



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA**

**RECOMENDAÇÃO No. 008/2020**

**RECOMENDAÇÕES DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS DA SESAP-RN PARA O**  
**ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA PELA COVID-19**

Neste documento são apresentadas tendências e estratégias de controle da doença causada pelo novo coronavírus (covid-19) discutidas no Comitê de Especialistas organizado pela Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP/RN), cujo objetivo é servir de ambiente consultivo para embasar as tomadas de decisões do Governo do Estado para enfrentamento da pandemia. O referido comitê teve a **portaria de número 759** publicada no dia **19 de março de 2020**, sendo também parte da estratégia adotada pelo Estado do RN para o enfrentamento do Novo Coronavírus.

**1. SITUAÇÃO ATUAL E TENDÊNCIAS**

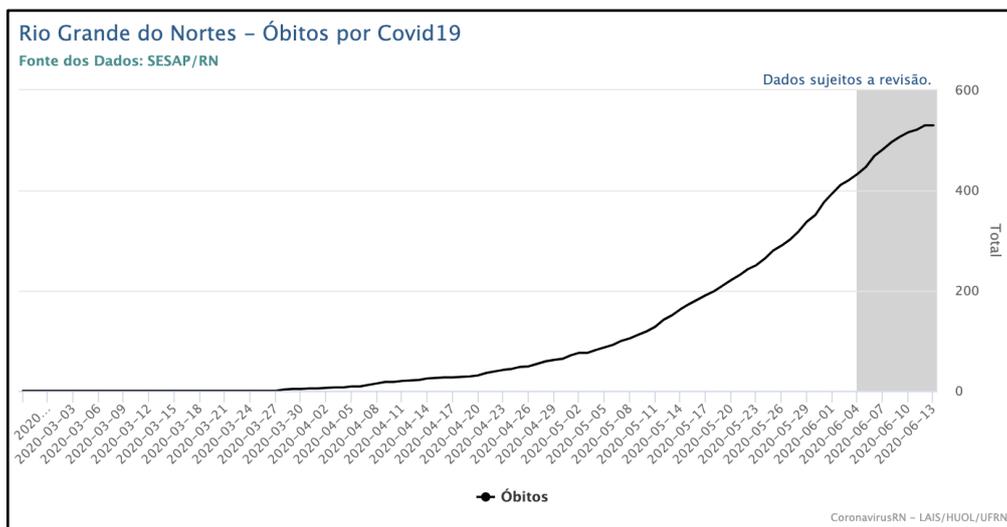


O estado do Rio Grande do Norte se encontra atualmente com 22.613 casos suspeitos, 13.789 confirmados da covid-19 e 533 óbitos, conforme último boletim epidemiológico publicado pela Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP), em 13 de junho de 2020.

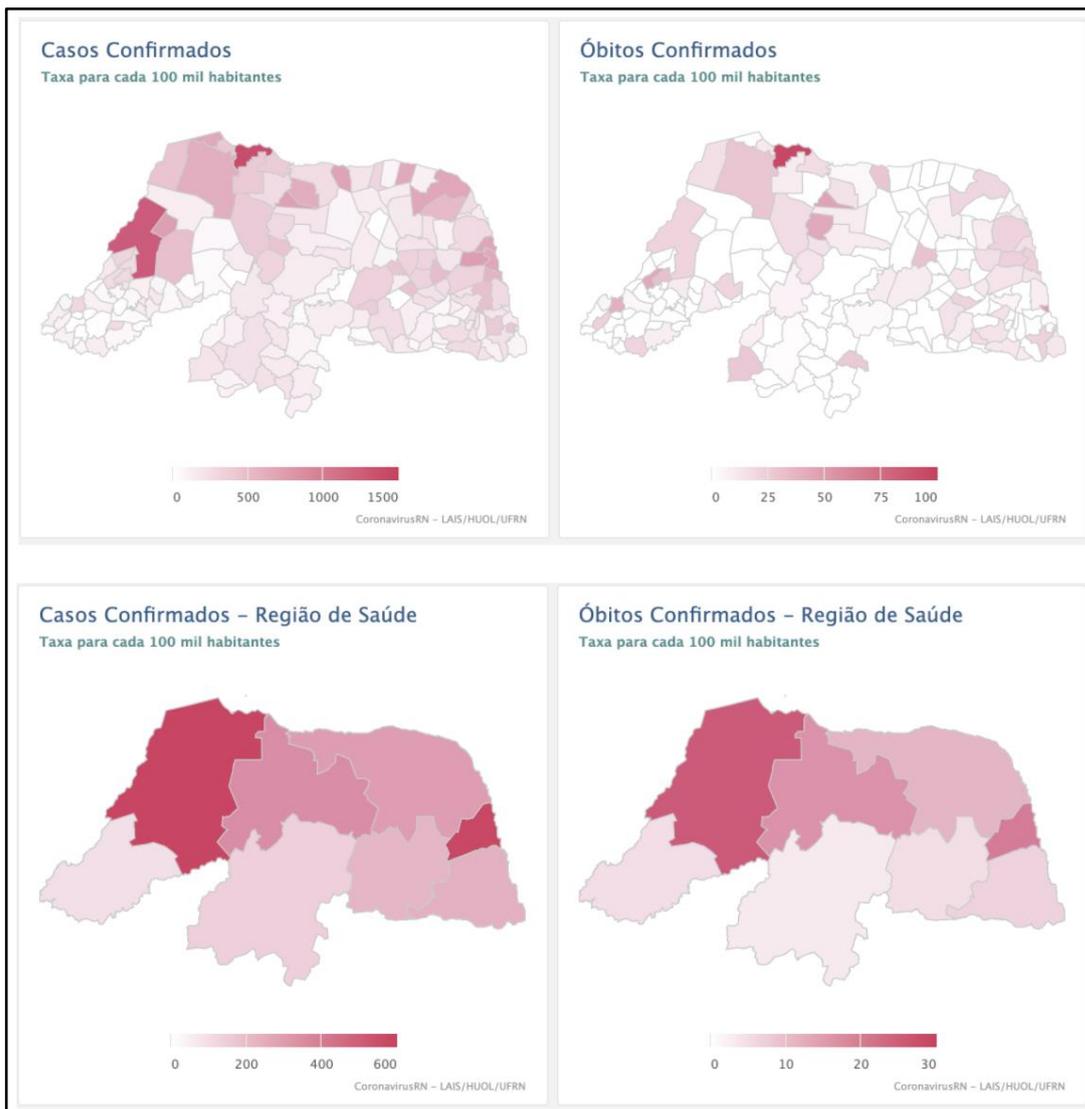
A epidemia ainda está em expansão no Rio Grande do Norte (RN) e este fato é mais notório a partir da segunda quinzena do mês de maio. A Figura 1 demonstra o aumento no número de casos confirmados, tanto para os casos acumulados, quanto para os casos confirmados por dia. O aumento do número de óbitos acumulados e dos óbitos por dia acompanham a evolução dos casos confirmados no RN (Figura 2).



