

Nota Técnica Sobre as Medidas adotadas no Plano São Paulo

Nota produzida pelos pesquisadores do grupo COVID-19 BRASIL
(<https://ciis.fmrp.usp.br/covid19/>)

Síntese e conclusões

No dia 27/05, o Governador do Estado de São Paulo, João Doria, em coletiva à imprensa, apresentou o seu plano de relaxamento das medidas de isolamento social. O plano faz uma distribuição temerária (e política, sem critérios fundamentados) dos municípios que poderiam se enquadrar em cada fase de abertura. No dia 29/05 foi publicado no Diário Oficial um decreto complementar ao Plano São Paulo nº 64.994, de 28 de maio de 2020 dispondo as condições epidemiológicas e estruturais do plano São Paulo.

A epidemia da COVID-19 no Estado de São Paulo, que teve o seu primeiro caso no dia 25/02, chega ao final de maio em sua situação mais crítica. No mês de junho houve um agravamento em que o plano esteve vigente houve um agravamento da pandemia no estado principalmente nas cidades do interior. Ainda em julho, teremos o pior cenário no enfrentamento da pandemia no Estado. As evidências desse quadro vêm sendo construídas desde o começo da epidemia no portal de monitoramento e análise COVID-19 BRASIL¹.

Na sua apresentação, o Governador argumenta que “medidas de isolamento social achataram a curva de contágio em São Paulo em relação a outros países e ao Brasil”. Uma semana mais cedo (20/5), o governador alertava para a possibilidade de um *lockdown* no Estado de São Paulo, em razão do crescimento no número de novos casos em todas as regiões do Estado, em ritmo mais acelerado do que na região metropolitana da capital.² Duas semanas antes (13/05), classificara o mau exemplo de reabertura parcial da economia na Alemanha como uma atitude “precipitada”³.

Na ocasião, o governador emitiu a seguinte declaração: "Se nós não tivermos solidariedade, os índices crescerem ainda mais, e colocarmos em risco a vida das pessoas, seremos obrigados a adotar o 'lockdown'". De acordo com o monitoramento do próprio

¹ <https://ciis.fmrp.usp.br/covid19/>

² <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/05/coronavirus-cresce-mais-em-todo-o-estado-que-na-capital-e-sp-pode-ampliar-megaferiado.shtml?origin=uol>

³ “Em várias regiões da Alemanha, o que havia sido aberto voltou a ser fechado. O governo alemão reconheceu uma precipitação na reabertura do comércio em algumas regiões. A própria chanceler Angela Merkel fez, de maneira muito zelosa, este reconhecimento”
<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/05/13/doria-diz-que-isolamento-salvou-25-mil-vidas-e-m-sp-e-admite-novas-medidas-em-caso-de-2a-onda-de-contaminacao-por-coronavirus.ghtml>

governo estadual, desde então o isolamento social não aumentou em São Paulo. Ao contrário, diminuiu⁴. Gostaríamos de saber, portanto, o que mudou na análise de lá pra cá.

Mas então, qual é o raciocínio que tem sido apresentado pelo governo do Estado de São Paulo como uma “quarentena inteligente”. Primeiramente vale lembrar que na definição de quarentena especificamente não cabe a idéia de flexibilização bem como não existe e nem nunca existiu nos anais da ciência ou da medicina uma “quarentena heterogênea”, uma quarentena com qualquer tipo de relaxamento.

Todo o critério, no plano, foi pensado para privilegiar o comércio e não a saúde da população. Realmente, segundo o plano, a classificação final da área corresponderá à menor nota atribuída a um dos critérios (1) Capacidade do Sistema de Saúde ou (2) Evolução da Epidemia. Ou seja, um município por exemplo em uma semana pode elevar a sua ocupação de leitos até perto de 80%, dobrando o número de casos e de óbitos que esse município vai garantir a permanência do comércio aberto.

Além disso, como no Estado de São Paulo ainda não é realizada a testagem em massa, não é possível auferir o indicador (também reconhecido pela a OMS: detectar, testar, isolar e tratar adequadamente casos de COVID-19, além de rastrear e monitorar contato) necessário para se saber o real número de infectados em um município ou região. Tampouco fica claro no documento como será apurado o grau de adesão a esses protocolos de testagem por cada município.

Diante do cenário atual, toda a experiência acumulada, no exterior e no Brasil, demonstra de modo inquestionável o impacto do distanciamento social ampliado como medida eficaz no controle da velocidade de propagação da infecção pelo SARS-CoV-2. Antes que venhamos a dispor de uma vacina ou tratamento medicamentoso efetivos contra o novo coronavírus, os cuidados higiênicos – lavar frequentemente as mãos, o uso de álcool em gel e de máscaras –, associados ao distanciamento social ampliado, são as únicas medidas reconhecidas para se contrapor às graves consequências, com riscos à saúde pública e à vida das pessoas, da pandemia.

Apresentamos a seguir, primeiramente uma análise detalhada dos pressupostos do plano São Paulo, mostrando que em sua concepção existem falhas e interpretações erradas dos fatos em sua origem. Na sequência, apresentamos um conjunto de evidências coletadas sobre o real cenário em que se encontram as regiões e municípios do Estado de São Paulo e estudos apresentados por diferentes grupos de pesquisa do Estado de São Paulo, fazendo uma análise dos danos causados à população, devido ao relaxamento, como foi planejado e adotado a partir do dia 1º de junho. Esses danos são discutidos em

⁴ <https://www.saopaulo.sp.gov.br/coronavirus/isolamento/>

um horizonte de um mês após a pretendida abertura em diante, mostrando que as prerrogativas assinaladas pelos gestores do Estado para essa tomada de decisão não estão embasadas em evidências científicas, mas em questões políticas, alijadas de uma visão voltada para a saúde pública. Na última seção, apresentamos um conjunto de recomendações a serem seguidas para preservar vidas.

