



RECOMENDAÇÕES SOBRE MEDIDAS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL (MDS) PUBLICADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Fábio de Barros Correia Gomes
Consultor Legislativo da Área XVI
Saúde Pública e Sanitarismo

NOTA TÉCNICA

MARÇO/2021

O conteúdo deste trabalho não representa a posição da Consultoria Legislativa, tampouco da Câmara dos Deputados, sendo de exclusiva responsabilidade de seu autor.

© 2021 Câmara dos Deputados.

Todos os direitos reservados. Este trabalho poderá ser reproduzido ou transmitido na íntegra, desde que citados(as) os(as) autores(as). São vedadas a venda, a reprodução parcial e a tradução, sem autorização prévia por escrito da Câmara dos Deputados.

O conteúdo deste trabalho é de exclusiva responsabilidade de seus(suas) autores(as), não representando a posição da Consultoria Legislativa, caracterizando-se, nos termos do art. 13, parágrafo único da Resolução nº 48, de 1993, como produção de cunho pessoal de consultor(a).

SUMÁRIO

Resumo	4
1. Introdução	5
2. O Distanciamento Social em Normas e Documentos do Nível Federal	6
2.1 Legislação	6
2.2 Plano de Contingência	10
2.3 Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde	11
2.4 Guia de Vigilância Epidemiológica	16
2.5 Diretrizes Clínicas	17
3. Considerações Finais	18
Apêndice 1 – Conteúdo de Boletins Epidemiológicos	21

RESUMO

Recomendações sobre medidas de distanciamento social (MDS), nas formas de distanciamento social seletivo (DSS) ou ampliado (DSA), estão sendo demandadas em vários países, afetados pela pandemia de COVID-19, desde 2020; por serem necessárias ao controle da disseminação do novo coronavírus nas populações, como também pelas consequências econômicas e sociais associadas a essas medidas. Tal demanda aumenta no contexto atual, em que muitos locais que as adotaram planejam ou iniciam uma flexibilização. Em outros locais, essas medidas persistem necessárias devido ao recrudescimento da pandemia.

Essa nota técnica (elaborada em abril de 2020 e atualizada em março de 2021) apresenta, por meio de análise documental, uma breve descrição da legislação federal e dos critérios e procedimentos publicados pelo Ministério da Saúde (MS), desde janeiro de 2020, a respeito da aplicação de MDS.

Observou-se que na falta de uma recomendação formal em nível nacional na fase inicial da epidemia (o que persiste até o momento) com parâmetros quantificáveis para a adoção de MDS, o protagonismo formal nessa atividade foi dos gestores de Estados, Municípios e do Distrito Federal; ainda que houvesse apoio prévio do MS para adoção de MDS, por meio de canais de comunicação e de algumas portarias.

Em 17/04/20, o Boletim Epidemiológico nº 11 do MS apresentou formalmente uma metodologia com parâmetros capazes de serem quantificados numa matriz de risco e empregados para avaliação de risco e consequente definição pelos gestores locais a respeito dos tipos de MDS a serem adotados. Contudo tal matriz não chegou a ser implementada em nível federal.

Os dados levantados na nota técnica podem contribuir para o debate em torno dos critérios para adoção ou flexibilização de MDS no País,

destacando-se os desdobramentos que a referida metodologia ainda pode gerar no controle da pandemia no Brasil.

1. INTRODUÇÃO

O tema do distanciamento social é objeto de debate atual em todos os países afetados pela pandemia de COVID-19, por constituir-se em medida necessária para controlar a disseminação do novo coronavírus nas populações, como também pelas consequências econômicas e sociais associadas a essa medida.

Já na Idade Média, no caso da pandemia da peste negra (ou bubônica), mesmo ainda sem o conhecimento científico, a prática sugeria a necessidade de adotar algum tipo de isolamento dos doentes.

Na pandemia da gripe espanhola (1918 a 1920), medidas de isolamento social influenciaram decisivamente o curso e as consequências sanitárias e econômicas da doença. Marcelo Fonseca (2020)¹ indicou que houve medidas rígidas de isolamento durante essa pandemia e destacou estudo do epidemiologista norte-americano Stephen Morse, da Universidade de Columbia, que comparou como diferentes cidades dos Estados Unidos atuaram no combate ao vírus há mais de cem anos. Assim,

“Lugares que adotaram medidas de isolamento mais rígidas tiveram escalas menores de mortes durante o pico da doença e conseguiram evitar uma segunda onda de infecção. Segundo a pesquisa, na cidade de Filadélfia, onde se esperou para tomar medidas de restrição na circulação da população, houve o maior pico de mortes. Já em Nova York, onde foram tomadas medidas antecipadas, o pico de mortes foi mais brando, mas a queda no número de contaminados levou oito semanas. Em poucas cidades norte-americanas foram registrados novos casos da gripe espanhola após o primeiro semestre de 1919, e, em 1920, os casos foram esporádicos (Fonseca, 2020).”

¹ Fonseca, Marcelo. Lições de 1918: Como chegou ao fim a pior pandemia da história. O Tempo. 20/04/20.

No Brasil, ainda no início de 2021, em que a pandemia apresenta um recrudescimento,² as autoridades sanitárias têm sido questionadas sobre a intensidade da aplicação das medidas de distanciamento social (MDS), abordadas em algumas recomendações oficiais.

Essa nota técnica apresenta uma breve descrição dos critérios e procedimentos publicados pelo Ministério da Saúde (MS) a respeito da aplicação de MDS, particularmente, a transição de um distanciamento social ampliado (DSA), implementado em vários locais do País, para um distanciamento social seletivo (DSS). Para tanto, foi realizada análise de textos legais e infralegais, e de documentos técnicos com recomendações da esfera federal sobre esse tema.

A próxima seção apresenta uma análise dos documentos federais relacionados a MDS, seguida pelas considerações sobre os pontos considerados mais relevantes.

2. O DISTANCIAMENTO SOCIAL EM NORMAS E DOCUMENTOS DO NÍVEL FEDERAL

Além da legislação federal, os seguintes documentos do MS foram analisados, quanto à abordagem sobre as MDS: a) Plano de Contingência; b) Boletins Epidemiológicos do MS; c) Guia de Vigilância Epidemiológica; e d) Diretrizes Clínicas. Segue-se a descrição dos achados pontos que se destacam em cada tipo de documento.