**Figura 1** – Número de casos confirmados no Rio Grande do Norte até 13 de junho  
 Fonte: <https://covid19.saude.rn.gov.br>, atualizado em 13 de junho de 2020



**Figura 2** – Número de óbitos no Rio Grande do Norte  
 Fonte: <https://covid19.saude.rn.gov.br>, atualizado em 13 de junho de 2020

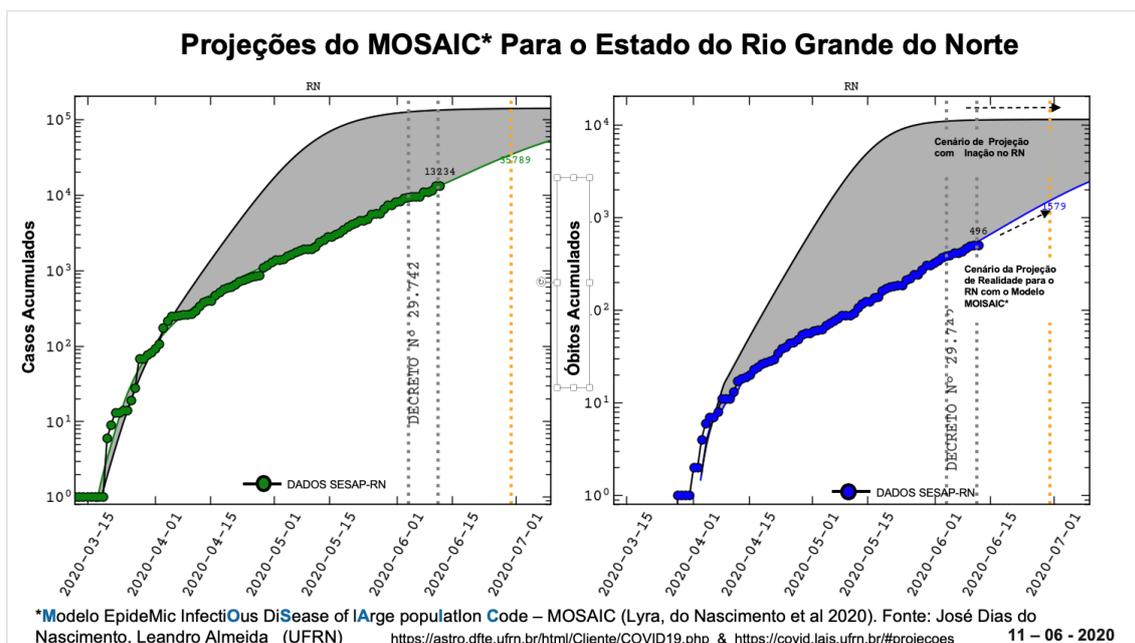


**Figura 3** – Mapa do RN com casos confirmados e óbitos

**Fonte:** <https://covid19.saude.rn.gov.br>, atualizado em 13 de junho de 2020

As medidas focadas no isolamento social e na estratégia de ampliação de leitos em parceria com os municípios acabaram sendo responsáveis por uma mudança do padrão da curva, em relação ao esperado inicialmente pelo modelo MOSAIC/UFRN, o que pode ser observado na Figura 4. Pode-se ver as projeções pelo modelo em dois momentos distintos e a curva de casos confirmados e de óbitos. A área cinza representa o que foi poupado tanto em casos de doentes por covid-19 quanto em óbitos.

Consegue-se observar claramente uma inflexão no final de maio, que mudou a curva epidêmica para o nível inferior, e, aparentemente, uma nova inflexão parece estar se formando no dia 06 de junho, quando analisada a curva de óbitos, indicando uma nova redução no aumento da curva. Essa tendência pode ou não se confirmar nas próximas semanas.



**Figura 4** - Projeções para o Rio Grande do Norte de casos acumulados (esquerda) e óbitos acumulados (direita) com o modelo MOSAIC/UFRN e com base em dados SESAP-RN. Fonte: José-Dias do Nascimento (UFRN).

É enganoso, porém, pensar o estado como um território homogêneo. A epidemia se comporta de maneira diferente entre municípios e Regiões de Saúde, algumas mais afetadas que outras. Tanto a prevalência da doença (figura 5) quanto a mortalidade (figura 6) são mais preocupantes na 2a. (Mossoró), 8a. (Assú) e 7a. regiões de saúde (Natal), em grande parte por causa da introdução do vírus que, no estado, aconteceu em duas frentes: as cidades de Natal e Mossoró e devido a densidade populacional e baixo isolamento social dessas regiões.