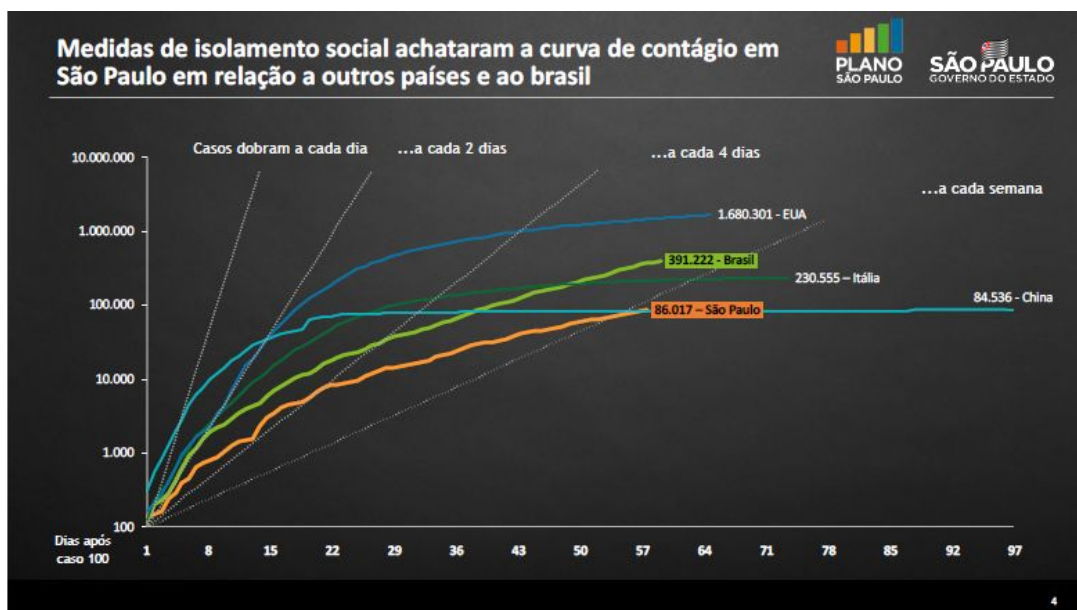
O Plano São Paulo

Frente à apresentação feita pelo governador João Dória a respeito do plano de relaxamento das medidas de isolamento social, elencamos um conjunto de evidências científicas para embasar a síntese e as conclusões sobre tais medidas, buscando explicitar como o plano pode afetar de imediato a saúde da população.

Neste documento, contestamos alguns pressupostos e critérios das medidas a serem adotadas no Estado de São Paulo. Em seguida, elencamos algumas estimativas de possíveis danos causados pelas medidas de relaxamento, se seguirem enquanto tais.

1) Pressuposto 1 - medidas de isolamento social achataram a curva de contágio em São Paulo em relação a outros países e ao Brasil (slide 4 no “plano”)

Segundo a apresentação de 27/05, um dos pressupostos da decisão de adotar medidas de relaxamento tem base no gráfico abaixo (apresentado no slide 4 do plano original apresentado no dia 27/05 e estranhamente retirado da apresentação que consta no site do governo atualmente <https://www.saopaulo.sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/PlanoSP-apresentacao.pdf>) que mostra o comparativo da evolução do número de casos de São Paulo em relação ao Brasil e outros países. Segundo o “Plano”, este gráfico mostraria uma estabilidade da curva de contágio no Estado.



O mesmo gráfico, visto porém em escala logarítmica, mostra exatamente o contrário do que argumenta o governador. Realmente, é possível observar nesse gráfico, que a curva brasileira do Estado de São Paulo, segue uma tendência de crescimento (aceleração), enquanto que as curvas dos outros países apresentados, como EUA, China e Itália estavam desacelerando.

Isso corrobora o que vem sendo amplamente divulgado tanto pelo portal Covid-19 BR, como nos portais de acompanhamento de casos de outros centros de referência no mundo⁵. É fato que o Brasil já se tornou o epicentro mundial da pandemia.

Além disso, fazemos uma análise adicional da situação do estado de São Paulo quando da decisão de se adotar o plano. Na Figura 1 é possível observar que a curva brasileira para número de casos mostra uma tendência de crescimento mais forte em relação aos demais países. Observando o segundo gráfico da Figura 1, que indica a taxa de aceleração, caso a curva fique abaixo do eixo X (0) isso significa que o país apresenta valores negativos de aceleração (está se desacelerando). Neste segundo gráfico é possível observar que países como Espanha, Suíça e França experimentaram uma taxa de aceleração muito alta no início, mas agora têm um comportamento de desaceleração.

Ademais, os casos confirmados estão diminuindo e a epidemia está desacelerando na maioria dos países. As exceções são Brasil, Irã, Índia, Rússia e Austrália. De fato, a partir do 54º dia, o Brasil é o país com a maior taxa de crescimento de casos confirmados. No Brasil, as curvas da taxa de aceleração dos casos confirmados ainda estão aumentando

⁵ Imperial College report 21 especial sobre o Brasil <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-21-brazil/> e John Hopkins <https://coronavirus.jhu.edu/>

desde o início da pandemia. Olhando para o número absoluto de casos, em 22 de maio, o Brasil se tornou o segundo país no ranking mundial do número de casos confirmados.