2.1 Legislação

O Brasil já dispunha de normas abordando as ações de vigilância epidemiológica para controle de doenças,³ contudo foi elaborada lei

² Segundo o Ministério da Saúde, de 26 de fevereiro de 2020 a 27 de fevereiro de 2021 foram confirmados 10.517.232 casos e 254.221 óbitos por COVID-19 no Brasil. A taxa de incidência até o dia 27 de fevereiro de 2021 foi de 4.966,7 casos por 100 mil habitantes e a taxa de mortalidade foi de 120,1 óbitos por 100 mil habitantes. Na semana epidemiológica (SE) 8 de 2021, o número de casos novos de COVID-19 foi de 123.134 no Sudeste, 81.409 no Nordeste, 99.954 no Sul, 36.601 no Norte e 36.986 no Centro-Oeste; o número de óbitos novos foi 3.522 no Sudeste, 1.601 no Nordeste, 590 no Centro-Oeste, 1.490 no Sul e 1.041 no Norte. A maior taxa de mortalidade do país e da região Norte foi do Amazonas, que apresentou 257,4 óbitos/100 mil habitantes.

³ São elas:

específica para a pandemia de COVID-19. Trata-se da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que “dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019”.⁴ Vale destacar que essa lei tinha a vigência associada à situação de calamidade, abordada pelo Decreto Legislativo nº 6, de 2020, o qual perdeu a validade em 31 de dezembro de 2020. Desse modo, a referida lei não se encontra em vigor, contudo, o Supremo Tribunal Federal (STF), por meio da ADI 6.625, manteve a vigência dos dispositivos presentes nos art. 3º ao 3º-J.

A Lei nº 13.979/2020 contemplava medidas de isolamento e de quarentena, definidas por ato do Ministro de Estado da Saúde (artigos 2º e 3º).⁵ Em seu art. 2º (no parágrafo único), aderiu a conceitos presentes no Regulamento Sanitário Internacional (RSI),⁶ instrumento jurídico internacional, ao qual o Brasil está vinculado. Esse instrumento prevê que a adoção de medidas adicionais de saúde pelos Estados Partes:

“não deverão ser mais restritivas ao tráfego internacional, nem mais invasivas ou intrusivas em relação às pessoas do que as alternativas razoavelmente disponíveis que alcançariam o nível apropriado de proteção à saúde” (art. 43,1, b).

O RSI também salienta a observância de princípios científicos na adoção de medidas de saúde (art. 43, 2, a).

a) Lei nº 6 259, de 30 de outubro de 1975: dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências; disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6259.htm;

b) Lei nº 6 437, de 20 de agosto de 1977: configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências; disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6437.htm; e

c) Lei nº 8 080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

⁴ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L13979.htm.

⁵ **Isolamento** foi definido como a “separação de pessoas doentes ou contaminadas, ou de bagagens, meios de transporte, mercadorias ou encomendas postais afetadas, de outros, de maneira a evitar a contaminação ou a propagação do coronavírus”; enquanto que **quarentena** foi definida como a “restrição de atividades ou separação de pessoas suspeitas de contaminação das pessoas que não estejam doentes, ou de bagagens, contêineres, animais, meios de transporte ou mercadorias suspeitos de contaminação, de maneira a evitar a possível contaminação ou a propagação do Coronavírus.”

⁶ O Decreto nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020, promulgou o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10212.htm.

No campo da mobilidade social, a Lei nº 13.979/2020 ainda vedou a restrição à circulação de trabalhadores que possa afetar o funcionamento de serviços públicos e atividades essenciais e cargas de qualquer espécie que possam acarretar desabastecimento de gêneros necessários à população (§ 11, do art. 3º).

Essa Lei foi regulamentada pelos Decretos nº 10.282/2020⁷ e nº 10.288/2020,⁸ que definiram os serviços públicos e as atividades essenciais.

Vale registrar que o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, declara a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS).⁹ Contudo, não fez referência específica a tipos de MDS.

Também no nível infralegal¹⁰, a Portaria nº 188/GM/MS, de 4 de fevereiro de 2020, declara a ESPIN, em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV), mas sem fazer referência a MDS.

A Portaria nº 356/GM/MS, de 11 de março de 2020, que dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979/2020, aborda as medidas de isolamento e de quarentena, mas sem utilizar o termo “distanciamento social”.

No âmbito da restrição da mobilidade por meio de transporte, a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 353, de 23 de março de 2020,¹¹ da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), delega ao Órgão de Vigilância Sanitária ou equivalente nos Estados e no Distrito Federal a competência para elaborar a recomendação técnica e fundamentada relativamente ao estabelecimento de restrições excepcionais e temporárias por rodovias de locomoção interestadual e intermunicipal.

⁷ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Decreto/D10282.htm.

⁸ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Decreto/D10288.htm.

⁹ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7616.htm.

¹⁰ As portarias do Ministério da Saúde estão disponíveis em: <https://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/secure/norma/listPublic.xhtml>.

¹¹ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/RDC_353_2020_.pdf.

Com relação à restrição de entrada no País, inicialmente, a Portaria nº 152/2020, de 27 de março de 2020,¹² dos Ministros da Casa Civil, da Justiça e Segurança Pública, da Infraestrutura, e da Saúde, restringiu, pelo prazo de trinta dias, a entrada no País, por via aérea, de estrangeiros, independentemente de sua nacionalidade. Atualmente, a Portaria nº 652/2020, de 25 de janeiro de 2021,¹³ restringe a entrada no País de estrangeiros de qualquer nacionalidade, por rodovias, por outros meios terrestres ou por transporte aquaviário.

Em meados de 2020 foram elaboradas duas portarias diretamente relacionadas a MDS. A Portaria do Ministério da Saúde nº 1.565, de 18 de junho de 2020,¹⁴ estabeleceu orientações gerais visando à prevenção, ao controle e à mitigação da transmissão da COVID-19, e à promoção da saúde física e mental da população brasileira, de forma a contribuir com as ações para a retomada segura das atividades e o convívio social seguro (sem citar critérios específicos para a adoção das medidas). Essa norma destacou medidas indicadas pelo Ministério da Saúde, como:

“as não farmacológicas, como distanciamento social, etiqueta respiratória e de higienização das mãos, uso de máscaras, limpeza e desinfecção de ambientes e isolamento domiciliar de casos suspeitos e confirmados, que devem ser utilizadas de forma integrada, a fim de prevenir o adoecimento e controlar a transmissão da COVID-19, permitindo também a retomada gradual das atividades desenvolvidas pelos vários setores e o retorno seguro do convívio social”.