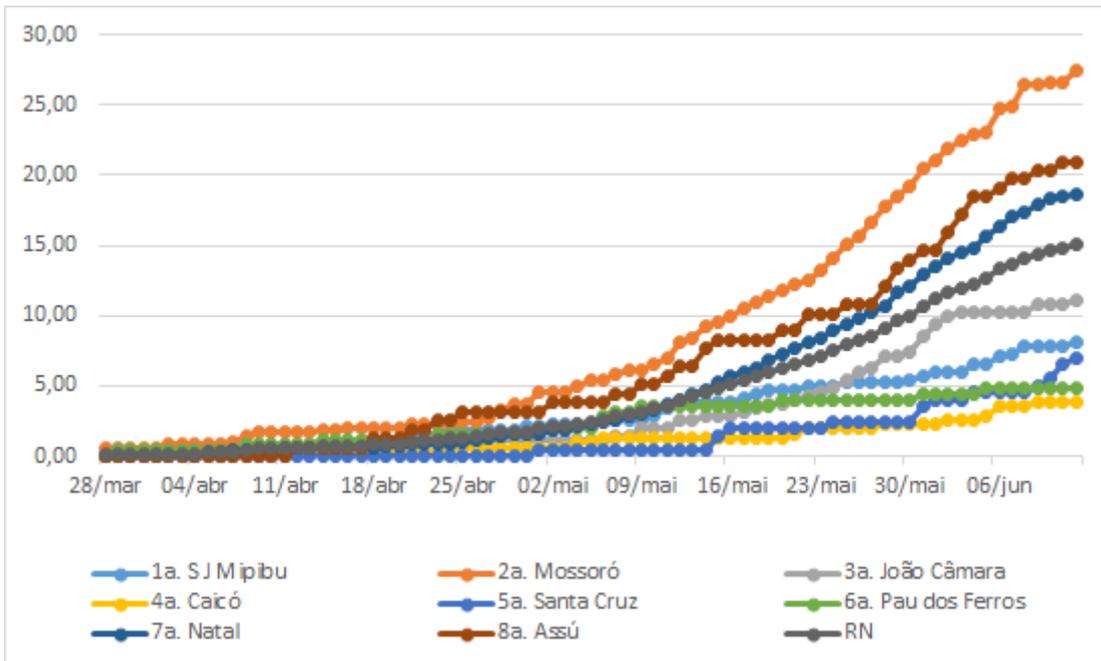


Figura 5 - Taxa de Mortalidade a cada 100.000 habitantes por Região de Saúde

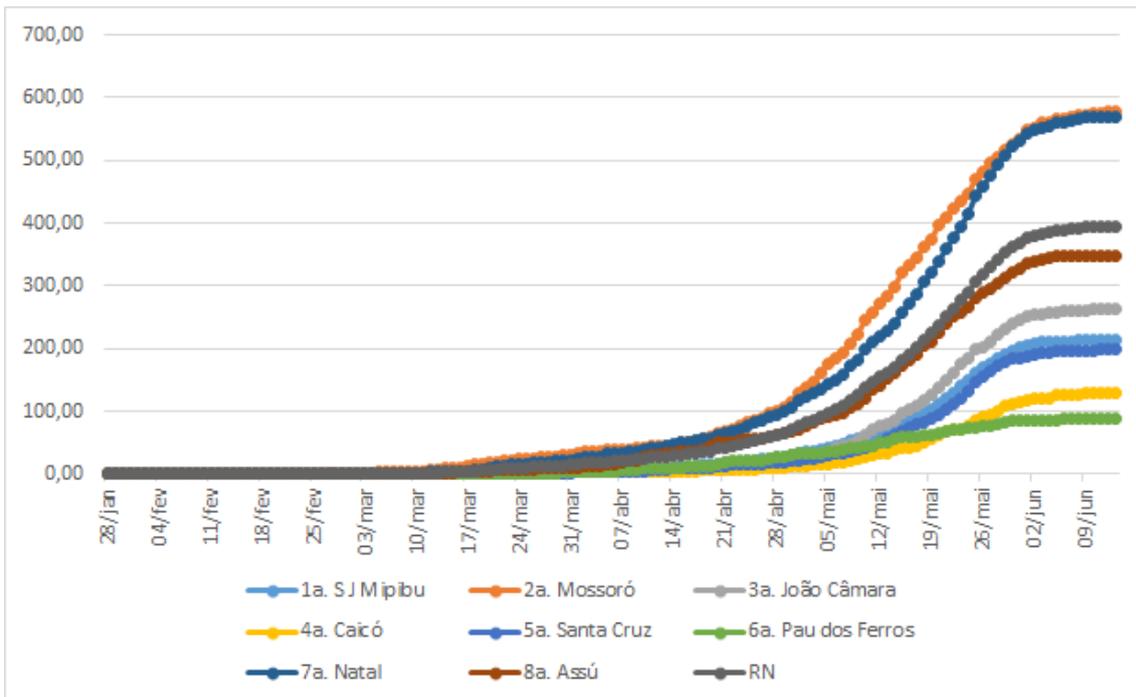
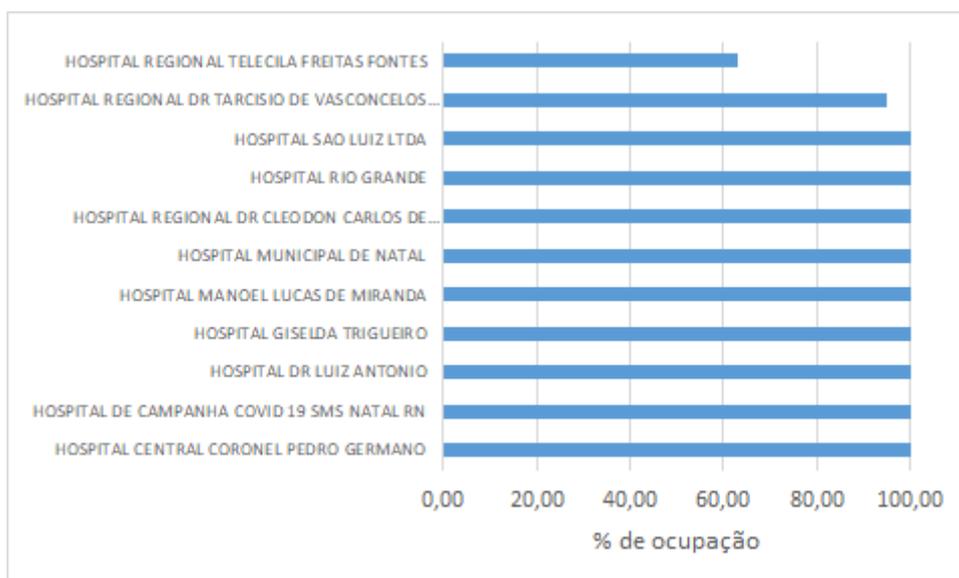


Figura 6 - Taxa de prevalência a cada 100.000 habitantes por Região de Saúde.