Na mesma figura, é possível observar a situação do Estado de São Paulo, que apesar de apresentar taxa de aceleração ligeiramente menor do que a do Brasil, ainda apresenta taxa de aceleração positiva, diferindo do padrão da maioria dos outros países.

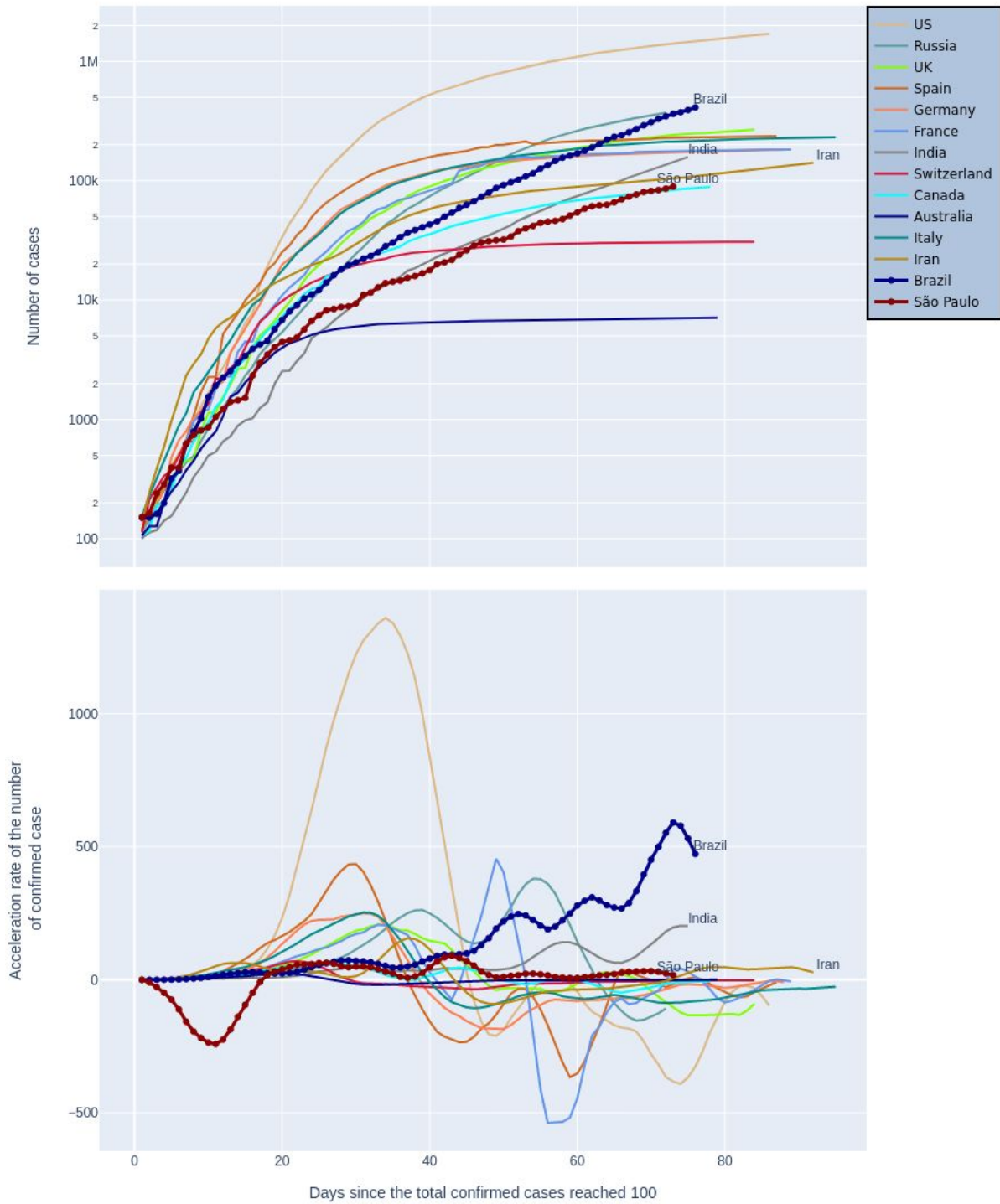
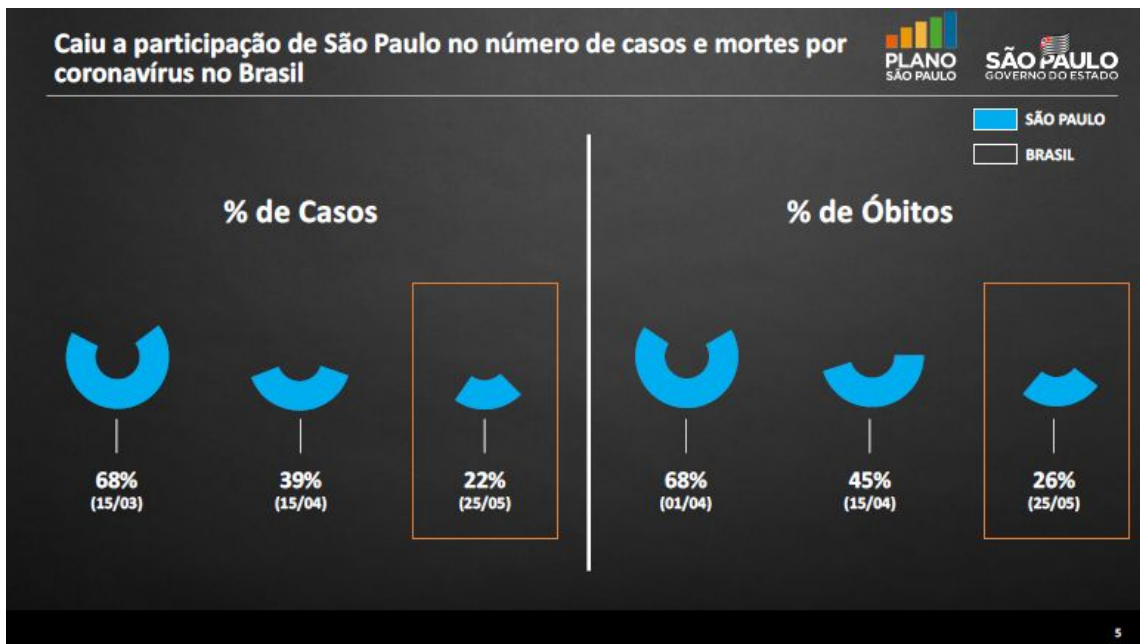


