

NOTA TÉCNICA SOBRE A IMPORTÂNCIA DAS MEDIDAS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL NO CONTEXTO ATUAL DA COVID-19 NO RIO DE JANEIROⁱ.

INTRODUÇÃO

É amplamente compreendido e consenso entre os especialistas nacionais e internacionais que, mesmo com medidas de distanciamento social, o Sars-Cov-2 continuará circulando, resultando no risco de aumento do número de casos e óbitos. Estudos recentes apontam que muitas pessoas ainda permanecerão suscetíveis à COVID-19, apesar das medidas bem-sucedidas de distanciamento social entre 8 e 12 semanas, que "achatam a curva" (mantendo a taxa de infecção baixa o suficiente para que os hospitais não sejam sobrecarregados), o que poderá implicar o ressurgimento da doença entre os suscetíveis, exigindo períodos intermitentes de distanciamento social adicionais até que a população desenvolva imunidade coletiva, seja por infecção ou por uma vacina. A depender do cenário, o ressurgimento pode perdurar entre dois ou quatro anos mais, demandando medidas de distanciamento social intermitentes.

1) CRITÉRIOS PARA A GESTÃO DE MEDIDAS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL

Para o conjunto de especialistas e tomadores de decisões com responsabilidade na proteção da vida e cuidados da saúde da população é bastante claro que, na ausência de medidas farmacológicas eficazes, o desenho de estratégias de mitigação e de controle da pandemia de COVID-19 se orienta em medidas de distanciamento social. Estas medidas são sempre baseadas no conhecimento epidemiológico e nas evidências científicas existentes, bem como em dados e informações dos sistemas de saúde, incluindo as capacidades de vigilância em saúde e detecção de casos.

A adoção das medidas de distanciamento social depende de diversos parâmetros para orientar a decisão sobre o momento correto de mudança (aumento ou diminuição). Por um lado, dos parâmetros epidemiológicos (incidência, prevalência, mortalidade, letalidade geral e hospitalar, taxa de transmissão, entre outros) e de vigilância em saúde (capacidades de testes, busca ativa de casos, rastreamento de contatos sempre que possível, quarentena de contatos e isolamento de casos, entre outros). De outro, dos parâmetros relacionados à oferta e operação dos serviços de saúde (número e taxa de ocupação de leitos gerais e de UTI, públicos e privados, disponíveis, tamanho da fila de espera para internação e leitos de UTI, tempo de espera na fila, número de EPIs, equipamentos e recursos humanos críticos disponíveis entre outros).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) sistematizou de modo claro e objetivo o conjunto de parâmetros que orientam este processo no documento *Crítérios de saúde*

pública para ajustar medidas de saúde pública e social no contexto do COVID-19, o qual tomamos como referência.

Os critérios estão agrupados em três dimensões, que devem ser avaliadas para responder três perguntas centrais: 1) a pandemia está ou não controlada? 2) o sistema de saúde tem ou não capacidades para enfrentar um eventual surto de casos COVID-19; 3) o sistema de vigilância em saúde tem ou não capacidade para detectar casos (incluindo assintomáticos) e membros da comunidade não-infectados, e realizar o manejo por meio das medidas de distanciamento social e quarentena, bem como prevenir novos surtos de casos?

Estas três dimensões de avaliação sistematizadas pela OMS e as três perguntas centrais estão descritas abaixo.

1.1) Existem indícios de que a pandemia está controlada?

Indicador Chave: Número efetivo de reprodução (R_t) inferior a 1 por pelo menos duas semanas.

Em teoria, um R_t (número efetivo de casos secundários por caso de infecção em uma população) menor que 1 é a melhor indicação de que a pandemia está controlada e está diminuindo. Em países, estados e municípios com grande contingente populacional, o R_t pode variar entre diferentes segmentos da população e deve ser estimado para estes diferentes segmentos (municípios e bairros, por exemplo).

Para determinar se a pandemia está controlada, uma avaliação qualitativa, baseada em alguns ou todos os critérios a seguir, deve ser realizada para complementar as estimativas de R_t ou para conduzir uma avaliação robusta do R_t , se dados de vigilância suficientes não estiverem disponíveis.

Critérios epidemiológicos	Justificativa
Diminuição de pelo menos 50% durante um período de três semanas, a partir do último valor máximo, e diminuição constante na incidência observada de casos confirmados e prováveis.	Isso indica uma redução na transmissão pela metade durante um período de três semanas ou menos, a partir do último valor máximo, desde que a estratégia de teste seja mantida ou reforçada para testar uma porcentagem maior de casos suspeitos.
Menos de 5% das amostras analisadas são positivas para COVID-19 pelo menos nas últimas duas semanas, desde que a vigilância de casos suspeitos seja abrangente.	A porcentagem de amostras com teste positivo só pode ser interpretada com vigilância e análise abrangentes de amostras de casos suspeitos, na ordem de 1/1000 da população / semana.
Durante as duas últimas semanas, pelo menos, menos de 5% das amostras obtidas de casos com síndrome de influenza e analisadas em centros de vigilância sentinela apresentaram resultado positivo para COVID-19.	No contexto da vigilância sentinela da síndrome da influenza, uma baixa porcentagem de amostras positivas indica baixa transmissão comunitária.
Pelo menos 80% dos casos pertencem a listas de contatos e podem ser vinculados a <i>clusters</i> identificados.	Indica que a maioria das cadeias de transmissão foi identificada, o que permite o monitoramento. Pode ser limitado pelo fato de que as informações certamente não serão coletadas no auge da epidemia.