## 1.1. Análise de Indicadores

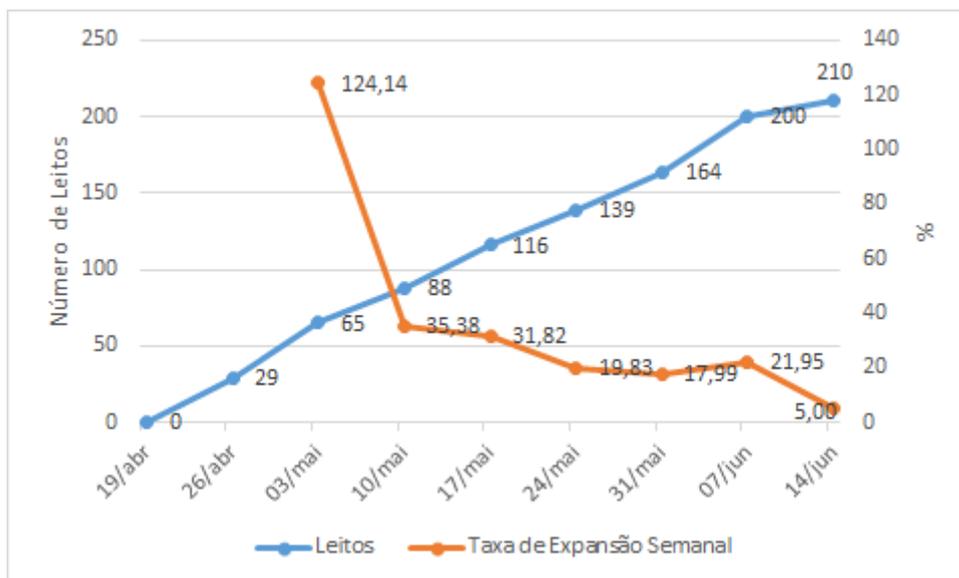
### 1.1.1. Taxa de Ocupação de Leitos

Em relação à utilização dos serviços de saúde, de um total de 1048 leitos (públicos e privados, clínicos e UTI/UCI), 756 (72,14%) estão ocupados por pacientes com covid-19 ou suspeitos, sendo 373 em UTI/UCI e 383 em leitos clínicos, conforme disponível no sistema de Gerenciamento de Leitos em 14 de junho de 2020, às 17h. Considerando apenas os leitos críticos dos 13 hospitais-referência para covid-19 (nas 2ª, 4ª, 6ª e 7ª Regiões de Saúde), segundo o sistema Regular RN ([https://regulacao.saude.rn.gov.br/sala-situacao/sala\\_publica/](https://regulacao.saude.rn.gov.br/sala-situacao/sala_publica/)), dos 210 leitos disponíveis, 171 (81,43%) estão ocupados, apenas 11 (5,24%) disponíveis e 28 (13,33%) bloqueados, com a Taxa de Ocupação média de 93,96%, em 14 de junho de 2020, 17h. Importante considerar que dentre esses hospitais do Regular RN, 7 estão com mais de 90% de taxa de ocupação e, destes, 5 estão com 100% (Figura 7).



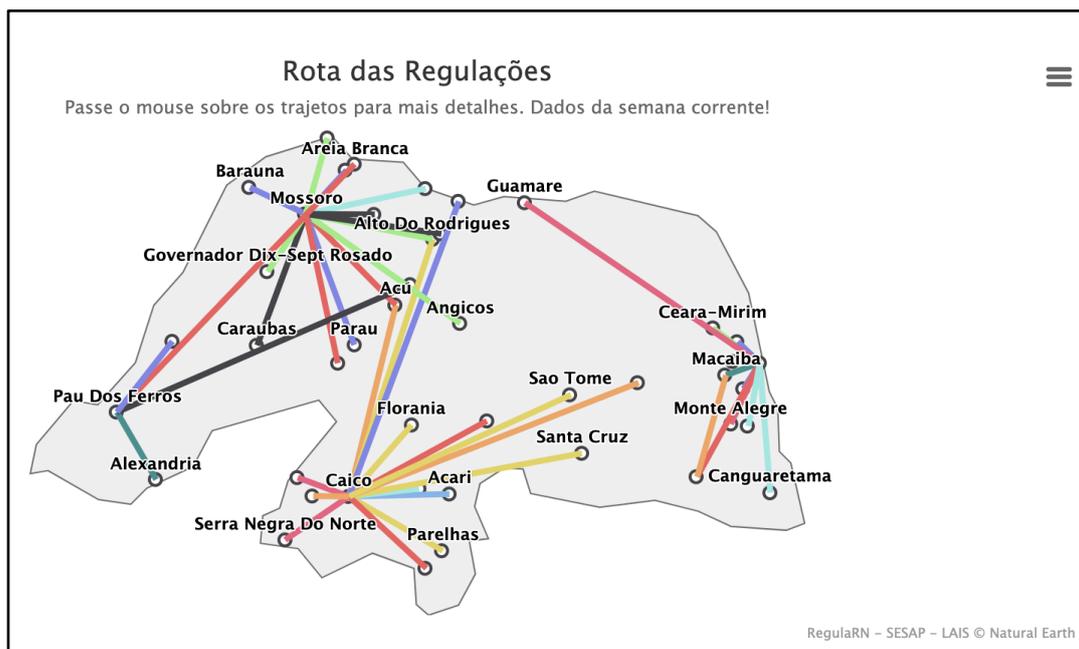
**Figura 7** - Taxa de ocupação de leitos covid críticos. Fonte: Sistema Regula RN. 14 de junho de 2020, 17h.

