar a capacidade de resposta e desempenho em três categorias: adequado, moderado e limitado. É importante

observar que a capacidade precisa ser avaliada no contexto da classificação da transmissão atual. Uma capacidade de resposta considerada adequada pode, em uma situação de maior incidência, ser reduzida para moderada ou limitada.

Avaliação do nível geral de capacidade e desempenho do sistema de saúde e dos serviços de saúde pública

Para avaliar o nível geral de capacidade e desempenho do sistema de saúde e dos serviços públicos de saúde, as autoridades devem usar a mesma abordagem descrita para a classificação da transmissão. Isso inclui:

- priorizar os indicadores que estão disponíveis e confiáveis e ajustar os limites aos contextos locais e à confiabilidade dos dados;
- interpretar as mudanças nos indicadores no contexto das mudanças nos mecanismos de coleta de dados;
- realizar uma revisão qualitativa para determinar o nível final de capacidade do sistema de saúde, se os níveis calculados com base em cada indicador forem diferentes;
- usar tendências em vez de limites quantitativos nos lugares em que os dados não forem confiáveis, mas os denominadores forem estáveis;
- usar a avaliação subjetiva como último recurso se não houver dados disponíveis;
- observar as tendências nos indicadores para antecipar mudanças futuras no nível de capacidade e desempenho do sistema de saúde e dos serviços de saúde pública.

Indicadores adicionais que podem ser usados para triangulação são fornecidos na Tabela 5. As avaliações devem ser atualizadas quinzenalmente.

Tabela 4 do anexo: Indicadores primários e intervalos propostos para avaliar o nível de capacidade e desempenho do sistema de saúde e dos serviços de saúde pública para a COVID-19

Domínio	Indicador	Descrição	Principais limitações	Capacidade de resposta		
				Adequada	Moderada	Limitada
Capacidade de atendimento clínico	Proporção de leitos hospitalares ocupados	Alta morbidade e mortalidade ocorrerão se houver capacidade insuficiente para internar casos graves. Devem ser contadas todas as hospitalizações, não apenas de COVID-19	Pode ser influenciada pela política de hospitalização (por exemplo, se todos os casos forem isolados em hospital), o que não indica uma verdadeira saturação da capacidade hospitalar.	<75% [†]	75-<90% [†]	90%+ [†]
Desempenho do atendimento clínico	Taxa de letalidade (ou seja, desfecho conhecido) de casos hospitalizados resolvidos	Indicador de impacto geral do tratamento adequado para COVID-19.	Altamente dependente da idade e de vários vieses. ³ Deve levar em consideração qualquer mudança na detecção de casos ou na estratégia de testagem.	Tendência decrescente	Tendência estável	Tendência crescente

Capacidade de resposta de saúde pública	Número de pessoas testadas por 1.000 habitantes por semana, em média durante um período de duas semanas	Sem testes suficientes, é difícil isolar e tratar adequadamente os casos.	Nem todos os laboratórios são capazes de notificar os indivíduos testados; se possível, pode-se contar o número de testes novos em vez das repetições; caso contrário, pode-se contar o número de testes, mas isso pode ser enganoso devido à repetição dos testes. Os laboratórios que não relatam a localização dos casos podem mascarar as disparidades nos testes (por exemplo, entre as populações não urbanas). Se estiverem sendo usados testes de diagnóstico rápido, eles devem ser realizados de acordo com as orientações, e os limites podem precisar ser aumentados.	4+	1 - < 4	< 1
Desempenho da resposta de saúde pública	Proporção de casos para os quais uma investigação foi conduzida dentro de 24 horas após a identificação	Indica a capacidade de identificação dos riscos de transmissão e dos contatos expostos. Quando a investigação não for registrada diretamente, pode ser medida pelo indicador substituto – proporção de casos com contatos listados.	Pode ser difícil obter dados oportunos.	80%+	60 - <80%	<60%
Desempenho da resposta de saúde pública	Apoio/adesão a PHSMs (pode ser subdividido em medidas de proteção pessoal versus outras medidas)	Avaliação qualitativa baseada em observação, monitoramento de mídia, pesquisas de percepção ou comportamento, linhas diretas, grupos de enfoque, etc. A análise, incluindo a previsão da efetividade das PHSM a ser considerada, é importante identificar não apenas a situação atual, mas quaisquer barreiras ou facilitadores para a melhoria.	Pode ser altamente variável entre subgrupos e entre PHSMs individuais e ao longo do tempo.	Alto (adesão quase universal à maioria das PHSMs).	Moderado (adesão modesta à maioria das PHSMs, ou adesão variável em todas as PHSMs).	B a i x o (adesão mínima à maioria das PHSMs).

† A ocupação do hospital normalmente varia consideravelmente entre os países e sistemas de saúde. Portanto, deve ser levada em consideração a ocupação basal (pré-COVID-19).