A Portaria Conjunta nº 20, de 18 de junho de 2020 (dos Ministérios da Economia e da Saúde),¹⁵ estabelece as medidas a serem observadas visando à prevenção, controle e mitigação dos riscos de transmissão da COVID-19 nos ambientes de trabalho. Por exemplo, são mencionadas orientações das organizações para adoção de medidas para

¹² Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20152-20-cv.htm.

¹³ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria-652-21-cv.htm.

¹⁴ Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.565-de-18-de-junho-de-2020-262408151>.

¹⁵ Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-conjunta-n-20-de-18-de-junho-de-2020-262408085?_ga=2.64686895.1023626401.1610023119-655382662.1605874498

umentar o distanciamento e diminuir o contato pessoal entre trabalhadores e entre esses e o público externo.

Além dessas normas, é digno de nota que o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu em 15 de abril de 2020 que, além do governo federal, os governos estaduais e municipais têm poder para determinar regras de isolamento, quarentena e restrição de transporte e trânsito em rodovias em razão da pandemia de COVID-19.¹⁶

Em suma, observa-se que, na esfera da legislação federal e de seus regulamentos, embora estejam explicitadas medidas de restrição à mobilidade de pessoas, principalmente isolamento e quarentena, não há referência específica a critérios para a adoção de MDS.

Nesse contexto, Estados e Municípios têm adotado critérios com diferenças entre si. Por exemplo, o Estado do Rio Grande do Sul tem adotado sistema baseado em 11 indicadores para definir situação de risco de regiões. O Estado de São Paulo adota sistema de risco baseado em três indicadores: média da taxa de ocupação de leitos de UTI exclusivas para pacientes com coronavírus, número de novas internações no mesmo período e o número de óbitos. Já o Estado de Minas Gerais utiliza um sistema de ondas, que inclui como indicadores: taxa de distanciamento social, desassistência e taxa de ocupação de leitos; surtos de Covid-19 e taxa de óbitos.

2.2 Plano de Contingência

O Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19,¹⁷ elaborado pelo Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-COVID-19), foi divulgado em fevereiro de 2020. Indicou que “toda medida deve ser proporcional e restrita aos riscos vigentes”.

¹⁶ Essa decisão ocorreu no âmbito do julgamento de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 6341, ajuizada pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT) contra dispositivos da Medida Provisória 926/2020, que atribuiu à Presidência da República a centralização das prerrogativas de isolamento, quarentena, interdição de locomoção e de serviços públicos e atividades essenciais.

¹⁷ Disponível em: <https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/Livreto-Plano-de-Contingencia-5-Corona2020-210x297-16mar.pdf>.

O plano abordou três níveis de resposta: alerta, perigo iminente e emergência em saúde pública. Para o último nível, em que o Brasil se encontra, foram mencionadas duas fases: a de **contenção** (com ações para identificar oportunamente e evitar a dispersão do vírus de modo sustentado) e de **mitigação** (com início a partir do registro de 100 casos positivos, com ações voltadas para evitar a ocorrência de casos graves e óbitos).

O Plano indicou que na fase de mitigação “não se realiza o teste de todos os casos, apenas de casos graves em UTI” e que “medidas de atenção hospitalar para os casos graves e medidas restritivas individuais de isolamento e quarentena domiciliar para os casos leves, devem ser adotadas para evitar óbitos e o agravamento dos casos.”

Dentre as muitas medidas de controle propostas no Plano, segundo os níveis de resposta, foi recomendado o fortalecimento da atenção primária à saúde. Não houve referência a distanciamento social ou uso de máscaras faciais pela população. Também não houve recomendação de medidas regionalizadas.

2.3 Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde

O **apêndice 1** sintetiza o conteúdo de Boletins Epidemiológicos¹⁸ do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde (MS), destacando a verificação de recomendações com os termos “distanciamento social” ou “isolamento” ou “quarentena”, na fase inicial da pandemia, a partir da edição nº 1 (janeiro de 2020) até a de nº 13 (20/04/20). Adicionalmente foram verificadas as demais edições, até a última disponível (nº 52, de 04/03/21).

O detalhamento do conteúdo desses boletins permitiu observar que, entre janeiro e março de 2020, não houve recomendação formal, sequer menção ao termo “distanciamento social”. Em geral, os Boletins de nº 1 a 4 mencionavam o isolamento de pacientes e recomendavam evitar aglomerações em caso de sintomas. O Boletim nº 5 fez recomendações de acordo com a fase

¹⁸ Os Boletins estão disponíveis em: <https://coronavirus.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>.

da epidemia, que incluíam isolamento de sintomáticos e, até quarentena, em caso de 80% de ocupação dos leitos de UTI.

O Boletim nº 6 (03/04/20) foi explícito a respeito do distanciamento social, para recomendar que as Unidades da Federação que implementaram medidas de DSA deveriam mantê-las até que o suprimento de equipamentos e equipes de saúde estejam disponíveis em quantitativo suficiente, de forma a promover, com segurança, a transição para a estratégia de DSS. O MS indicou que as estratégias de distanciamento social aplicadas pelos Estados e Distrito Federal, estavam de acordo com recomendações de órgãos internacionais como a OMS, bem como do próprio MS.

Foi indicado, entre os objetivos estratégicos do MS: minimizar o impacto social e econômico por meio de parcerias multissetoriais e em apoio às medidas de distanciamento social ampliado e seletivo adotados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios.

O Boletim nº 7 (06/04/20) associou as medidas de DSA, DSS e bloqueio total (lockdown) às diferentes fases epidêmicas (sendo que o **DSS foi recomendado para a fase de epidemia localizada** e o **DSA, para a fase de aceleração**), sem, contudo apresentar parâmetros para a adoção dessas medidas. Na capa desse Boletim foi indicado que, a partir de **13 de abril**, os municípios, Distrito Federal e Estados que implementaram medidas de DSA, onde o número de casos confirmados não tenha impactado em mais de 50% da capacidade instalada existente antes da pandemia, deveriam iniciar a transição para DSS.

Também foi recomendado que os locais que apresentarem coeficiente de incidência 50% superior à estimativa nacional deveriam manter essas medidas até que o suprimento de equipamentos (leitos, EPI, respiradores e testes laboratoriais) e equipes de saúde estejam disponíveis em quantitativo suficiente, de forma a promover, com segurança, a transição para a estratégia de DSS, conforme descrito na preparação e resposta segundo cada intervalo epidêmico.