O estado abriu 210 novos leitos críticos para covid, em uma expansão média semanal de 36,59% no período de 03/05 a 14/06 (Fig 8). Ressalte-se no entanto, que o aumento progressivo de casos na última quinzena de maio, sobrecarregou o sistema de saúde público e privado nas regiões metropolitana e Mossoró, e apresenta uma fila de espera por leitos e UTI de 124 pacientes na rede pública, conforme o REGULA RN na tarde de 15 de junho 2020. Ou seja, precisaríamos de mais 200 leitos de UTI para garantir acesso a todos que venham a precisar de cuidados intensivos em razão da COVID19.



**Figura 8** - Número de leitos críticos acumulados para Covid-19 e Taxa de Expansão por semana no Rio Grande do Norte. Fonte: SESAP-RN.

A regulação atua em sintonia com o transporte sanitário, e este tem sido outro gargalo na oferta de leitos. Atualmente o RN conta com somente oito transportes sanitários com UTI, os quais estão disponíveis na SAMU do estado. A frota não foi ampliada desde o início da epidemia e este baixo contingente tem gerado um atraso na transferência de pacientes, cujo tempo médio de remoção durante o processo de regulação atualmente é de mais de 10 horas. O tempo médio de transferência de um paciente covid 19 é considerado do início do aceite pelo prestador até a sua chegada no leito de UTI. A sala de situação do sistema do RegulaRN ([https://regulacao.lais.ufrn.br/sala-situacao/sala\\_publica/](https://regulacao.lais.ufrn.br/sala-situacao/sala_publica/)) apresenta este indicador e outros relacionados com o tempo de regulação. Apesar de um contingente baixo de transporte sanitário para pacientes covid 19 é importante destacar que estes estão operando em todo o estado, como pode ser visto na Figura 9 que exhibe as rotas das regulações.



**Figura 9** – Mapa de calor do RN com casos confirmados e óbitos

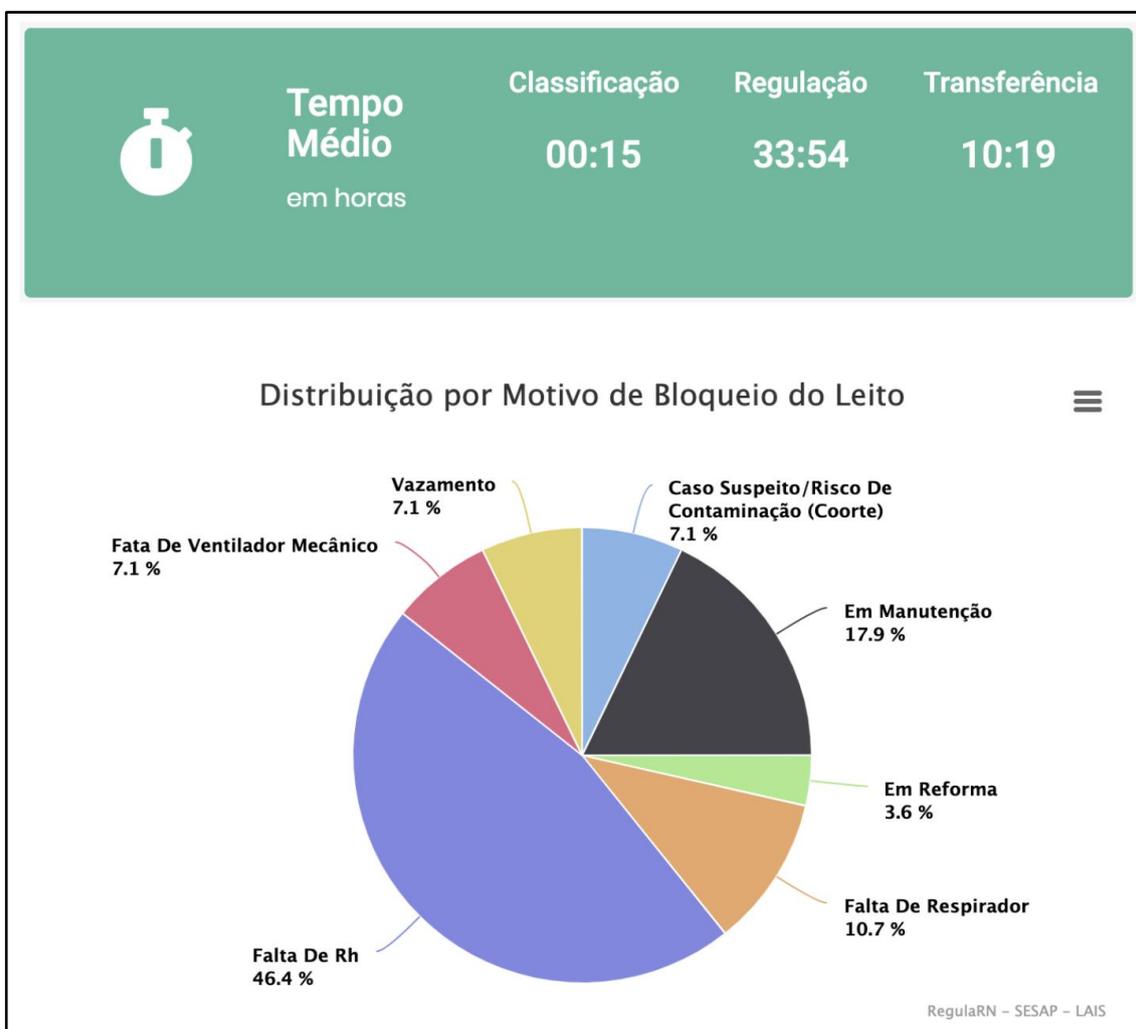
**Fonte:** [https://regulacao.lais.ufrn.br/sala-situacao/sala\\_publica/](https://regulacao.lais.ufrn.br/sala-situacao/sala_publica/), atualizado em 13/06/2020

Cabe ressaltar que recentemente foi apresentado pelo Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS/UFRN) ao Ministério Público Federal (MPF/RN) um relatório técnico sobre os transportes sanitários do estado (SAMU Estadual), o mesmo gerou uma recomendação conjunta com o Ministério Público do Estado (MPRN) que apontou para necessidade de ampliação em 25% da frota atual, isso poderá reduzir o tempo médio de transferência para aproximadamente 2 horas. A recomendação do MPF/RN e MPRN foi encaminhada para SESAP/RN. Neste contexto, é fundamental que o **ESTADO URGENTEMENTE AMPLIE SUA FROTA DE TRANSPORTE SANITÁRIO** como parte importante na logística de ocupação leitos críticos para covid 19, a fim de evitar óbitos por falta de transporte. A redução do tempo médio de transferência, certamente, irá impactar de maneira positiva na redução do tempo médio de regulação, e conseqüente otimizar o processo regulatório para ocupação dos leitos.