Diminuição do número de mortes entre casos confirmados e prováveis pelo menos nas últimas três semanas.	Indica, com um intervalo de aproximadamente três semanas, que o número total de casos está diminuindo. Se o número de testes realizados diminuiu, o número de mortes entre os casos prováveis será mais preciso.
Diminuição constante do número de hospitalizações e internações em UTI de casos confirmados e prováveis pelo menos nas últimas duas semanas.	Indica uma diminuição no número de casos, com um lapso de aproximadamente uma semana, desde que os critérios de hospitalização não tenham sido alterados.
Diminuição do excesso de mortalidade, com estratificação por idade, devido a pneumonia.	Quando a triagem de pneumonia não pode ser realizada rotineiramente, uma diminuição na mortalidade por pneumonia indica, indiretamente, uma redução no excesso de mortalidade por COVID-19.

Observações: 1) A avaliação da tendência requer que não tenham ocorrido alterações na estratégia de teste ou medição; 2) O período de duas semanas corresponde ao período máximo de incubação e é o período mínimo para avaliar mudanças nas tendências.

1.2) O Sistema de Saúde tem capacidade de enfrentar o crescimento do número de casos de COVID-19 ou eventual ressurgimento de casos após adaptar algumas medidas?

Indicador Chave: O número de casos que requerem hospitalização é menor do que a capacidade máxima de leitos hospitalares e de UTIs do Sistema de Saúde (ou seja, que o Sistema de Saúde pode enfrentar novas hospitalizações sem ficar sobrecarregado e manter, ao mesmo tempo, a prestação de serviços essenciais).

Na ausência dessa informação, pode-se levar em conta uma avaliação qualitativa baseada em alguns ou em todos os critérios seguintes:

Crítérios relacionados ao Sistema de Saúde	Justificativa
Tem capacidades para tratar todos os pacientes de COVID-19, de acordo com as diretrizes nacionais.	Indica que o Sistema de Saúde está novamente em uma situação em que todas as condições necessárias (pessoal, leitos, medicamentos, equipamentos, etc.) estão com capacidades para fornecer o mesmo nível de atendimento que existia antes da pandemia.
Tem capacidades para tratar o restante dos pacientes com doenças graves, que não sejam COVID-19, em conformidade com as diretrizes nacionais.	
A mortalidade hospitalar por doenças diferentes de COVID-19 não aumentou.	
O sistema de saúde pode absorver um aumento de, pelo menos, 20% dos casos COVID-19 ou os serviços podem ser expandidos para lidar com isso.	Indica que o sistema de saúde está sustentável, mesmo que tivesse que absorver um possível ressurgimento de casos como consequência do relaxamento das medidas de saúde pública e social. Para isso, é necessário um nível suficiente de pessoal, equipamento, leitos, etc.
Existe um coordenador para a prevenção e controle de infecções em todos os estabelecimentos de saúde (um coordenador para a prevenção e o controle de infecções treinado e em período integral a cada 250 leitos) e a Nível Distrital.	Indica uma grande capacidade de coordenação, supervisão e treinamento em prevenção e controle de infecções, inclusive nos estabelecimentos de Atenção Primária em Saúde.
Todos os Estabelecimentos de Atenção em Saúde contam com testes para detecção de COVID-19.	Garante que todos os pacientes que são assistidos pelos Centros de Saúde são submetidos a testes de detecção de COVID-19, a fim de prevenir infecções relacionadas à Atenção em Saúde.

Todos os Estabelecimentos de Atenção em Saúde possuem mecanismos para isolar casos suspeitos de COVID-19.	O sistema de saúde tem capacidade suficiente para isolar todos os pacientes com COVID-19.
---	---

1.3) O sistema de vigilância em saúde pode identificar a maioria dos casos e os seus contatos?

É fundamental capacidade de testes laboratoriais suficiente e uma estratégia clara para identificar a cadeia de contágio de maneira rápida e precisa.

Uma avaliação qualitativa pode ser realizada com base em alguns ou em todos os seguintes critérios.