O Boletim nº 8, de 09/04/20, abordou os conceitos sobre medidas de distanciamento social (MDS), ainda sem apresentar parâmetros mais detalhados, e esclareceu que “durante toda a resposta, o Ministério da Saúde **nunca recomendou a adoção de qualquer medida de distanciamento social específica**” e que “esse ato deve ser adotado pelos gestores locais, com base em suas realidades epidemiológicas e estruturais”, de modo a retardar “o pico da epidemia, tempo que deve ser utilizado pelos gestores locais para preparar a assistência aos pacientes”. Alertou, ainda que “qualquer medida de relaxamento não será possível sem o preparo da rede de atenção à população”.

Os Boletins de nº 9 e 10 não fizeram referência ao distanciamento social, até que em 17/04/20, o **Boletim nº 11** apresentou metodologia com parâmetros quantificáveis, para serem usados por equipes de avaliação de Estados e Municípios, para facilitar a seleção de MDS.

A figura 1 mostra a matriz de risco que considera um indicador de ameaça (incidência de COVID-19 por 1.000.000) e um de vulnerabilidade (proporção de leitos de UTI ocupados por casos de SRAG).

A matriz permite identificar níveis de risco de baixo a extremo, cada qual associado a um tipo de distanciamento social, que vai de DSS básico, DSS intermediário, DSS avançado, DAS e bloqueio total (lockdown). Para cada um desses tipos de distanciamento foram recomendadas medidas preventivas claras e de intensidade crescente (ver tabela 1).

Os condicionantes de avaliação de risco foram mantidos: equipamentos (respiradores, equipamentos de proteção individual, testes laboratoriais); recursos humanos (profissionais que manejam aparelhos de ventilação mecânica e outros profissionais); leitos de UTI e internação (nesse item foram mencionadas “estratégias de telemedicina, de Atenção Primária à Saúde – APS”).

Destaca-se que a metodologia pode ser aplicada no nível de estados e municípios, permitindo, também, recorte para capitais, regiões metropolitanas e regiões sanitárias de saúde.

Figura 1. Matriz de risco adaptada.

AMEAÇA (Fator extrínseco)	MUITO ALTA ≥ 80%	Risco baixo (DSS básico)	Risco moderado (DSS intermediário)	Risco alto (DSS avançado)	Risco muito alto (DSA)	Risco muito alto (DSA)
	ALTO 60% a 80%	Risco baixo (DSS básico)	Risco moderado (DSS intermediário)	Risco alto (DSS avançado)	Risco muito alto (DSA)	Risco muito alto (DSA)
	MÉDIO 40% a 60%	Risco baixo (DSS básico)	Risco moderado (DSS intermediário)	Risco alto (DSS avançado)	Risco alto (DSS avançado)	Risco muito alto (DSA)
	BAIXO 20% a 40%	Risco baixo (DSS básico)	Risco baixo (DSS básico)	Risco moderado (DSS intermediário)	Risco alto (DSS avançado)	Risco alto (DSS avançado)
	MUITO BAIXA ≤ 20%	Risco baixo (DSS básico)	Risco baixo (DSS básico)	Risco moderado (DSS intermediário)	Risco alto (DSS avançado)	Risco alto (DSS avançado)
	Incidência de COVID-19 por 1.000.000					
		MÍNIMA ATÉ 20%	PEQUENA 20% a 40%	MODERADA 30% a 69%	GRANDE 70% a 94%	ELEVADA 95% ou mais
VULNERABILIDADE (Fator intrínseco)						
Proporção (%) de leitos de UTI ocupados por casos de SRAG						

Fonte: Figura 22 do Boletim nº 11 do Ministério da Saúde (17/04/20).

Tabela 1. Interpretação do risco e medida sugerida para cada situação.

NÍVEL DE RISCO	MEDIDA	AÇÃO
Risco baixo	Distanciamento Social Seletivo básico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Envolvimento de toda sociedade em medidas de higiene para redução de transmissibilidade (lavagem das mãos, uso de máscaras, limpeza de superfícies); 2. Isolamento domiciliar de sintomáticos e contatos domiciliares (exceto de serviços essenciais assintomáticos); 3. Distanciamento social para pessoas acima de 60 anos, com reavaliação mensal; 4. Distanciamento social para pessoas abaixo de 60 anos com doenças crônicas, com reavaliação mensal;
Risco moderado	Distanciamento Social Seletivo intermediário	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todas as medidas do DSS básico E 2. Suspensão de aulas em escolas e universidades, com reavaliação mensal;
Risco alto	Distanciamento Social Seletivo avançado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todas as medidas do DSS intermediário E 2. Proibição de qualquer evento de aglomeração (shows, cultos, futebol, cinema, teatro, casa noturna etc), com reavaliação mensal; 3. Distanciamento social no ambiente de trabalho - reuniões virtuais, trabalho remoto, extensão do horário para diminuir densidade de equipe no espaço físico, etc, com reavaliação mensal;
Risco muito alto	Distanciamento Social Ampliado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todas as medidas do DSS avançado E 2. Manutenção apenas de serviços essenciais com avaliação semanal
Risco extremo	Bloqueio Total (Lockdown)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apenas serviços extremamente essenciais com limite de acesso e tempo de uso E 2. Quarentena com controle de pontos de entrada e saída da região

Fonte: Tabela 5 do Boletim nº 11 do Ministério da Saúde (17/04/20).

Os Boletins nº 12 (19/04/20) e nº 13 (20/04/20) não apresentaram modificações à referida metodologia. Nos boletins seguintes, até o atual, não foram encontradas novas menções a MDS. Apenas no Boletim nº 18 (18/06/20) foram divulgados dados sobre comportamentos associados ao distanciamento social, por meio da pesquisa Vigitel – COVID-19.¹⁹

Destaca-se que a partir do Boletim nº 20 (01/07/20) a publicação passou a apresentar tópicos que permaneceram nas edições seguintes, indicando uma estabilização de sua estrutura, dedicando-se à divulgação de dados epidemiológicos sobre: casos e óbitos por COVID-19 e síndrome respiratória aguda grave (SRAG) – com destaque para a situação em

¹⁹ Foi observado um percentual de 87,1% de adultos que referiram sair de casa ao menos uma vez na semana anterior à entrevista, independente do motivo.

profissionais de saúde e em gestantes – e sobre a vigilância laboratorial (mais recentemente incluindo a situação de variantes do novo coronavírus.