Os leitos bloqueados são um ponto que devem ser observados, sobretudo quando a taxa é significativa, por exemplo, os mais de 13% dos leitos bloqueados representam hoje (14 de junho de 2020) 28 leitos que estão indisponíveis, como pode ser verificado na Figura 10. Destes, quase metade é por falta de recursos humanos, isso representa também 13 leitos indisponíveis. **DIANTE DA ALTA DEMANDA POR LEITOS DE UTI COVID 19 É NECESSÁRIO O MONITORAMENTO CONSTANTE DOS MOTIVOS DE BLOQUEIOS, e ações concretas que possam intervir no sistema para contribuir na resolução dos desbloqueios, ALÉM DE MEDIDAS FISCALIZATÓRIAS E DE AUDITORIA NOS HOSPITAIS PRESTADORES DE SERVIÇO.**

Conforme já mencionado acima, houve um gradual e significativo aumento de leitos críticos (UTI) no transcurso da epidemia no RN, entre os períodos de 26 de abril a 14 de junho do corrente ano (em 45 dias) ver Figura 8. Inicialmente a quantidade de leitos de UTI SUS ofertados no RN para covid19 era de 29. Hoje há disponível 210 leitos SUS de UTI somente para

covid19 no RN e isso representa uma expansão de crescimento em mais de 720%, no entanto ainda não é suficiente para a demanda gerada pela epidemia em condições de baixo isolamento social. **SE CONSIDERAR O DESBLOQUEIO DOS LEITOS HÁ UMA POSSIBILIDADE DE OFERTA REAL EM MAIS 27 LEITOS DE UTI PARA COVID 19, O QUE AMPLIARIA DE 210 PARA 237 LEITOS SUS DE UTI PARA COVID 19.**



**Figura 10** – Gráficos com os motivos dos bloqueios dos leitos UTI covid 19

Fonte: [https://regulacao.lais.ufrn.br/sala-situacao/sala\\_publica/](https://regulacao.lais.ufrn.br/sala-situacao/sala_publica/), atualizado em 14/06/2020

### Leitos implementados e em fase de implementação

O número total de leitos estimados para o estado em condições normais conforme a PORTARIA N°. 1.631 DE 1 DE OUTUBRO DE 2015, está descrito na Fig 11. Destacamos que 4 regiões de saúde não dispõe de leitos de UTI, a necessidade estimada de leitos UTI nestas regiões é de aproximadamente 108 leitos. Duas Regiões de saúde são responsáveis por suprir esta demanda, são elas a 2ª Região de Saúde (Mossoró) e 7ª Região de saúde (Metropolitana).

CRITÉRIOS E PARÂMETROS PARA O PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARÂMETROS SUS - PORTARIA Nº. 1.631 DE 1 DE OUTUBRO DE 2015 RIO GRANDE DO NORTE		
12/05/2020		
POPULAÇÃO	LEITOS CADASTRADOS CNES 02/2020	LEITOS P/ EXPANSÃO COVID19
3.506.853		
ENFERMARIA - PEDIÁTRICO NECESSIDADE CALCULADA	ENFERMARIA - PEDIÁTRICO	ENFERMARIA - PEDIÁTRICO
716	855	
UTI - PEDIÁTRICO NECESSIDADE CALCULADA	UTI - PEDIÁTRICO	UTI - PEDIÁTRICO
105	45	
ENFERMARIA - ADULTO NECESSIDADE CALCULADA	ENFERMARIA - ADULTO	ENFERMARIA - ADULTO
3338	4.497	
UTI - ADULTO NECESSIDADE CALCULADA	UTI - ADULTO	UTI - ADULTO
368	394	



**Figura 11** - Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS e regiões de saúde sem leitos de UTI disponíveis hoje para a covid-19.

Os leitos para o enfrentamento do Covid abertos e em processo de abertura encontram-se na tabela abaixo atualizada até 11/06. Ações são realizadas semanalmente para avaliar a inclusão de novos leitos. Como visitas nas regiões de saúde e avaliação de unidades hospitalares a fim de aumentar a oferta de leitos. O processo de abertura desses leitos é complexo, necessita avaliação de estrutura física, rede de gases, aquisição de equipamentos, leitos, monitores, respiradores, quantificar, contratar e capacitar equipe para realizar o atendimento, quantificar e EPI necessário.