Crítérios relacionados à vigilância em saúde	Definição
Sistema de vigilância	
É possível identificar e registrar novos casos e ter seus dados incluídos na análise epidemiológica dentro de 24 horas	Existe um sistema de vigilância COVID-19 com cobertura geográfica completa que inclui todos os indivíduos e comunidades em risco. A vigilância em saúde abrangente inclui vigilância a nível comunitário, em centros de atenção primária em saúde e hospitais, bem como através de centros de vigilância sentinela para gripe e outras doenças respiratórias, onde existam.
É exigida a declaração imediata de casos prováveis e confirmados de COVID-19 como uma doença de notificação compulsória.	Indica que políticas apropriadas de saúde pública estão em vigor para notificação imediata dos casos de COVID-19 por todos os centros de saúde.
A vigilância em saúde em ambientes residenciais fechados e entre grupos vulneráveis foi melhorada.	Indica que as autoridades de saúde pública identificaram populações que vivem em ambientes residenciais fechados ou são vulneráveis e que a vigilância em relação a essas populações tem sido melhorada.
A vigilância da mortalidade no COVID-19 é realizada em hospitais e nas comunidades.	Indica a capacidade de rastrear de maneira rápida e confiável o número de mortes por COVID-19. Se possível, um atestado de óbito médico deve ser emitido para mortes por COVID-19. Outras abordagens para o monitoramento da mortalidade podem ser consideradas, como registros de centros religiosos ou funerários.
O número total de testes laboratoriais realizado para detecção do vírus COVID-19 é comunicado diariamente.	O conhecimento do denominador dos testes pode indicar o grau de atividade de vigilância em saúde e a proporção de testes positivos pode indicar a intensidade da transmissão entre os indivíduos sintomáticos.
Investigação de casos	
As equipes de saúde pública de resposta rápida estão operacionais em todos os níveis administrativos relevantes.	Mede a capacidade de investigação de casos e conglomerados de COVID-19.
90% dos casos suspeitos são isolados e confirmados/liberados dentro de 48 horas após o início dos sintomas	Indica que a investigação e o isolamento de novos casos são suficientemente rápidos para minimizar a ocorrência de casos de segunda geração.
Rastreo de contato	
Pelo menos 80% dos casos novos são rastreados e colocados em quarentena em até 72 horas após a confirmação.	Indica que a capacidade de rastreamento de contatos é suficiente para o número de casos e contatos.
Pelo menos 80% dos contatos são acompanhados durante 14 dias.	O monitoramento diário com os contatos deve ser mantido durante o período de 14 dias e, idealmente,

	não mais que dois dias devem passar sem informações de contato.
Sistemas de gerenciamento de informações e dados estão em funcionamento para rastreamento de contatos e outros dados relacionados	Enquanto os dados de rastreamento de contatos podem ser gerenciados em papel de pequena escala, para rastreamento de contatos em larga escala, ferramentas eletrônicas como o software Go.Data de rastreamento de contatos podem ser usadas.

Tendo como base este conjunto de critérios e as perguntas centrais, procuramos responder a pelo menos duas delas, que são fundamentais para orientar a decisão sobre as medidas de distanciamento social: se a pandemia está sob controle e se o sistema de saúde tem condições de responder ao aumento de casos.

2) A PANDEMIA ESTÁ CONTROLADA NO ESTADO E CAPITAL DO RIO DE JANEIRO?

2.1) Situação de Síndrome Respiratória Aguda Grave no Estado do Rio de Janeiro até a 20ª semana epidemiológica de 2020

Notificações de SRAG são registradas no sistema SIVEP-Gripe, do Ministério da Saúde, para casos de síndrome gripal que requerem hospitalização (Definição: Síndrome Gripal que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto - <https://coronavirus.saude.gov.br/definicao-de-caso-e-notificacao>). Estes casos podem ser decorrentes de múltiplos vírus, incluindo-se o vírus SARS-Cov-2 (novo coronavírus). No entanto, há indícios fortes de crescimento do número desses casos devido à epidemia de COVID-19. Portanto, o quantitativo de incidência de SRAG indica uma demanda importante ao sistema de saúde, no tocante às síndromes respiratórias.

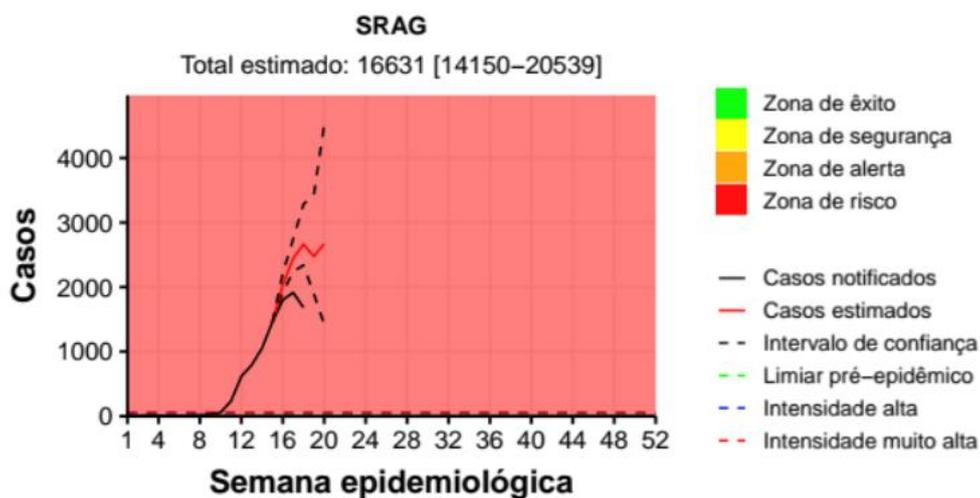
O número de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) no estado do Rio de Janeiro teve um aumento acentuado a partir da 10ª semana epidemiológica do presente ano (Figura 1A – Número de casos e 1B – Incidência de SRAG). Um método estatístico é utilizado para estimar o número de casos que chegam com “atraso de notificação”¹.