** Uma taxa de ocupação hospitalar significativamente baixa também pode indicar barreiras ao acesso aos cuidados hospitalares, exigindo investigação das causas e ações corretivas a serem tomadas. Em situações de transmissão comunitária, a baixa utilização hospitalar pode indicar um grande número de mortes na comunidade, o que potencialmente não seria captado em relatórios de mortalidade baseados em estabelecimentos.

Tabela 5 do anexo: Indicadores adicionais para avaliar o nível de capacidade e desempenho do sistema de saúde e dos serviços de saúde pública para COVID-19*

Indicador	Descrição/Limitações
Número de funcionários de UTI treinados por 10.000 habitantes	Indica capacidade clínica suficiente para responder aos casos que têm maior probabilidade de levar à mortalidade. Este indicador pode ser mais relevante quando medido em relação a uma população de pessoas clinicamente vulneráveis, se houver dados disponíveis. Este indicador é difícil de ser medido. É uma medida necessária, mas insuficiente da capacidade de fornecer cuidados intensivos.
Número de leitos de UTI por 10.000 habitantes clinicamente vulneráveis ⁱ	A mortalidade por COVID-19 será maior se for excedida a capacidade para cuidados intensivos. A contagem estrita do número de leitos de UTI não garante um atendimento bem-sucedido se houver profissionais, equipamentos ou suprimentos inadequados.
Proporção de leitos de UTI ocupados	Este indicador avalia capacidade clínica suficiente para responder aos casos com maior probabilidade de resultar em mortalidade. Pode não ser útil em países com poucos leitos de UTI (pode ser substituído pela proporção de leitos hospitalares ocupados +/- oxigênio nessas situações). Se este indicador for muito baixo, a capacidade geral do sistema de saúde deve ser considerada limitada, independentemente dos níveis adequados de outros indicadores de capacidade.
Proporção de leitos ocupados com acesso a suprimento de oxigênio	O oxigênio é um tratamento importante para a COVID-19, e uma capacidade suficiente de fornecimento de oxigênio pode ser útil mesmo na ausência de capacidade de UTI. Este indicador pode ser difícil de medir e pode não ser útil em países com capacidade muito baixa.
Taxa bruta de letalidade por COVID-19	É um indicador do impacto geral do tratamento adequado para COVID-19. É altamente dependente da idade, de outros fatores de risco e de vários vieses de notificação. ³ A análise de tendências deve considerar quaisquer mudanças na detecção de casos ou na estratégia de testes. Os países são aconselhados a coletar informações adicionais sobre a idade, uma vez que essa medida será fortemente afetada pela estrutura etária da população.
Número de rastreadores de contatos por 100.000 habitantes [alternativamente por número de casos novos em uma semana]	Indica a capacidade de realização suficiente de rastreamento de contatos para interromper a transmissão. É um indicador de insumos que pode não se correlacionar bem com os desfechos reais do rastreamento de contatos. Há uma base de evidências mínima para determinar os limites. Pode ser difícil de medir com precisão quando o rastreamento de contatos for feito por pessoas que não sejam “rastreadores de contatos” formalmente designados.
Número de pontos de oficiais de vigilância de entrada por 100.000 viajantes diários	É uma medida da capacidade de mitigação bem-sucedida do risco de importação. É um indicador fraco da capacidade doméstica interna real; é minimamente relevante durante a transmissão comunitária generalizada; e pode ser alcançado quando os recursos humanos são inadequadamente desviados do uso doméstico interno.
Proporção de casos recentemente confirmados ou prováveis entrevistados para levantamento de contatos dentro de 24 horas da identificação	Este indicador mede a compilação em tempo hábil da lista de contatos, o que reduz a exposição a pessoas possivelmente infectadas. Uma métrica melhor da compilação em tempo hábil da lista de contatos é a proporção real de contatos identificados e rastreados/colocados em quarentena em 48 horas.
Proporção de contatos de casos novos que são monitorados por 14 dias (ou por um período de tempo especificado localmente)	Indica que os contatos são monitorados até que não corram mais o risco de se tornarem casos secundários (vinculados a um caso de origem específico). Este indicador pode ser particularmente importante para a avaliação do desempenho do sistema de saúde pública nas situações de transmissão importada/espórádica e clusters. Pode ser inflado de forma espúria por uma lista de contatos malfeita
Proporção de casos identificados isolados dentro de 24 horas de um resultado positivo de teste (ou da determinação como caso provável)	Indica que a investigação e o isolamento de casos são suficientemente rápidos para minimizar a geração de casos secundários. Este indicador pode ser particularmente importante para a avaliação do desempenho do sistema de saúde pública nas situações de transmissão importada/espórádica e clusters.
Tempo desde o início dos sintomas até a confirmação do caso	Mede a capacidade do sistema de vigilância de detectar, testar e confirmar prontamente os casos sintomáticos. Os componentes individuais (isto é, o tempo desde o início dos sintomas até a detecção, da detecção até o teste e o tempo de resposta do teste) também podem ser medidos de forma independente.
Proporção de casos decorrentes de listas de contatos	Descreve até que ponto os casos novos já são captados e conhecidos pelo sistema de vigilância por meio de uma investigação de casos adequada. Quando for baixa, sugere a existência generalizada de cadeias de transmissão “ocultas” e/ou investigação de casos de baixa qualidade.
Número e proporção de amostras sequenciadas	Sempre que os recursos permitirem, os laboratórios podem considerar o sequenciamento genômico de amostras sentinela positivas para SARS-CoV-2 por PCR.