2.4 Guia de Vigilância Epidemiológica

O Guia de Vigilância Epidemiológica²⁰, de 03/04/20, oferece informações técnicas sobre a Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019, a Vigilância Integrada de Síndromes Respiratórias Agudas e a Doença pelo Coronavírus 2019, Influenza e outros vírus respiratórios.

O documento informa que a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) realizou a adaptação do Sistema de Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas (SVSRA), visando orientar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde para a circulação simultânea do coronavírus, influenza e outros vírus respiratórios no âmbito da ESPIN.

O SVSRA foi criado em 2000 para realizar o monitoramento do vírus influenza a partir da Vigilância Sentinela de Síndromes Gripais (SG). Em 2009, após a pandemia de influenza pelo vírus H1N1, foi incorporada a Vigilância Universal de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

Foi mencionado que a “descontinuidade e a falta de homogeneidade dos serviços de epidemiologia nas diferentes regiões do país dificultam muito a comparação entre os dados de circulação de influenza”.

Esse sistema de vigilância observou que em 2009 (semanas epidemiológicas 16 a 52) foram registrados, no Brasil, 2.051 óbitos ocasionados pelo vírus A (H1N1) pdm09, sendo a taxa de mortalidade nacional de 1,1/100 mil habitantes. A mortalidade foi maior no Sul do país, atingindo 3/100 mil habitantes.

Esse guia foi atualizado,²¹ mantendo indicação de que casos de SG detectados nas unidades de saúde em geral devem ser notificados por meio do sistema e-SUS e também nas Unidades de Vigilância Sentinela de

²⁰ Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/07/GuiaDeVigiEpidemC19-v2.pdf>.

²¹ Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/af_qvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf.

Síndrome Gripal. Todos os hospitais públicos ou privados devem notificar casos de SRAG hospitalizados, por meio do Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).

O Guia oferece extensa informação sobre a investigação laboratorial do Coronavírus, além de abordar as características gerais da COVID-19. A edição atualizada menciona o distanciamento social, sem apresentar critérios de aplicação. Há orientações para isolamento dos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19.

2.5 Diretrizes Clínicas

As Diretrizes para o Diagnóstico e Tratamento da COVID-19²², de 08/04/20, possuem um perfil clínico, para o manejo de pacientes, mas há comentário sobre o uso de máscaras pela população e menção de que “todas as pessoas com diagnóstico de Síndrome Gripal deverão realizar isolamento domiciliar”.

Quanto ao monitoramento, foi indicado que o MS lançou o TeleSUS, composto de duas ferramentas para orientação da população e monitoramento de casos: o Aplicativo Coronavírus SUS (que fornece informações sobre a doença e permite a resposta de um questionário para avaliação da saúde, informando sobre medidas a serem seguidas) e o Chat online (onde o paciente pode informar seus sintomas e receber orientações para permanecer em isolamento domiciliar ou procurar um serviço de saúde).

Além dessas orientações, o TeleSUS realizará o monitoramento dos pacientes em isolamento domiciliar, acompanhando o desenvolvimento dos sintomas sem que a pessoa precise sair de casa.

Não há menção a distanciamento social ou quarentena. Há referência a isolamento domiciliar, como já citado, e ao “isolamento social” em um breve comentário sobre texto do MS a respeito do controle da tuberculose no contexto da pandemia de COVID-19.

²² Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/13/Diretrizes-COVID-13-4.pdf>.

Outro documento do Ministério da Saúde, a Nota Informativa nº 17/2020- SE/GAB/SE/MS, de 15 de junho de 2020,²³ apresentou orientações para o manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da COVID-19.²⁴

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise de documentos legais e técnicos em nível federal indica que, apesar das referências a medidas como isolamento de pacientes e de quarentena, não houve menção ou recomendação formal **prévia** do MS para que Estados e Municípios adotassem “distanciamento social”, mesmo porque o termo só foi usado em 03/04/20, no Boletim Epidemiológico nº 6, e o próprio MS explicitou no Boletim nº 8 que “*durante toda a resposta, o Ministério da Saúde **nunca recomendou** a adoção de qualquer medida de distanciamento social específica*”.

Contudo, uma vez adotadas pelas Unidades Federadas, em meados de março de 2020, o MS demonstrou apoio formal às MDS, por meio de seus boletins e de algumas portarias elaboradas em meados de 2020.

Sobre recomendações para adoção de MDS, apenas em 17/04/20 o Boletim nº 11 apresentou uma metodologia com parâmetros capazes de serem quantificados numa matriz de risco e empregados para avaliação de risco e consequente definição pelos gestores locais a respeito dos tipos de MDS a serem adotados.

Vale registrar que, apesar de a recomendação relativamente tardia de MDS, por meio de documentos formais, o MS já apoiava a medida em meios de comunicação, como se observa em matéria publicada em 20/03/20

²³ Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/08/covid-05mar2021-11h37.pdf>.

²⁴ Contudo, informou que não se trata de um protocolo clínico e que não vincula o prescritor, cabendo ao profissional médico assistente do paciente, avaliar e definir os medicamentos que serão prescritos em cada caso específico. Destacou que apesar de serem medicações utilizadas em diversos protocolos e de possuírem atividade in vitro demonstrada contra o coronavírus, ainda não há meta-análises de ensaios clínicos multicêntricos, controlados, cegos e randomizados que comprovem o benefício inequívoco dessas medicações para o tratamento da COVID-19.

no sítio da Internet do MS²⁵, por ocasião do reconhecimento da transmissão comunitária do coronavírus no território nacional:

*“Em termos práticos, a declaração é um **comando do Ministério da Saúde** para que todos os gestores nacionais adotem medidas para promover o **distanciamento social** e evitar aglomerações, conhecidas como medidas não farmacológicas, ou seja, que não envolvem o uso de medicamentos ou vacinas.”*

Em suma, na falta de uma recomendação formal em nível nacional na fase inicial da epidemia, com parâmetros quantificáveis para a adoção de MDS, o protagonismo formal nessa atividade foi dos gestores de Estados, Municípios e do Distrito Federal; ainda que houvesse apoio do MS por meio de canais de comunicação.

Certamente, o apoio a MDS é relevante, pois essa prática é necessária para o controle da epidemia, de acordo com critérios epidemiológicos, num contexto em que há dificuldade de acesso a vacinas e ausência de medicamentos comprovadamente eficazes contra a COVID-19. Entretanto, um maior alinhamento entre recomendações nacionais presentes em documentos formais e nos canais informais promoveria uma divulgação e prática mais homogênea dessas recomendações.