Os níveis históricos de SRAG neste período do ano indicam que um patamar (limiar) de incidência muito alto no estado do Rio de Janeiro seria da ordem de 0,35 casos / 100 mil habitantes. No entanto, estima-se que a incidência nas últimas semanas foi de 15,85 (18ª semana), 13,9 (19ª semana), 14,2 (20ª semana) casos / 100 mil habitantes.

¹ Síndrome Gripal que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. (<https://coronavirus.saude.gov.br/definicao-de-caso-e-notificacao>)

Considerando os níveis históricos, os níveis atuais encontram-se, portanto, muito acima do que se espera, não havendo indicação de redução de novos casos. Tal incidência acarreta uma demanda muito forte no sistema de saúde.

A



B.

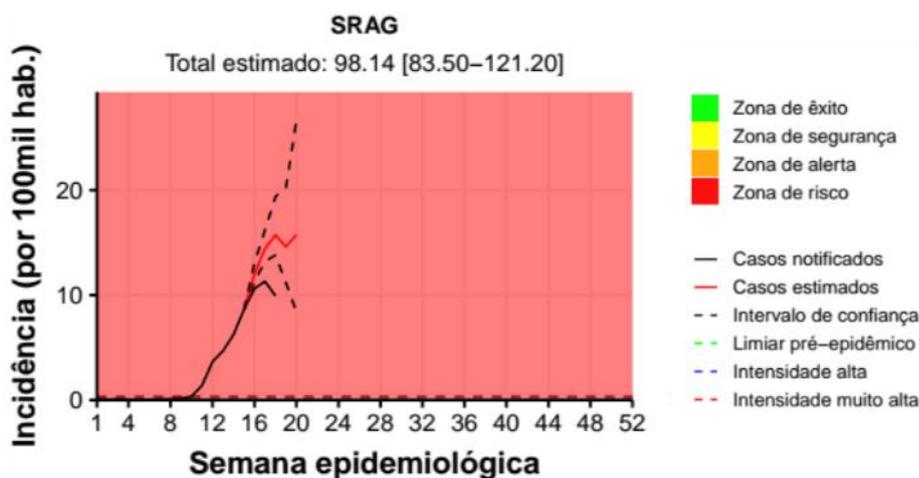


Figura 1: Número de casos registrados de Síndrome Respiratória Aguda Grave no Estado do Rio de Janeiro. (A) Número de casos absolutos (B) Incidência. Dados: SIVEP-Gripe, Ministério da Saúde. Processamento: Programa de Computação Científica, Fundação Oswaldo Cruz.

Este cenário é mostrado em duas partes (A) casos absolutos e (B) incidência (casos por 100 mil hab.) até a semana epidemiológica 20 do ano corrente. A linha contínua apresenta o número de casos notificados. No entanto, há um atraso na chegada de informação aos sistemas de notificação. Por isso, a linha vermelha apresenta os valores estimados a partir de um modelo estatístico desenvolvido no Programa de Computação

Científica da FIOCRUZ. As linhas em tracejado apresentam intervalos de confiança deste modelo.

Com base em dados observados ao longo dos anos, é possível estabelecer limiares de intensidade da ocorrência de SRAG. Os gráficos apresentam esses limiares em linhas horizontais. No entanto, como os números notificados nas últimas semanas excedem muito os limiares de intensidade muito alta, a escala do gráfico torna difícil visualizar estas linhas horizontais.

2.2) Casos e óbitos por COVID-19 no estado do Rio de Janeiro (extraído do sistema MonitoraCOVID-19)

O número de casos acumulados no estado do Rio de Janeiro, bem como em outros estados, vem sendo analisado e disponibilizado pelo sistema MonitoraCOVID-19 (<https://bigdata-COVID19.icict.fiocruz.br/>). Este sistema permite comparar dados da pandemia por estado e país. Apesar da provável subnotificação de casos, que muitas vezes não são registrados devido à insuficiência de testes comprobatórios, é possível, avaliar tendências, que são verificadas pela inclinação da curva de evolução de casos e óbitos.

A Figura 2 mostra a evolução do número de casos novos de COVID-19 no estado do Rio de Janeiro (em azul), em comparação ao Brasil (em preto) e Itália (em verde), um país em que a transmissão se iniciou já em janeiro e apresenta tendência de redução.



Figura 2: Evolução do número de casos novos de COVID-19 no estado do Rio de Janeiro (em azul), em comparação ao Brasil (em preto) e Itália (em verde) segundo dados organizados pelo sistema MonitoraCOVID-19.