Figura 1: Total de casos confirmados de COVID-19 e taxa de aceleração dos casos confirmados. A curva superior representa os casos confirmados de COVID-19. O número de casos informados é menor que o número real, principalmente por causa da limitação de testes. A curva inferior apresenta a taxa de aceleração do número confirmado de casos calculado para os mesmos países. Fonte: COVID-19 BRASIL <https://ciis.fmrp.usp.br/covid19/>

2) Pressuposto 2 - Caiu a participação de São Paulo no número de casos e mortes por coronavírus no Brasil (slide 5 do “plano”)

Este argumento, utilizado também como pressuposto para planejar o relaxamento das medidas de restrição, é falho (e também foi retirado da apresentação do plano que consta no site do governo <https://www.saopaulo.sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/PlanoSP-apresentacao.pdf>).



Como o Estado de São Paulo foi o primeiro Estado Brasileiro a apresentar casos no Brasil, com o avançar da pandemia em outros Estados, sempre a partir da evolução dos casos em suas capitais, a contribuição de São Paulo para o cômputo de casos e de óbitos no Brasil deve, de forma lógica, diminuir. Isso não quer dizer que a epidemia em São Paulo esteja controlada no período que abrange os slides do governo. Ao contrário, o padrão da (preocupante) evolução dos casos em outros estados brasileiros segue sendo observado também em São Paulo.

Esta é uma questão de matemática simples. Se São Paulo, no início da pandemia contava com aproximadamente 100% dos casos no Brasil, esse número, conforme a pandemia chegue à outras regiões e Estados, deve sempre declinar.

3) Sobre os Critérios adotados para definir fases de relaxamento das medidas de isolamento

Os critérios adotados para avaliar quando um município pode flexibilizar as medidas de isolamento (como apresentado no slide 11 da apresentação) seguem de forma relativamente completa os critérios apresentados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em sua última atualização⁶.



À primeira vista, os indicadores para a retomada das atividades (ver figura 2) de forma segura no Estado parecem adequados, já que esses números refletem a gravidade da epidemia em um município. Dito isto, é importante ressaltar que o Governo do Estado de São Paulo não estabeleceu quais valores ou tendências esses indicadores devem ter para que um município possa pleitear estar em uma das 5 fases estabelecidas (como consta na figura 3).

Critério	Indicadores
Capacidade do Sistema de Saúde	Taxa de ocupação de leitos UTI COVID
	Leitos UTI COVID / 100k habitantes
Evolução da epidemia	Número de casos
	Número de internações
	Número de óbitos

Figura 2: Slide da apresentação do governo do Estado de São Paulo onde são apresentados os critérios de cálculo de fases

6

https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020.pdf?sfvrsn=29da3ba0_19

Nível de restrição da fase de modulação do Plano São Paulo

Setores temáticos	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Fase 5
Espaços públicos	x	x	x	x	x
Atividades imobiliárias	x	Aberto com restrições	✓	✓	✓
Concessionárias	x	Aberto com restrições	✓	✓	✓
Escritórios	x	Aberto com restrições	✓	✓	✓
Bares, restaurantes e similares	x	x	Aberto com restrições	Aberto com restrições	✓
Comércio	x	Aberto com restrições	Aberto com restrições	Aberto com restrições	✓
Shopping center	x	Aberto com restrições	Aberto com restrições	Aberto com restrições	✓
Salão de beleza	x	x	Aberto com restrições	Aberto com restrições	✓
Academia	x	x	x	Aberto com restrições	✓
Teatro, cinemas	x	x	x	x	x
Promover eventos que geram aglomeração, incl. esportivos	x	x	x	x	x
Indústria não essencial	✓	✓	✓	Restrições	✓
Construção civil	✓	✓	✓	✓	✓
Educação	A ser definido				
Transporte					

12

Figura 3: Slide da apresentação do governo do estado de São Paulo onde são apresentados os níveis de restrição por fases

Embora o documento apresente um panorama de como o relaxamento da mobilidade pode ocorrer em fases (projetando horizontes no tempo para o retorno à atividade), alertamos que **a projeção está sendo feita sem um planejamento baseado em dados, que devem ser espelhados por valores e tendências dos indicadores estabelecidos para tal.**

4) Parecer sobre as condições epidemiológicas e estruturais do plano São Paulo publicadas no Diário Oficial decreto nº 64.994, de 28 de maio de 2020

No Diário Oficial do dia 29/05, o Governador João Dória publicou o decreto nº 64.994, de 28 de maio de 2020, dispondo sobre medidas de quarentena relativas ao plano São Paulo. A Tabela abaixo (slide 2) discrimina em números os critérios de transição entre as diferentes fase do plano São Paulo.