* Esta lista não deve ser considerada completa.

ⁱ O termo ‘clinicamente vulnerável’, neste contexto, refere-se a indivíduos com idade ≥ 60 anos e/ou comorbidades que aumentam o risco de doença COVID-19 grave, incluindo doenças cardíacas, asma e diabetes.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Ações críticas de preparação, prontidão e resposta para a COVID-19 [Internet]. [Citado em 3 de maio de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>
2. Megan O’Driscoll, Carole Harry, Christl A Donnelly, Anne Cori, Iaria Dorigatti, Uma análise comparativa de métodos estatísticos para estimar o número de reprodução em epidemias emergentes com implicações para a atual pandemia de COVID-19, Doenças Infecciosas Clínicas, 2020; ciaa1599, <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1599>
3. Organização Mundial da Saúde. Estimativa de mortalidade por COVID-19: informe científico, 4 de agosto de 2020 [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333642>
4. Organização Mundial de Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Monitoramento da vacinação COVID-19, considerações para a coleta e uso de dados de vacinação: orientação provisória, 3 de março de 2021 [Internet] Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/339993>
5. Centro Europeu para Prevenção e Controle de Doenças. Orientação provisória sobre os benefícios da vacinação completa contra COVID-19 para transmissão e implicações para intervenções não farmacêuticas [Internet]. Centro Europeu para Prevenção e Controle de Doenças. 2021 [citado em 3 de maio de 2021]. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/interim-guidance-benefits-full-vaccination-against-covid-19-transmission>

Agradecimentos

Este documento foi desenvolvido em consulta com os seguintes membros:

Grupo de consultoria estratégica e técnica para riscos infecciosos (STAG-IH): Juliet Bedford, Delia Enria, Johan Giesecke, David Heymann, Chikwe Ihekweazu, Gary Kobinger, Clifford Lane, Ziad Memish, Myoung-don Oh, Amadou Alpha Sall, Anne Schuchat, Kumnuan Ungchusak and Lothar Wieler

Grupo Consultivo Técnico em Epidemiologia: Gabriel Leung, Richard Hatchet, Neil Ferguson, Vernon Lee, David Heymann, Olivia Tulloch, Paul Fine, Ibrahim Abubakar, John Amuasi, Ximena Aguilera, A. Pillay, Marc Lipsitch, Nada Melhem

Da Organização Mundial da Saúde: Abdinasir Abubakar, Jennifer Addo, Maya Allan, Brett Archer, Lisa Askie, Sara Barragan Montes, Jessica Barry, David Bennitz, Richard John Brennan, Nilesh Buddh, Finlay Campbell, Ishata Nannie M. Conteh, Carmen Dolea, Ute Enderlein, Ann Fortin, Melinda Frost, Thomas Grein, Abdou Salam Gueye, Maung Maung Hitke, Yuka Jinnai, Masaya Kato, Mika Kawano, Maria van Kerkhove, Franciscus Konings, Abdi Rahman Mahamud, Emmanuel Onuche Musa, Pierre Nabeth, Patricia Ndumbi Ngamala, Nsenga Ngoy, Nam Phuong Nguyen, Dorit Nitzan, Babatunde Olowokure, Boris Pavlin, Ihor Perehinets, Emilie Peron, Olivier le Polain, Nataschja Ratanoprayul, Dalia Samhuri, Tanja Schmidt, Catherine Smallwood, Mary Stephen, Ambrose Talisuna, Jos Vandelaer, Katelijn Vandemaele, Ninglan Wang, Roland Kimbi Wango, Pushpa Wijesinghe and Zabulon Yoti.

Da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Escritório Regional da OMS nas Américas (AMRO): Sylvain Aldighieri, Roberta Andraghetti, Lionel Gresh, Ludovic Reveiz, Jairo Andres Mendez Rico, Ian Stein and Ciro Ugarte Casafranca.

O Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização (SAGE) da OMS, o Grupo de Trabalho do SAGE e o Grupo de Trabalho Internacional sobre Ética e COVID-19 da OMS também foram consultados para a atualização deste documento.

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

© **Organização Pan-Americana da Saúde 2021.**

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível sob a licença [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

Número de referência: OPAS-W/BRA/PHE/COVID-19/21-0063