Pode ser verificada pelo gráfico a tendência ainda de crescimento do número de casos novos, tanto no estado do Rio de Janeiro, quanto no Brasil. A curva da Itália está cerca de duas semanas adiantada em relação ao Brasil e pode ser utilizada como parâmetro para um possível cenário de evolução da pandemia no Brasil, se forem tomadas as

medidas de distanciamento social e *lockdown*, como adotadas na Itália. Uma flexibilização das medidas, muitas das quais não integralmente adotadas em todo estado e municípios, pode alterar as tendências atuais, fazendo novamente a transmissão ser aumentada nas próximas semanas.

Há uma tendência de redução da velocidade de aumento do número de casos no estado do Rio de Janeiro, o que pode indicar a redução da transmissão nas últimas semanas. No entanto, ainda se encontra em níveis muito acima do que está esperando por níveis históricos de SRAG neste período do ano.

Também pode ser observada uma pequena oscilação do número de casos novos em relação a uma curva exponencial esperada para epidemias de alta transmissibilidade, em populações predominantemente suscetíveis à infecção. Estas oscilações podem ser decorrentes do:

- fluxo de dados, desde a coleta até a digitação, ao longo dos dias da semana;
- aumento ou redução da oferta de testes;
- redução da oferta de serviços de saúde, tanto hospitalares quanto emergenciais (upa);
- mudanças operacionais na definição de caso confirmado ou suspeito.

Segundo relatório recente da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (2020), houve o registro de 3.777 casos confirmados de COVID-19, 1.234 casos suspeitos e 5.036 casos de síndrome de infecção respiratória aguda grave (SARI) entre 01/03/2020 a 25/05/2020. Se confirmados os casos suspeitos, o número acumulado de casos de COVID-19 poderia equivaler a 10.047 no município do Rio de Janeiro. Estes casos dependem de exame clínico e laboratorial para sua confirmação, além de demandar investigação epidemiológica para avaliação da exposição a situações de risco, sinais e sintomas.

Outro indicador da qualidade precária de dados sobre a incidência de casos no município do Rio de Janeiro é a alta taxa de letalidade, que alcança atualmente o valor de 12,8, um dos mais altos do Brasil. Este valor pode indicar que os casos de COVID-19 podem estar sendo subestimados devido à falta de testes ou a mudanças de critérios para definição de caso.

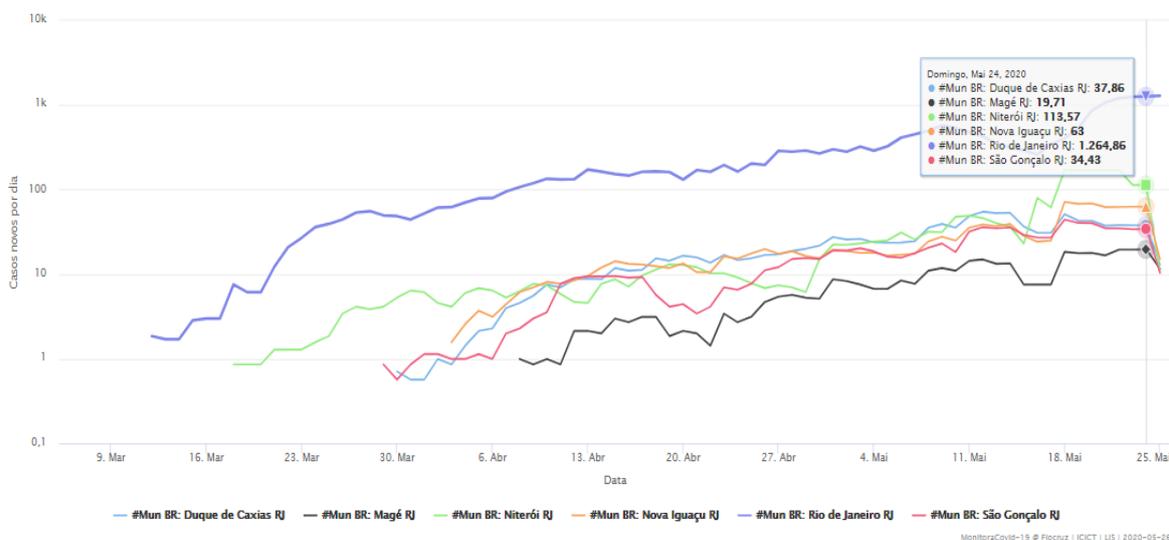


Figura 3: Evolução do número de casos novos de COVID-19 em alguns municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro (em azul escuro), Duque de Caxias (em azul claro), Magé (em preto), Niterói (em verde), Nova Iguaçu (em laranja), São Gonçalo (em vermelho) segundo dados organizados pelo sistema MonitoraCOVID-19.

Desagregando estes dados por município, pode-se observar que cidades da conurbação urbana do Rio de Janeiro apresentam tendências semelhantes de alta no número de casos, com ligeiras oscilações no período, embora com valores totais diferentes, variando de 1.264 casos, no Rio de Janeiro, a 19, em Magé. Pode também ser verificado que estas curvas são defasadas em torno de 2 semanas, isto é, tendo início na cidade do Rio de Janeiro, seguido por Niterói e, posteriormente, Duque de Caxias, São Gonçalo e Nova Iguaçu. Este é um padrão típico observado na difusão de doenças em áreas próximas. A circulação do vírus entre estas cidades percorre uma trajetória de espalhamento, seguindo das cidades centrais em direção a cidades periféricas e próximas.