Metodologia – cálculo dos critérios

Critério	Indicador	Variável	Peso	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
				Alerta máximo	Controle	Flexibilização	Abertura parcial
Capacidade e do Sistema de Saúde	Taxa de ocupação de leitos UTI COVID (%)	O	4	Acima de 80%	Entre 70% e 80%	Entre 60% e 70%	Abaixo de 60%
	Leitos UTI COVID / 100k habitantes	L	1	Abaixo de 3,0	Entre 3,0 e 5,0	Acima de 5,0	Acima de 5,0
Evolução da epidemia	# de novos casos últimos 7 dias / # de novos casos 7 dias anteriores	Nc	1	Acima de 2,0	Acima de 2,0	Entre 1,0 e 2,0	Abaixo de 1,0
	# de novas internações últimos 7 dias / # de novas internações 7 dias anteriores	Ni	3	Acima de 1,5	Entre 1,0 e 1,5	Entre 0,5 e 1,0	Abaixo de 0,5
	# de óbitos por COVID nos últimos 7 dias / # de óbitos por COVID nos 7 dias anteriores	No	1	Acima de 2,0	Entre 1,0 e 2,0	Entre 0,5 e 1,0	Abaixo de 0,5
Valor para o cálculo				1	2	3	4

$$(1) \text{ Capacidade do Sistema de Saúde} = (O*4 + L*1)/(4 + 1)$$

$$(2) \text{ Evolução da epidemia} = (N_c * 1 + N_i * 3 + N_o * 1)/(1 + 3 + 1)$$

A classificação final da área corresponderá à menor nota atribuída a um dos critérios (1) Capacidade do Sistema de Saúde ou (2) Evolução da Epidemia, arredondada para baixo até o número inteiro mais próximo.

Sobre os critérios adotados no Plano São Paulo, como apresentado acima, destacamos várias inconsistências técnicas:

1. Qual foi o critério adotado para dar peso 4 para a taxa de ocupação de leitos? Esse fato privilegia muitos municípios do interior a se deslocarem para zonas mais liberais de relaxamento.
2. Segundo as nossas recomendações, como também as recomendações da nota técnica da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), para haver qualquer tipo de relaxamento há de se observar uma redução sustentável no número de novos casos bem como no número de óbitos. Por sustentável entenda-se que esses números têm de decrescer de forma observada por um período de 3 semanas. Sendo assim, não é um critério plausível uma redução relativa entre semanas.
3. Ainda com relação a variação do número de óbitos e número de casos é adstringente que municípios podem ser avaliados para estar na fase laranja (com shoppings e comércio abertos) mesmo em face a ter os indicadores de evolução da epidemia acima de 2. Isso mostra que esses indicadores, da maneira como foram expressos foram pensados para que esse tipo de comércio permaneça aberto mesmo em face ao crescente dano na população. Com um cálculo simples um município pode dobrar o número de óbitos ou o número de casos em uma semana e mesmo assim ser avaliado para permanecer nessa fase.
4. Todo o critério foi pensado para privilegiar o comércio e não a saúde da população. Veja aqui tem um ponto crucial que mostra essa tentativa. A classificação final da área corresponderá à menor nota atribuída a um dos critérios (1) Capacidade do

Sistema de Saúde ou (2) Evolução da Epidemia. Ou seja um município pode ter a sua capacidade do sistema deteriorada e parâmetros da evolução da epidemia satisfatório e mesmo assim ter uma classificação final boa (no mínimo de se manter naquela fase). Então um município por exemplo em uma semana pode elevar a sua ocupação de leitos até perto de 80%, dobrando o número de casos e de óbitos que esse município vai garantir a permanência do comércio aberto.

Por fim, as condições apresentadas no Anexo III do decreto, relacionados na tabela abaixo, não garantem de maneira nenhuma a diminuição da transmissão do vírus nesses ambientes. Ao contrário, o fato de concentrar a demanda (já bastante reprimida) do público em horários reduzidos de funcionamento para shoppings, comércios, serviços, bares, salões, pode causar ainda mais aglomerações.