Uma clara orientação proveniente do MS quanto à adoção de MDS é esperada, de acordo com a competência, atribuída à direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS), pela Lei nº 8.080, de 1990, de definir e coordenar os sistemas de vigilância epidemiológica (art. 16, III, c).

Além disso, a epidemia consiste num problema de saúde pública que pode cruzar fronteiras estaduais, de modo que a atuação do MS é necessária para coordenar e integrar esforços. Sem contar que a definição de critérios e parâmetros nacionais facilita a tarefa dos corpos técnicos dos entes federados de selecionar as estratégias de controle mais adequadas para o nível local.

²⁵ Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46568-ministerio-da-saude-declara-transmissao-comunitaria-nacional>.

Na ausência de critérios nacionais, Estados e Municípios têm adotado critérios variados, o que pode prejudicar uma resposta coordenada e homogênea à pandemia em todo o País, reduzindo a eficiência e aumentando os custos para o sistema de saúde.

Recomendações específicas sobre MDS estão sendo demandadas em vários países, particularmente no momento em que muitos que adotaram medidas de distanciamento social, planejam ou iniciam uma flexibilização dessas medidas.

A OMS tem alertado para o cuidado com que tal flexibilização seja realizada, para evitar novas ondas de casos de COVID-19.²⁶ Assim, esta deveria ocorrer de modo cuidadoso e progressivo.

Os dados levantados nessa nota técnica podem contribuir para o debate em torno dos critérios para adoção ou flexibilização de MDS no País, destacando-se a metodologia apresentada pelo MS no Boletim nº 11.

2021-1792

²⁶ RUPRECHT, T. Coronavírus: 6 medidas antes de flexibilizar o isolamento social. Saúde Abril. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/coronavirus-medidas-flexibilizar-isolamento-social/>.

APÊNDICE 1 – CONTEÚDO DE BOLETINS EPIDEMIOLÓGICOS

São sintetizados a seguir o conteúdo dos Boletins Epidemiológicos do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), elaborados na fase inicial da pandemia (da edição nº 1 à 13), destacando a verificação de recomendações com os termos “distanciamento social” ou “isolamento” ou “quarentena”.

O Boletim nº 1, referente a janeiro de 2020, abordou a situação epidemiológica da nova doença no mundo e no Brasil e focou nas ações de vigilância epidemiológica e controle. Abordou o isolamento de pacientes. Não houve menção à quarentena ou ao distanciamento social.

O Boletim nº 2, referente a fevereiro de 2020, destacou que o Ministério da Saúde declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Abordou a situação epidemiológica no mundo e no Brasil e ações de vigilância epidemiológica e controle, destacando o caso dos viajantes. Abordou o isolamento de pacientes. Não houve menção à quarentena ou ao distanciamento social.

O Boletim nº 3, de 21/02/20, abordou a situação epidemiológica no mundo e no Brasil e as características da nova doença (COVID-19), além de ações de vigilância epidemiológica e de controle. Abordou o isolamento de pacientes e mencionou a quarentena na Coreia do Sul. Não houve menção ao distanciamento social.

O Boletim nº 4, de 04/03/20, destacou ações de vigilância epidemiológica (definições de caso de COVID-19), o aplicativo Coronavírus-SUS e a campanha publicitária, que, na esfera do relacionamento social, recomendou “evitar aglomerações se estiver doente”. Não houve menção ao isolamento, quarentena ou distanciamento social.

O Boletim nº 5, de 14/03/20, abordou: a situação epidemiológica no mundo e no Brasil; a ampliação da vigilância (por meio de definições de casos operacionais e da definição de transmissão local e

comunitária (incluindo orientações sobre exames laboratoriais para casos de Síndrome Gripal (SG) e de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG); e o plano de ação para medidas não farmacológicas, visando retardar a progressão da epidemia e evitar o esgotamento dos serviços de saúde. Foi recomendado que as Secretarias de Saúde dos Municípios, Estados e Distrito Federal avaliem a adoção das recomendações na totalidade ou parcialmente, considerando o cenário epidemiológico da pandemia.

Foram mencionadas medidas para locais com transmissão local e comunitária. Não foi mencionado o distanciamento social, mas houve recomendação de isolamento de sintomático (hospitalar ou domiciliar). Houve menção de quarentena domiciliar para toda população em Wuhan (China). No caso de transmissão comunitária foi recomendada a “**declaração de quarentena** ao atingir 80% da ocupação dos leitos de UTI, disponíveis para a resposta à COVID-19, definida pelo gestor local, segundo **Portaria 356, de 11 de março de 2020**”. Este foi o único parâmetro quantitativo para orientar adoção de medidas de restrição de mobilidade social por gestores, percebido neste boletim, ainda que existam recomendações genéricas relacionadas a ambientes de trabalho e de ensino.

O Boletim nº 6, de 03/04/20, abordou a situação epidemiológica no mundo e no Brasil. O MS avaliou o risco nacional como **muito alto** e recomendou que as Unidades da Federação que implementaram medidas de **distanciamento social ampliado** (DSA) deveriam manter essas medidas até que o suprimento de equipamentos e equipes de saúde estejam disponíveis em quantitativo suficiente, de forma a promover, com segurança, a transição para a estratégia de **distanciamento social seletivo** (DSS).

Foram analisados dados sobre casos confirmados e óbitos por COVID-19. Também foram mencionados dados de SRAG (óbitos e hospitalizações), obtidos pelo Sistema de Informação de Vigilância da Gripe (SIVEP-Gripe). Na seção sobre avaliação da gravidade do impacto sobre a saúde pública, considerando as fases epidêmicas (epidemia localizada, aceleração descontrolada, desaceleração e controle), foi indicado que algumas UF poderiam “estar na transição para fase de aceleração descontrolada”. O Ministério da Saúde passou a recomendar o uso de máscaras faciais para

todos (de tecido para os cidadãos em geral). O DSA, adotado por diversos gestores estaduais e municipais, foi considerado “o único instrumento de controle da doença disponível no momento”. Foi informado que em São Paulo a taxa de transmissibilidade variava de $R_0 > 3$ a $R_0 < 6$ e que após a adoção do distanciamento social ampliado, essa taxa estaria próxima de $R_0 = 2$.