O Brasil alcançou em 27/05/2020 um total de 411.821 casos acumulados e já registrou mais de 25 mil óbitos devido à pandemia de COVID-19, sendo o 2º país do mundo com maior número de casos totais e de óbitos diários (depois dos EUA). Estes valores têm duplicado a cada 12 dias, sem que se observe uma tendência de queda ou estabilização da pandemia. Observa-se ainda a interiorização da pandemia no Brasil, que pode atingir municípios de menor porte, que podem necessitar de serviços de saúde de alta complexidade, como as UTIs. Estes serviços estão somente disponíveis em grandes cidades. Portanto, ao flexibilizar as medidas de controle da pandemia em um município ou estado, se coloca em risco as cidades do seu entorno, tanto pela facilitação da difusão do vírus em direção de interior, quanto pela produção de uma demanda extra de serviços de saúde, que recairão sobre estas grandes cidades.

3) O SISTEMA DE SAÚDE TEM CAPACIDADE DE ENFRENTAR O CRESCIMENTO DO NÚMERO DE CASOS DE COVID-19?

Um dos aspectos centrais no enfrentamento da COVID-19 é a capacidade do sistema de saúde dar conta de prover cuidados complexos a pacientes que evoluem para quadros mais graves da doença. Estima-se que cerca de 20% das pessoas com COVID-19 requeiram cuidados em serviços de saúde, com parte, cerca de $\frac{3}{4}$ delas, demandando cuidados hospitalares e, dentre estas, 30% demandando cuidados intensivos. No estado do Rio Janeiro, dificuldades de uma ação mais coordenada na avaliação dos recursos hospitalares disponíveis e programação da expansão de leitos implicaram em soluções fragmentadas, que, em parte, ou não se concretizaram integralmente até o momento ou têm sido associadas a problemas importantes de implementação. Em termos gerais, tem faltado transparência no sentido do amplo conhecimento dos recursos hospitalares destinados para a atenção à COVID-19 e das suas condições de funcionamento, assim como dos pacientes internados e barreiras para o acesso aos serviços.

Explorações sobre dados do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde de abril/2020 e dados do Plano de Contingência sugerem que, hoje, se colocam questões não somente em relação ao quantitativo de leitos clínicos e de UTI para dar conta de pacientes com quadros moderados ou graves da COVID-19. Para além dos leitos que constam do plano de contingência, mas ainda não foram implementados (42,9% dos leitos clínicos e 47,9% dos leitos de UTI), conforme Tabela 1, há sérios problemas na disponibilização efetiva dos implementados. Também tem sido baixa a capacidade de programação e reordenamento de ações, incluindo diferentes alternativas como, por exemplo, a inclusão de leitos do SUS não considerados e, especialmente, leitos do setor privado – que dispunha de 2-3 vezes mais de leitos de UTI do que o SUS em fevereiro de 2020 –, a partir de negociações, no sentido da resposta oportuna à demanda colocada. Problemas que merecem destaque incluem a baixa capacidade de coordenação da rede de serviços como um todo, bloqueio de leitos por falta de pessoal e outros recursos e provisão de condições inadequadas de trabalho para os profissionais de saúde.

Tabela 1. Leitos no plano de contingência para enfrentamento da COVID-19 no estado do Rio de Janeiro

Natureza jurídica	Leitos de UTI COVID-19 habilitados	Leitos de UTI expansão COVID-19 não habilitados	Leitos clínicos COVID-19 habilitados	Leitos clínicos expansão COVID-19 não habilitados
Pública	1067	1247	1473	1597
Privada	84	50	26	0
Sem fins lucrativos	328	61	465	159
TOTAL	1.479	1.358	1.964	1.753

Especificamente na cidade do Rio de Janeiro, constam do plano de contingência do

estado 25 hospitais, entre os quais, quatro hospitais de campanha e o novo Centro Hospitalar COVID-19 da Fiocruz. A Tabela 2 apresenta os leitos clínicos e de UTI que constam do plano de contingência já habilitados e não habilitados.

Outros 66 hospitais, públicos, privados e sem fins lucrativos, reúnem condições de oferta de serviços complexos, não havendo dados para apreciar o seu grau de participação no atendimento de pacientes com COVID-19, o que seria desejável. Estimativas ajustando a disponibilidade de leitos de UTI, garantindo a assistência a outras condições que requerem procedimentos não eletivos, apontam para a disponibilidade de 1.043 leitos de UTI em hospitais não incluídos no plano de contingência. Desses 1.043 leitos, 167 estão em hospitais públicos, 667 em hospitais privados e 209 em hospitais sem fins lucrativos.