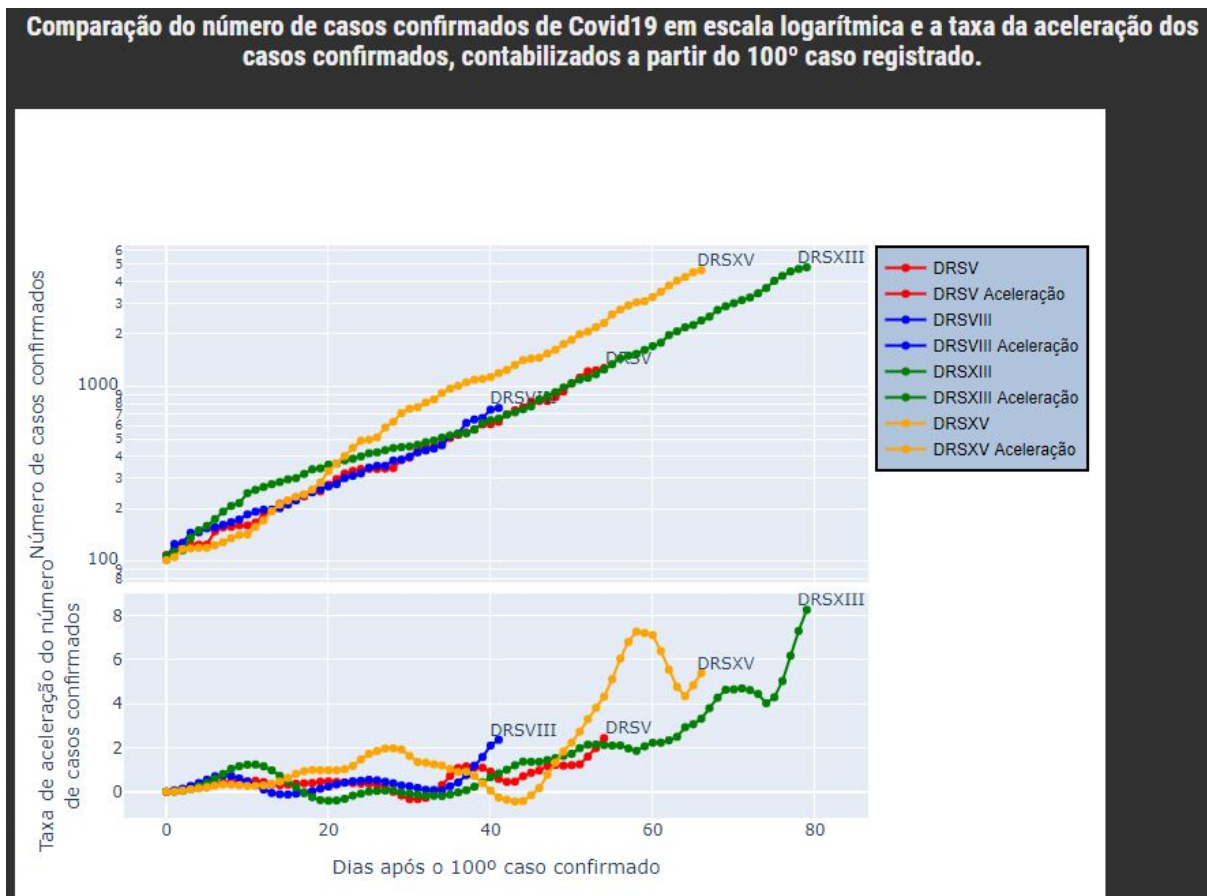
Atendimento presencial	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
"Shopping center", galerias e estabelecimentos congêneres	x	Capacidade 20% limitada Horário reduzido (4 horas seguidas) Proibição de praças de alimentação Adoção dos protocolos padrões e setoriais específicos	Capacidade 40% limitada Horário reduzido (6 horas seguidas) Proibição de praças de alimentação (exceto ao ar livre) Adoção dos protocolos padrões e setoriais específicos	Capacidade 60% limitada Adoção dos protocolos padrões e setoriais específicos
Comércio	x	Capacidade 20% limitada Horário reduzido (4 horas seguidas) Adoção dos protocolos padrões e setoriais específicos	Capacidade 40% limitada Horário reduzido (6 horas seguidas) Adoção dos protocolos padrões e setoriais específicos	Capacidade 60% limitada Adoção dos protocolos padrões e setoriais específicos
Serviços	x	Capacidade 20% limitada Horário reduzido (4 horas seguidas) Adoção dos protocolos padrões e setoriais específicos	Capacidade 40% limitada Horário reduzido (6 horas seguidas) Adoção dos protocolos padrões e setoriais específicos	Capacidade 60% limitada Adoção dos protocolos padrões e setoriais específicos
Consumo local (Bares, restaurantes e similares)	x	x	Somente ao ar livre Capacidade 40% limitada Horário reduzido (6 horas seguidas) Adoção dos protocolos padrões e setoriais específicos	Capacidade 60% limitada Adoção dos protocolos padrões e setoriais específicos
Salões de beleza e barbearias	x	x	Capacidade 40% limitada Horário reduzido (6 horas seguidas) Adoção dos protocolos padrões e setoriais específicos	Capacidade 60% limitada Adoção dos protocolos padrões e setoriais específicos
Academias de esporte de todas as modalidades e	x	x	x	Capacidade 60% limitada Adoção dos protocolos padrões e setoriais específicos
Outras atividades que geram aglomeração	x	x	x	x

Os danos do plano São Paulo (mês de junho)

A partir do dia 1 de junho foi adotado o Plano São Paulo, com um cenário de flexibilização, sendo que a cada semana se monitorou a evolução da epidemia de maneira regionalizada no Estado. Esse monitoramento tem sido apresentado pelo governo do Estado como uma estratégia segura para a população. Entretanto do ponto de vista epidemiológico efetivamente o quadro que se observou em todo o estado, no mês de junho, foi de uma deterioração e agravamento da disseminação do vírus na população.

O primeiro óbito anotado no Estado de São Paulo foi no dia 17/03 e até o dia 31/05 o estado tinha acumulado 7615 óbitos. Do dia 01/06 até o dia 30/06, tivemos no estado mais 7148 óbitos. Um acúmulo em um mes de quase 100% dos óbitos observados em quase 3 meses (vale lembrar aqui que o número de óbitos são esperados crescer de uma a duas semanas após a observação do aumento do número de casos).