Foram abordados os riscos para os profissionais de saúde e a sazonalidade de gripe nas regiões do Brasil. Foi mencionada uma **descontinuidade e a falta de homogeneidade dos serviços de epidemiologia** nas diferentes regiões do País. Foi destacada a insuficiente capacidade laboratorial do País; carência de profissionais de saúde capacitados para manejo de equipamentos de ventilação mecânica; e insuficientes leitos de UTI e de internação.

Foi considerado que as estratégias de distanciamento social aplicadas pelos Estados e Distrito Federal estão de acordo com recomendações de órgãos internacionais como a OMS, bem como do próprio MS.

Foi destacada a restrição ao deslocamento imposta pelo Brasil, a partir de março, com o fechamento da fronteira com a Venezuela no dia 18 e com quase todos os países no dia seguinte, além de restringir a entrada dos estrangeiros de todas as nacionalidades desde o dia 27.

Foi citada a legislação de referência e também os objetivos estratégicos do MS, entre os quais: “minimizar o impacto social e econômico por meio de parcerias multissetoriais e em apoio às medidas de **distanciamento social ampliado e seletivo** adotados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios”.

Houve rápida menção a exemplos de isolamento e de quarentena em outros países; predominando, entretanto, as menções ao distanciamento social na discussão sobre a situação do Brasil.

O Boletim nº 7, de 06/04/20, abordou: os objetivos estratégicos do SUS para a COVID-19; as medidas adotadas (no formato de linha de tempo) e recomendações sobre medidas não farmacológicas, incluindo o DSA, o DSS e bloqueio total (lockdown). Foram citados seus objetivos, vantagens e

desvantagens. , relacionando-as às diferentes fases epidêmicas (sendo que o **DSS foi recomendado para a fase de epidemia localizada** e o **DSA, para a fase de aceleração**), sem, contudo apresentar parâmetros para a adoção dessas medidas.

Na capa do Boletim foi indicado que, a partir de **13 de abril**, os municípios, Distrito Federal e Estados que implementaram medidas de Distanciamento Social Ampliado (DSA), onde o número de casos confirmados não tenha impactado em mais de 50% da capacidade instalada existente antes da pandemia, deveriam iniciar a transição para DSS.

Também foi recomendado que os locais que apresentarem coeficiente de incidência 50% superior à estimativa nacional deveriam manter essas medidas até que o suprimento de equipamentos (leitos, EPI, respiradores e testes laboratoriais) e equipes de saúde estejam disponíveis em quantitativo suficiente, de forma a promover, com segurança, a transição para a estratégia de DSS, conforme descrito na preparação e resposta segundo cada intervalo epidêmico.

Foi realizada avaliação da gravidade do impacto sobre a saúde pública e citado que:

“... há municípios e/ou regiões de baixa evidência de transmissão, na qual o cenário de maior risco pode acontecer semanas ou meses à frente. Desta forma, políticas e estratégias de distanciamento social e isolamento domiciliar devem ser acionadas a partir de indicadores relacionados ao número de casos e de óbitos por COVID-19 em cada município e/ou região em equilíbrio com a capacidade do sistema de saúde em absorver as pessoas com casos leves e graves.

A mesma política restritiva em locais de nível de risco diferente não trará benefício à população dos locais de menor risco e, ainda por cima, trará o desgaste inevitável de medidas restritivas antes do momento em que as mesmas sejam efetivas para conter a transmissibilidade”.

Foram propostas as seguintes medidas para conter o risco da COVID-19:

- Envolvimento de toda sociedade em medidas de higiene para redução de transmissibilidade (lavagem das mãos, uso de máscaras, limpeza de superfícies...);
- Suspensão de aulas em escolas e universidades, com reavaliação mensal;
- Distanciamento social para pessoas acima de 60 anos, com reavaliação mensal;
- Distanciamento social para pessoas abaixo de 60 anos com doenças crônicas, com reavaliação mensal;
- Distanciamento social no ambiente de trabalho - reuniões virtuais, trabalho remoto, extensão do horário para diminuir densidade de equipe no espaço físico, etc, com reavaliação mensal;
- Isolamento domiciliar de sintomáticos e contatos domiciliares (exceto de serviços essenciais assintomáticos);
- Proibição de qualquer evento de aglomeração (shows, cultos, futebol, cinema, teatro, casa noturna etc), com reavaliação mensal;
- Diminuição da capacidade instalada de bares, restaurantes e afins, com reavaliação mensal.

Foi ressaltado que “tais medidas devem ser implantadas em diferentes momentos, em diferentes locais, de acordo com nível de risco medido localmente” e que “após implantação das mesmas é fundamental monitoramento do risco e que, frente a diminuição do risco, haja período de transição no qual as medidas acima serão reduzidas gradativamente”.

Foi mencionado que “não há possibilidade de evitar a epidemia, há somente a possibilidade de diminuir o pico epidêmico em número de casos e distribuí-los ao longo do tempo a fim de preparar o sistema de saúde,” de modo que instituir medidas não-farmacológicas e não providenciar o aumento de capacidade de absorção de casos leves e graves pelo sistema de saúde é medida inefetiva”.

Foi identificado que pandemia de COVID-19 é dividida em quatro fases epidêmicas: transmissão localizada, aceleração descontrolada,

desaceleração e controle, e que no momento o país se encontrava na **fase de transmissão localizada (comunitária) com alguns locais passando para a fase de aceleração descontrolada.**

O MS avaliou que “as estratégias de distanciamento social adotadas pelos estados e municípios, contribuem para evitar o colapso dos sistemas locais de saúde, como vem sendo observado em países desenvolvidos.”

Foi apresentada a situação epidemiológica no mundo e no Brasil, pela observação de casos confirmados, óbitos confirmados e hospitalizações por SRAG. Finalmente, foi apresentada estratégia de afastamento laboral (com previsão de retorno com base, em geral, em testes de laboratório) apenas para profissionais de saúde e de segurança; embora tenha sido informado que “diante da disponibilidade de testes”, essas medidas seriam adotadas para outros trabalhadores da cadeia produtiva”.