**Tabela 1** – Total de leitos covid por Região de Saúde (previstos e ativos). Fonte: SESAP.

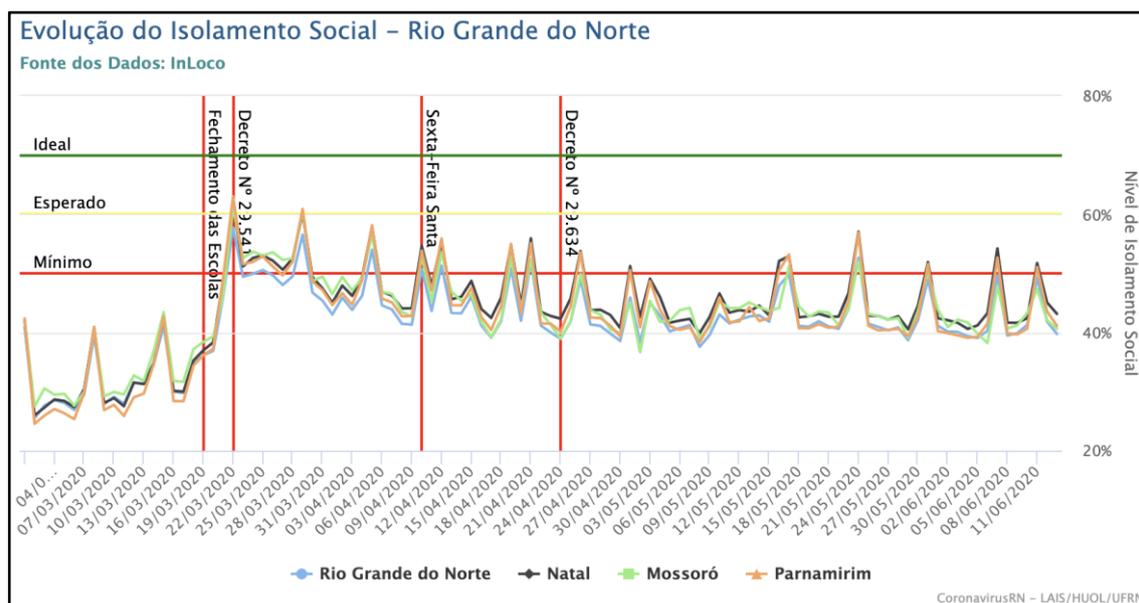
TOTAL DE LEITOS COVID POR REGIÃO DE SAÚDE - LEITOS PREVISTOS PARA EXPANSÃO E LEITOS ATIVOS								
Região de Saúde	UTI Adulto EXPANSÃO	UTI Pediátrica EXPANSÃO	Leitos Clínicos EXPANSÃO	Leitos de Estabilização EXPANSÃO	UTIs ATIVAS	UTI Pediátrica ATIVA	Leitos Clínicos ATIVOS	Leitos de Estabilização ATIVOS
1ª Região	5		0				7	4
2ª Região	15		91	5	50	3	97	12
3ª Região	15		24	2			6	2
4ª Região	18		35	2	27		14	2
5ª Região	16		9				26	2
6ª Região	10		12		4		4	2
7ª Região	137		182		135	7	169	6
8ª Região	10		6				4	2
<b>Total</b>	<b>226</b>	<b>0</b>	<b>359</b>	<b>9</b>	<b>216</b>	<b>10</b>	<b>327</b>	<b>32</b>
<b>Total Geral</b>	<b>1179</b>							

### 1.1.2. Taxa de Isolamento Social

Apesar de ser multifatorial os aspectos que contribuem para o aumento da transmissão do vírus em todo o território potiguar, a redução do isolamento social pode ser uma das variáveis

determinantes neste processo. Contudo, verifica-se que durante o transcurso de todo o processo de quarentena no RN esse indicador alcançou os melhores resultados entre o dia 22 de março de 2020 e 01 de maio de 2020, período entre o primeiro e o terceiro decreto publicados pelo governo.

Neste intervalo, as taxas de isolamento social estavam próximas dos 50%, em média, com oscilações para cima ou para baixo, como pode ser verificado na Figura 12. Já o início do mês de maio do corrente ano observou-se um decréscimo gradual do isolamento social em todo o RN, que atualmente está próximo de 40% em média, com oscilações para cima ou para baixo.



**Figura 12** – Evolução das taxas de isolamento social no estado e nas três cidades com maiores populações e maior número de casos. Fonte: Elaboração dos autores sobre dados da InLoco.

Disponível em: <https://covid19.saude.rn.gov.br/#comportamento-social>

Percebe-se que o índice mais baixo no estado é puxado pelas cidades do interior. As maiores cidades têm uma média maior de isolamento, porém ainda se encontram em, no máximo 45%.

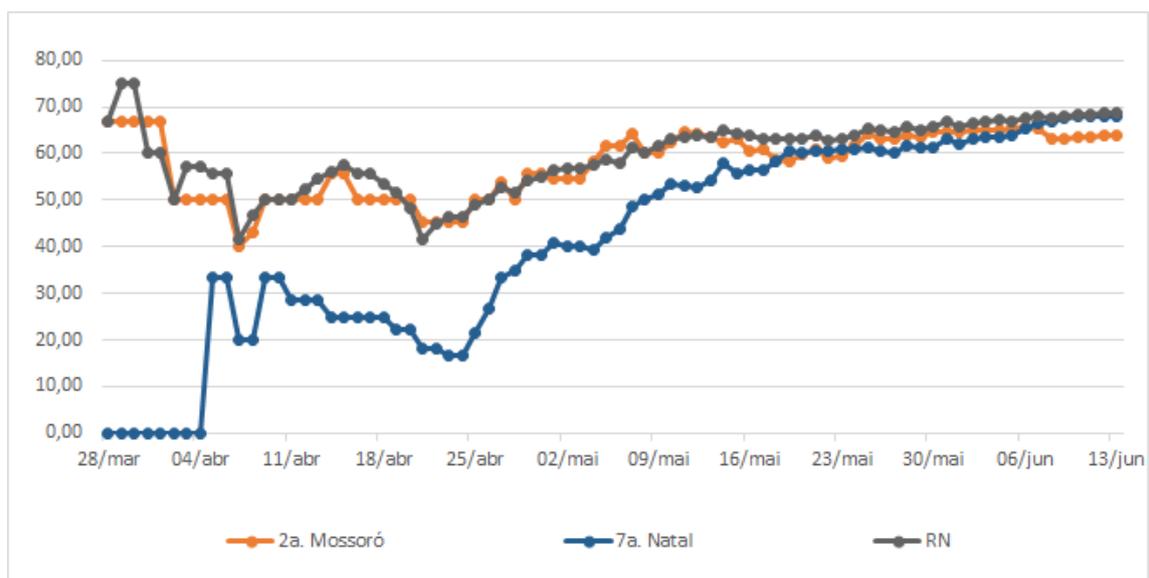
Admite-se que o isolamento atingido até a 1ª semana de abril foi responsável por atenuação da curva epidêmica nessa primeira fase da epidemia, com um crescimento no número de casos confirmados e óbitos a partir de maio (Fig 1 e 2). Esse achatamento da curva foi muito importante para permitir a ampliação de leitos de enfermaria e UTI na rede de saúde, cuja demanda aumentaria no curso da epidemia.