Logo nas duas primeiras semanas do Plano São Paulo foi possível observar, no interior do Estado uma intensificação no número de casos, como pode ser observado nos gráficos figura abaixo, que representam os casos acumulados e a aceleração do aumento diário dos casos em vários Departamentos Regionais de Saúde (DRSs) do interior de São Paulo



Particularmente é possível observar o agravamento nos, DRS V de Barretos, no DRS VIII de Franca, DRS XIII de Rbierão Preto e no DRS XV de São José do Rio Preto. Alguns deles, logo ao fim da primeira semana de junho tiveram de retroceder à fase vermelha e tem observado um aumento descontrolado na taxa de ocupação de leitos e de óbitos (como no caso do DRS VIII e DRS XIII) e outros voltaram mais recentemente a fase laranja mesmo com o agravamento observado no número de casos e internações (como no caso do DRS V e DRS XV).

É interessante observar que a para vários municípios dessas regionais (como de outros no estado) menores, mas que são próximos das cidades polos, até o momento da abertura de shoppings e o comércio no dia 01/06, estabelecido para a fase laranja o número

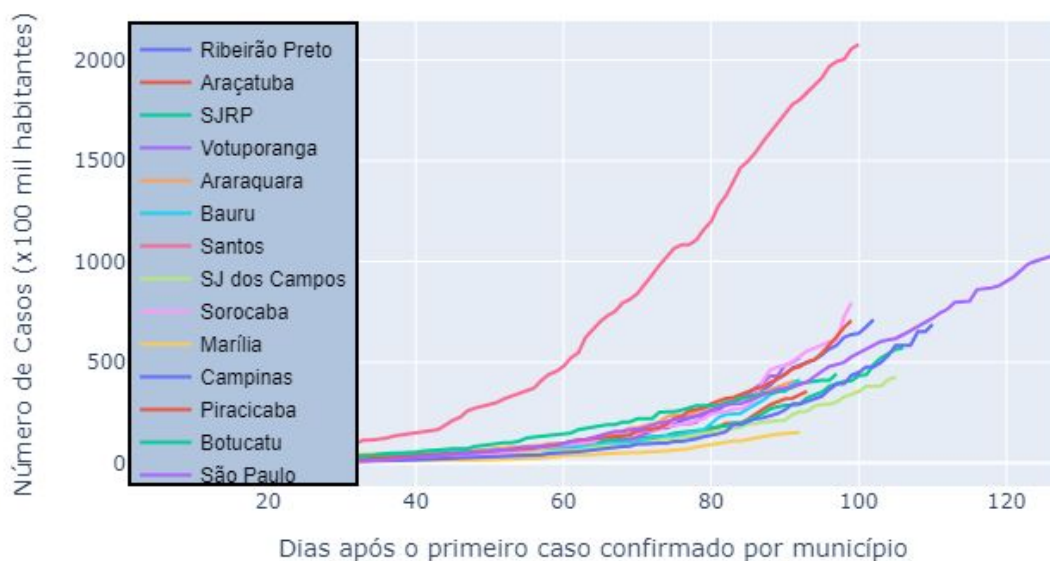
de casos era pequeno ou inexistente, como mostrado na tabela a situação do DRS V de Barretos.

Município	Confirmados	Confirmados (x100mil Hab.)	Óbitos	Óbitos (x100mil Hab.)	Dias após 1º Confirmado
Barretos	701	574.1	23	18.8	79
Guaíra	110	269.7	2	4.9	63
Olímpia	102	186.2	3	5.5	43
Bebedouro	82	105.8	5	6.5	81
Terra Roxa	65	693.7	1	10.7	78
Vista Alegre do Alto	43	488.1	2	22.7	63
Jaborandi	37	534.0	1	14.4	63
Colina	33	178.7	3	16.2	57
Viradouro	23	121.7	3	15.9	60
Severínia	23	131.5	0	0.0	16

Nessa tabela pode ser observado o caso do município de Severínia que até o dia 31/05 não tinha nenhum caso e a partir da abertura do Shopping em Barretos no dia 01/06 apresentou casos logo nos primeiros 5 dias de abertura e depois de 16 dias da abertura, já tinha 23 casos.

A figura abaixo dá um cenário mais preciso do dano causado a população ao se observar para as cidades polos do Estado o crescimento exacerbado de casos a partir do dia 01/06 em relação a cidade de São Paulo que foi a primeira cidade do Brasil a apresentar casos (tem 127 dias de epidemia). Nessa figura é possível observar, que muitos desses municípios em que a epidemia começou com mais de um mês de atraso em relação a capital, a partir da adoção do plano São Paulo, apresentaram casos por 100 mil habitantes, maiores que a capital.

É importante frisar, que muitos desses municípios, mesmo em face ao aumento de casos e de óbitos tem apresentado recursos junto a Secretaria de Saúde de São Paulo, para progredir de fase (como é o caso de Santos).



Outro aspecto que é importante frisar que segundo as projeções do grupo COVID 19 Brasil e do IHME (<https://covid19.healthdata.org/brazil/sao-paulo>) ao se continuar com o plano São Paulo de flexibilização devemos observar perto de 30 mil óbitos e mais de 185 mil internações.

Vale lembrar que na definição de quarentena especificamente não cabe a idéia de flexibilização bem como não existe e nem nunca existiu nos anais da ciência ou da medicina uma “quarentena heterogênea”, uma quarentena com qualquer tipo de relaxamento.

Além do mais, de uma maneira cínica o plano São Paulo fala de medidas de higiene a serem tomadas para ambientes fechados e transportes públicos (como medir temperatura ao entrar, disponibilidade de álcool em gel, etc). Essas medidas não são de maneira nenhuma suficientes para controlar a disseminação do vírus na população já que com o aumento de casos observado a única medida conhecida até aqui é o isolamento social. Não existe isolamento com pessoas aglomeradas em comércios, ambientes de trabalho e transportes públicos, bem como não há fiscalização efetiva para isso. Não existe diferença em ambientes fechados para um número ideal de pessoas, havendo pessoas o risco de contaminação é o mesmo.