Neste contexto, parece contraditória a observação diária de pouco mais ou menos de quatro centenas de pacientes aguardando uma vaga em UTI. Entretanto, a Tabela 3, focando na oferta e ocupação de leitos nos cinco hospitais com maior volume de leitos habilitados para atendimento à COVID-19, expõe, conforme já mencionado, dificuldades para além dos números de disponibilidade de leitos hospitalares.

Tabela 2. Leitos no plano de contingência para enfrentamento da COVID-19 na cidade do Rio de Janeiro

Natureza jurídica	Leitos de UTI COVID-19 habilitados	Leitos de UTI Expansão COVID-19 não habilitados	Leitos clínicos COVID-19 habilitados	Leitos clínicos Expansão COVID-19 não habilitados
Pública	609	374	1128	396
Privada	0	0	0	0
Sem fins lucrativos	100	0	100	0
TOTAL	709	374	1228	396

É fato que a fila para acesso a leitos de UTI continua a se constituir em um problema sério na cidade e no estado do Rio de Janeiro. Na capital, alguma redução na fila tem sido alardeada como melhoria do quadro, mas, efetivamente, a elevada letalidade da doença contradiz a possibilidade de real equacionamento do problema. A alta exclusão e decisões excludentes tomadas por profissionais de saúde pressionados no atendimento a pacientes são possivelmente situações por trás da queda, valendo sublinhar que a necessidade do cuidado intensivo, com tecnologias complexas de um paciente, ou é atendida ou implica em óbito.

Tabela 3. Leitos clínicos e de UTI disponíveis, segundo plano de contingência, e ocupados em 25/05/2020

Hospital	Leitos Clínicos		Leitos de UTI	
	Disponíveis no Plano de Contingência	Ocupados 25/05/2020	Disponíveis segundo Plano de Contingência	Ocupados 25/05/2020
Hospital de Campanha – COVID-19 Leblon	100	64	100	92
Hospital de Campanha – COVID-19 Maracanã	120	75	80	54
Hospital de Campanha – COVID-19 Parque dos Atletas	150	49	50	43
SMS Hospital de Campanha Riocentro – COVID-19	400	103	100	46
SMS Hospital Municipal Ronaldo Gazolla	145	165	80	68

É fundamental que se crie condições para o acompanhamento das internações por COVID-19, com vistas a conhecer tempo de taxas de ocupação de leitos, tempo de permanência, utilização de recursos e resultados obtidos. É também necessário se criar condições para que planos, inicialmente feitos e não efetivados, no sentido da expansão da rede de serviços, sejam avaliados, na perspectiva de implementação de soluções alternativas que deem conta das respostas necessárias para a população. A dificuldade de acesso da população à atenção necessária deve ser rigorosamente monitorada, sendo as filas para leitos hospitalares e, especialmente, leitos de UTI, indicadores fundamentais.

A conclusão que se pode tirar com os dados disponíveis é que as condições de oferta de recursos hospitalares hoje, na capital e em alguns municípios do estado do Rio de Janeiro, não atendem a critérios para o afrouxamento das medidas de distanciamento social, pelo contrário. A fila para acesso ainda é muito grande e se observa incapacidade de atendimento hospitalar de todos os pacientes com COVID-19 que o demandam. A mortalidade é elevada como resultado da dificuldade no acesso aos cuidados de saúde necessários. Além disso, têm se somado dificuldades no atendimento de pacientes com outras condições de saúde.

CONCLUSÕES

Tendo como base este conjunto de critérios e as perguntas centrais, procuramos responder a pelo menos duas delas, que são fundamentais para orientar a decisão sobre as medidas de distanciamento social: se a pandemia está sob controle e se o sistema de saúde tem condições de responder ao aumento de casos.

Mesmo com todos os problemas amplamente conhecidos sobre os dados disponíveis constituírem apenas uma parte da realidade do total de casos, os dados demonstram

que os municípios da conurbação urbana do Rio de Janeiro, destacando-se o município do Rio de Janeiro, apresentam tendências de alta e com os níveis atuais muito acima do esperado, se tomamos como referência os níveis históricos para SRAG e um alto valor de letalidade.

Neste cenário, flexibilizar as medidas de distanciamento social e de controle da pandemia nos municípios com situação mais crítica coloca em risco não só os mesmos, mas também o seu entorno, tanto pela facilitação da difusão do vírus em direção de interior, quanto pela produção de uma demanda extra de serviços de saúde, que recairão sobre as grandes cidades. Além disso, temos que considerar que muitas das medidas de distanciamento social não foram integralmente adotadas em todo estado e no nível intramunicipal, de modo que sua diminuição ou flexibilização pode alterar as tendências atuais, fazendo novamente a transmissão ser aumentada nas próximas semanas.

Se consideramos que, tanto no estado, como na capital do Rio de Janeiro, os níveis de SRAG já se encontram muito acima dos padrões históricos e, considerando que a transmissão do vírus ainda não está sob controle, qualquer diminuição ou flexibilização representará um aumento da transmissão e da demanda do sistema de saúde, que ainda não atende aos critérios e às condições para responder ao aumento de casos. A grande fila para acesso e atendimento hospitalar de todos os pacientes com COVID-19, bem como a mortalidade elevada como resultado da dificuldade no acesso aos cuidados de saúde necessários, são indicadores inequívocos das incapacidades atuais do sistema de saúde responder às necessidades atuais ou mesmo àquelas resultantes do aumento do número de casos.