O Boletim nº 8, de 09/04/20, abordou: os objetivos da resposta do SUS; a situação epidemiológica ; as hospitalizações por SRAG; orientações sobre testes rápidos e balanço da situação de testes no País (inclusive sobre os adquiridos); a estratégia de afastamento laboral; além de conceitos sobre medidas de distanciamento social (MDS); as fases epidêmicas e uma análise de risco atualizada. Nessa atualização, foram incorporadas seção de “Esclarecimentos”, a qual informou que “durante toda a resposta, o Ministério da Saúde **nunca recomendou a adoção de qualquer medida de distanciamento social específica**” e que “esse ato deve ser adotado pelos gestores locais, com base em suas realidades epidemiológicas e estruturais”, de modo a retardar “o pico da epidemia, tempo que deve ser utilizado pelos gestores locais para preparar a assistência aos pacientes”. Alertou, ainda que “qualquer medida de relaxamento não será possível sem o preparo da rede de atenção à população”.

Ressaltou que, embora o BE07 traga uma sinalização de data, 13 de abril, após a páscoa, o **boletim** neste momento condiciona qualquer situação de diminuição do isolamento social às medidas de estruturação do sistema.

Apresentou os seguintes “parâmetros”, relacionados ao reforço de estrutura: equipamentos (respiradores, equipamentos de proteção individual, testes laboratoriais); recursos humanos; leitos de UTI e internação.

Foi observado que **86% dos municípios brasileiros**, até 08/04, não possuíam nenhum caso confirmado de SRAG e/ou COVID-19 e que “a definição dessas estratégias, devem levar em conta a capacidade assistencial já disponível para o atendimento ao aumento de demanda”.

Foram citados cinco exemplos de situações para a tomada de decisão, conforme a evolução da epidemia em cada local, exemplos:

- Situação 1: Locais sem registros de casos suspeitos (sem laboratório) de SRAG ou SG por vírus respiratórios, podem avaliar a adoção apenas de intensificação de medidas de higiene e etiqueta social, investigação de casos e contatos. Alguns locais podem passar pela epidemia sem ter nenhum caso suspeito registrado.

- Situação 2: Locais que implementaram medidas de distanciamento social ampliado e que, após avaliação local, migraram para distanciamento social seletivo pois a situação epidemiológica e estrutural assim permitiram.

- Situação 3: Local que não tinha implementado nenhuma medida de distanciamento social, mas que devido a velocidade de transmissão e estrutura existente, tiveram que iniciar com bloqueio total.

- Situação 4: Local que está em DSA e que implantou bloqueio total e depois migrou para DSS.

- Situação 5: Local que entrou em DSS e teve que implantar bloqueio total.

O texto concluiu que o “Ministério da Saúde, apresenta elementos para a reflexão do gestor local, que é **o responsável final pela decisão**”.

O Boletim nº 9, de 11/04/20, abordou a situação epidemiológica da COVID-19 no mundo e no Brasil. Foi indicado que o Brasil ainda está em uma fase inicial da epidemia, tendo apresentado uma aceleração no número de

casos confirmados na semana epidemiológica 15 (05-10/04). Foram apresentados dados de: coeficientes de incidência e de mortalidade, incluindo regiões de saúde; óbitos e hospitalizações por SRAG; testes moleculares distribuídos. O boletim foi finalizado com lista de informações sobre COVID-19, acessíveis pela Internet. Não houve menção a isolamento ou ao distanciamento social.

O Boletim nº 10, de 16/04/20, abordou a situação epidemiológica da COVID-19 no mundo e no Brasil, apresentando indicadores semelhantes ao boletim anterior. Foram incluídos anexos com tabelas com coeficientes de incidência e de mortalidade por capitais, regiões metropolitanas e por regiões de saúde. Não houve menção a isolamento ou ao distanciamento social.

O Boletim nº 11, de 17/04/20, data da posse do novo Ministro da Saúde, abordou: a COVID-19 no mundo e no Brasil; os primeiros resultados da pesquisa telefônica Vigitel-COVID (que incluiu o “isolamento social”, com valor de 90,9% dos respondentes confirmando a prática) e avaliação de risco em saúde pública.

Na avaliação de risco foram abordadas metodologias a serem usadas por equipes de avaliação, incluindo questões de avaliação e caracterização de níveis de risco, por meio de matriz de risco que considera ameaça (incidência de COVID-19 por 1.000.000) e vulnerabilidade (proporção de leitos de UTI ocupados por casos de SRAG).

Para calcular o critério de ameaça, os municípios brasileiros com casos confirmados de COVID-19 foram ordenados conforme a incidência e divididos em cinco grupos iguais (quintis), adotando-se a seguinte classificação: 1º quintil - incidência muito baixa; 2º quintil - incidência baixa; 3º quintil - incidência média; 4º quintil - incidência alta; e 5º quintil - incidência muito alta. A classificação dos municípios nesses cinco grupos está disponível no endereço eletrônico <https://bit.ly/incmunic17abr2020>, a partir dos dados atualizados em 16 de abril de 2020. A mesma classificação foi aplicada para capitais, regiões metropolitanas e regiões de saúde.

A matriz permite identificar níveis de risco de baixo a extremo, cada qual associado a um tipo de distanciamento social, que vai de DSS básico, DSS intermediário, DSS avançado, DAS e bloqueio total (lockdown). Para cada um desses tipos de distanciamento foram recomendadas medidas preventivas claras e de intensidade crescente. Os condicionantes de avaliação de risco foram mantidos: equipamentos (respiradores, equipamentos de proteção individual, testes laboratoriais); recursos humanos (profissionais que manejam aparelhos de ventilação mecânica e outros profissionais); leitos de UTI e internação (nesse item foram mencionadas “estratégias de telemedicina, de Atenção Primária à Saúde – APS”).

Foram mantidos os anexos sobre incidência e mortalidade.

O Boletim nº 12, de 19/04/20, abordou: a COVID-19 no mundo e no Brasil, apresentados como painel de indicadores; recomendações da OMS sobre técnicas e ensaios laboratoriais no âmbito da COVID-19, cenários para testagem; e detalhadas estratégias para ampliação da capacidade laboratorial no Brasil. Foi mencionado um Guia para a Rede Laboratorial de Vigilância de Influenza no Brasil.²⁷ Há menções sobre distanciamento social em exposições sobre as estratégias promovidas pela OMS.

O Boletim nº 13, de 20/04/20, abordou: a COVID-19 no mundo e no Brasil, além de indicadores sobre casos e óbitos por COVID-19 e por SRAG. Não houve menção a MDS.

2021-1792

²⁷ Disponível em:
https://bvsm.sau.de.br/bvs/publicacoes/guia_laboratorial_influenza_vigilancia_influenza_brasil.pdf.