Assim, fica a preocupação que adicionalmente às medidas de progressão de relaxamento que estão incluídas no plano São Paulo, tem sido planejado a volta às aulas, a volta da prática de esportes em campeonatos do Estado e a possibilidade das eleições municipais ainda este ano. Todas essas atividades envolvem riscos a saúde da população e só deveriam ser pensadas caso o Estado de São Paulo observe as recomendações abaixo

Recomendações sobre o atual cenário

Corroboramos com a Organização Mundial de Saúde (OMS) que recomenda enfaticamente a importância de os governos planejarem antecipadamente com cuidado e responsabilidade o momento mais adequado de flexibilizar as medidas de distanciamento social, com forte mobilização e corresponsabilização dos diferentes setores da sociedade. Assim, seguindo as recomendações da OMS, como também observando a experiência internacional de países que começaram a praticar esse relaxamento, seria fundamental estabelecer um quadro de critérios mais completo para a tomada de decisão.

1) Comportamento dos indicadores para Flexibilizar

Como sugestão, para se enquadrar objetivamente um município em uma fase qualquer estabelecida para o relaxamento os critérios a serem adotados deveriam observar:

1. A diminuição do número de infectados consistentemente durante um prazo de 3 semanas (OMS: a transmissão da COVID-19 deve estar sob controle, com redução sustentada do número de novos casos e óbitos por um período de tempo determinado);
2. Que o número de óbitos deve diminuir por no mínimo 2 semanas.
3. Que o número de internações por COVID 19 não deve aumentar por no mínimo 2 semanas.
4. Que a taxa de ocupação de leitos não deva crescer de maneira sustentável por no mínimo 2 semanas (essa deve ser medida de forma regionalizada para municípios que são referências regionais de saúde).
5. A quantidade de leitos de UTI COVID por 100.000 habitantes. Deve ser levado em consideração se esta capacidade (aferida para um município) regionalizada atende ao município.

2) A questão das testagens

Outro indicador importante que consta no relatório da OMS, citado de maneira secundária na apresentação do Governo do Estado de São Paulo, é a capacidade de cada município de fazer testagem na população.

Com relação à adesão aos protocolos de testagem, o documento não especifica quais protocolos deverão ser seguidos, nem o volume de testes que serão realizados na população. Isso é importante pois o protocolo padrão que tem sido adotado no Brasil é insuficiente para se saber o real número de infectados em cada município.

O protocolo vigente no país recomenda testes apenas em pessoas que sofrem internações. Atualmente poucos municípios no Estado fazem testes em sintomáticos leves, e pouquíssimos ou nenhum fazem testes em assintomáticos.

Vale lembrar aqui as recomendações específicas da OMS, em um contexto mais amplo:

1- o sistema de saúde ter a capacidade de detectar, testar, isolar e tratar adequadamente casos de COVID-19, além de rastrear e monitorar contatos;

2- reduzir a possibilidade de ocorrência de transmissão intensificada de SARS-CoV-2 em territórios e populações com maior vulnerabilidade social;

3- adotar medidas preventivas consistentes em locais de trabalho (específicas para cada setor da economia com corresponsabilização do empresariado), escolas e outros locais onde seja essencial a presença de pessoas e seu deslocamento;

4- atuar sistemicamente, prevenindo o risco de importação de casos de outras áreas; e

5- envidar esforços para que as comunidades estejam suficientemente informadas, educadas, engajadas e empoderadas para se ajustarem aos novos contextos de “normalidade”.

Como no Estado de São Paulo ainda não é realizada a testagem em massa, não é possível auferir o indicador (reconhecido pela a OMS) necessário para se saber o real número de infectados em um município ou região. Tampouco fica claro no documento como será apurado o grau de adesão a esses protocolos de testagem por cada município.

O rastreamento do número de testes realizados também fornece poucas informações úteis. É mais útil rastrear a porcentagem de testes positivos e ainda mais úteis para monitorar tendências nos números e taxas de positividade. Mas o mais importante é se o teste é feito da maneira certa (como também o teste correto, ou seja do tipo PCR): logo após os pacientes se sentirem doentes; intensivamente em casas de repouso e outras instalações congregadas; e seguido por isolamento imediato, rastreamento de contato e quarentena. Assim, de maneira complementar é necessário que cada município deve ampliar os testes (segundo a OMS idealmente deveríamos ter de 10 a 30 testes por caso positivo), observando:

Número de infecções não vinculadas. O rastreamento do número de infecções sem um caso ou evento de origem identificado revela a eficácia do processo de rastreamento de contatos. Áreas com infecções não vinculadas podem controlar o vírus, melhorando o rastreamento de contatos e o distanciamento físico.

Velocidade de isolar pessoas infectadas. Testar as pessoas certas, obter resultados rapidamente e encontrar e isolar pacientes interrompe imediatamente a disseminação. Não deve haver mais de três dias desde o início dos sintomas até o isolamento.

Proporção de casos que surgem entre contatos em quarentena. Este é o indicador de resultado fundamental de um programa de rastreamento de contatos. Se todos os novos casos surgirem entre contatos conhecidos e em quarentena, a propagação da doença será interrompida.

Número de infecções por profissionais de saúde. Devemos rastrear e reduzir esse número para melhorar o atendimento à covid-19 e outros problemas de saúde e proteger as pessoas dispostas a arriscar sua própria saúde pela saúde de outras pessoas.