Como bem demonstrado na Nota Técnica do CEDEPLAR “*Cenários de isolamento social da COVID19 e impactos econômicos em Minas Gerais*”, a adoção das medidas de distanciamento social resulta em custos econômicos, mas adotá-las parcialmente ou renunciar a elas pode significar não só custos maiores, mas também graves impactos para a saúde e para o país. Destaque-se que o quadro de recessão econômica mundial resulta da pandemia e não do distanciamento social *per se*, sendo fundamental que os países adotem ações coordenadas em várias áreas de políticas públicas para a superação das crises sanitária e econômica, visando o bem-estar da população.

Além disso, como demonstram numerosos estudos e projeções internacionais, a não adoção, a adoção tardia e/ou limitada do distanciamento social podem gerar dezenas de milhares de óbitos que seriam evitáveis.

Finalizamos reafirmando o compromisso da Fiocruz com a vida, com o Sistema Único de Saúde e com a saúde da população. No cenário do estado do Rio de Janeiro, problemas relacionados aos registros de casos e óbitos têm como indicador da qualidade precária a incongruência entre a incidência de casos e a alta taxa de letalidade no município do Rio de Janeiro. Além disso, a opacidade em relação às informações sobre filas, leitos hospitalares e UTIs, entre outros, que indicam que a pandemia não está sob controle e que o sistema de saúde não tem condições de responder tanto aos

níveis atuais, como ao aumento do número de casos. Neste cenário, tendo como os critérios propostos pela OMS, a adoção rigorosa do conjunto de medidas de distanciamento social torna-se absolutamente necessária até que a situação da pandemia esteja sob controle no estado e municípios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves CRL e col. Por que ainda não é o momento de flexibilizar o isolamento social em Minas Gerais? Nove argumentos com embasamento científico. Comitê Permanente de Enfrentamento do Novo Coronavírus da UFMG. Disponível em: <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/professores-da-ufmg-alertam-que-nao-e-hora-de-flexibilizar-o-isolamento-social-em-minas>

Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D e col. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? The Lancet 2020; 21 mar. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30567-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30567-5/fulltext)

Domingues E e col. Nota Técnica - Cenários de isolamento social da COVID19 e impactos econômicos em Minas Gerais. UFMG / CEDEPLAR, 2020. Disponível em: <https://www.cedeplar.ufmg.br/noticias/1243-nota-tecnica-cenarios-de-isolamento-social-da-COVID19-e-impactos-economicos-em-minas-gerais>

European Community. Joint European Roadmap towards lifting COVID-19 containment measures. EC. 2020. Disponível em: <https://www.consilium.europa.eu/media/43076/26-vc-euco-statement-en.pdf>

European Centre for Disease Prevention and Control. Considerations relating to social distancing measures in response to COVID-19 – second update. ECDC: Stockholm, 2020. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/considerations-relating-social-distancing-measures-response-COVID-19-second>

Fundação Oswaldo Cruz. Posicionamento da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – 06/05/2020 - A evolução da COVID-19 no estado do Rio de Janeiro: desafios no enfrentamento da crise sanitária e humanitária relacionada à pandemia. Fiocruz. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41174>

Kissler SM, Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. Science 2020; 368, 860–868: 1-9. Disponível em: <https://science.sciencemag.org/content/368/6493/860>

Koo JR e, Cook AR, Park M e col. Interventions to mitigate early spread of SARS-CoV-2 in Singapore: a modelling study. The Lancet Infectious Diseases 2020; 23 mar. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30162-6/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30162-6/fulltext#%20)

Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel



coronavirus (2019-nCoV) outbreak. Journal of Travel Medicine, 2020, 1–4. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7107565/>

World Health Organization. Public health criteria to adjust public health and social measures in the context of COVID-19. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/public-health-criteria-to-adjust-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-COVID-19>

World Health Organization. COVID-19 Strategy Update. WHO: Geneva 2020a; 14 abr. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/COVID-19-strategy-update--14-april-2020>

World Health Organization. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19. Geneva: WHO. 2020a; 22 mar. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-COVID-19>

World Health Organization. Strengthening the health system response to COVID-19 - Recommendations for the WHO European Region Policy brief (1 April 2020). WHO. Regional Office for Europe. 2020. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/436350/strengthening-health-system-response-COVID-19.pdf?ua=1

ⁱ Este documento foi elaborado pelo Grupo de Trabalho sobre Distanciamento Social no âmbito do **Observatório Fiocruz COVID-19**, estando os nomes apresentados em ordem alfabética: Carlos Machado de Freitas, Claudia Maria de Rezende Travassos, Christovam Barcellos, Cristiani Vieira Machado, Daniel Antunes Maciel Villela, Margareth Crisóstomo Portela, Valcler Rangel Fernandes.