Houve uma redução do risco de colapso, ainda que tal colapso permaneça no horizonte, pois do ponto de vista matemático, mesmo que cada paciente permanecesse apenas um dia internado e que todos os leitos disponíveis no estado fossem destinados para a covid-19, ainda assim os modelos prevêem um colapso de leitos entre junho e julho. Portanto, faz-se necessário o acompanhamento diário da ocupação de leitos, pois

esse limite não considera os leitos já utilizados por pacientes com covid-19, cuja permanência na UTI é variável entre 2 e 3 semanas, e nem os leitos utilizados por outras morbidades.

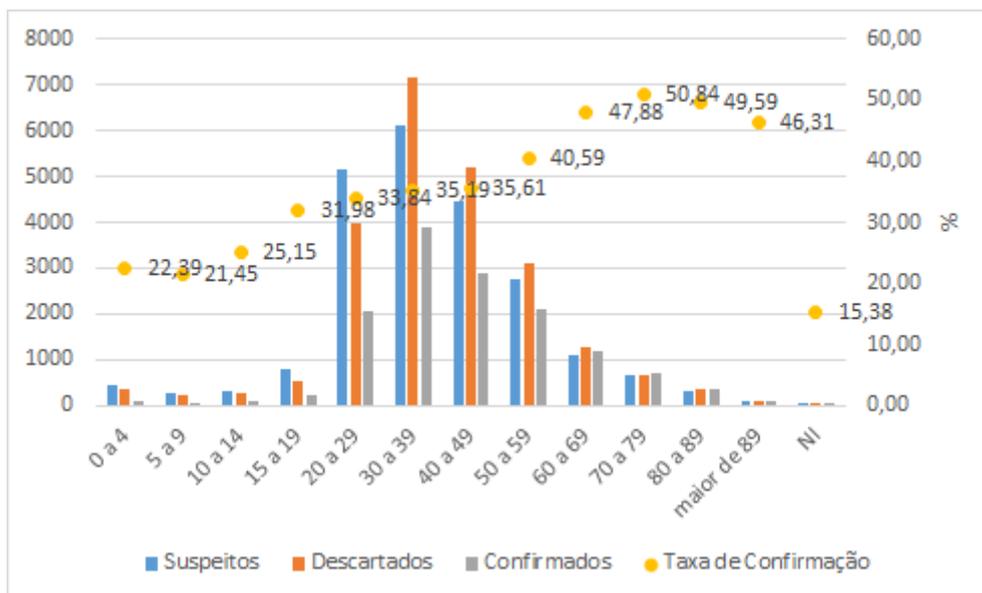
### 1.1.3. Proporção de idosos no número de óbitos

Outro dado importante na epidemia no RN é o percentual de idosos na mortalidade pela Covid-19 que vinha se situando abaixo dos 60% ao longo da nossa série histórica (figura 13), o que tem diferenciado o RN em relação aos demais estados do Brasil, onde a mortalidade em idosos é superior a 70%, o que significa óbitos e internamentos a menos e pode, juntamente com os índices mais elevados de Isolamento Social existentes na primeira fase da pandemia, ter motivado a curva epidêmica mais atenuada que se constatou no período. Contudo, nas últimas semanas vem sendo observado uma piora nesse indicador no estado e na 7a. Região de Saúde (região de Natal), que se aproxima de 70% (68,54%).

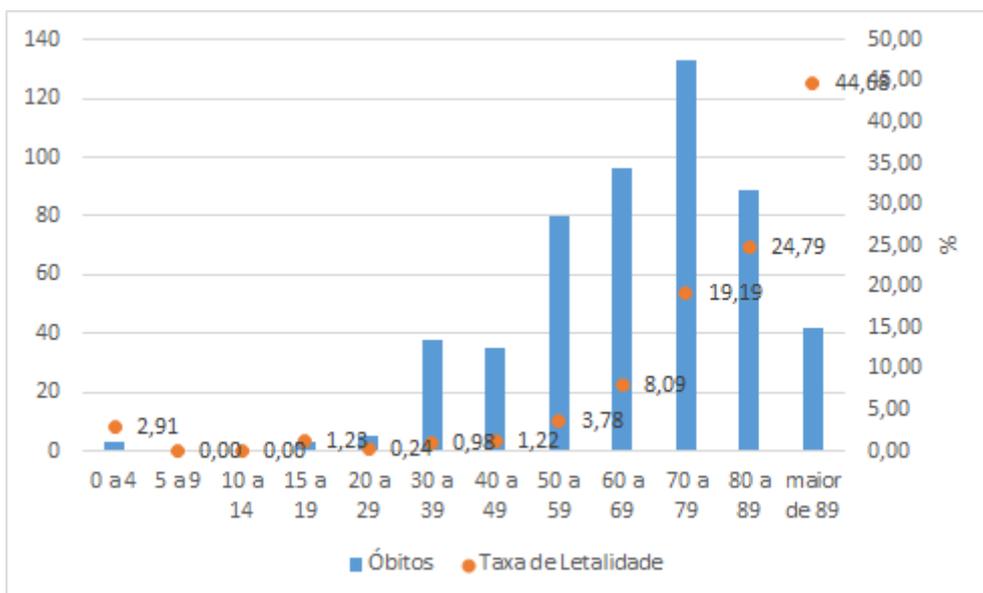


**Figura 13** - Evolução do percentual de idosos no número total de óbitos por data do óbito no estado e nas duas maiores regiões. Fonte: SESAP-RN.

Vale destacar a tendência de aumento nesta proporção, atingindo 68,54% no dia 13 de junho, data do último boletim. A questão da proteção aos idosos fica mais clara quando se observa o número de casos e o número de óbitos no estado por faixa etária (Figuras 14 e 15), onde se observa que os casos confirmados se concentram entre 20 e 49 anos, mas os óbitos e, principalmente, a taxa de letalidade aumentam conforme a idade.

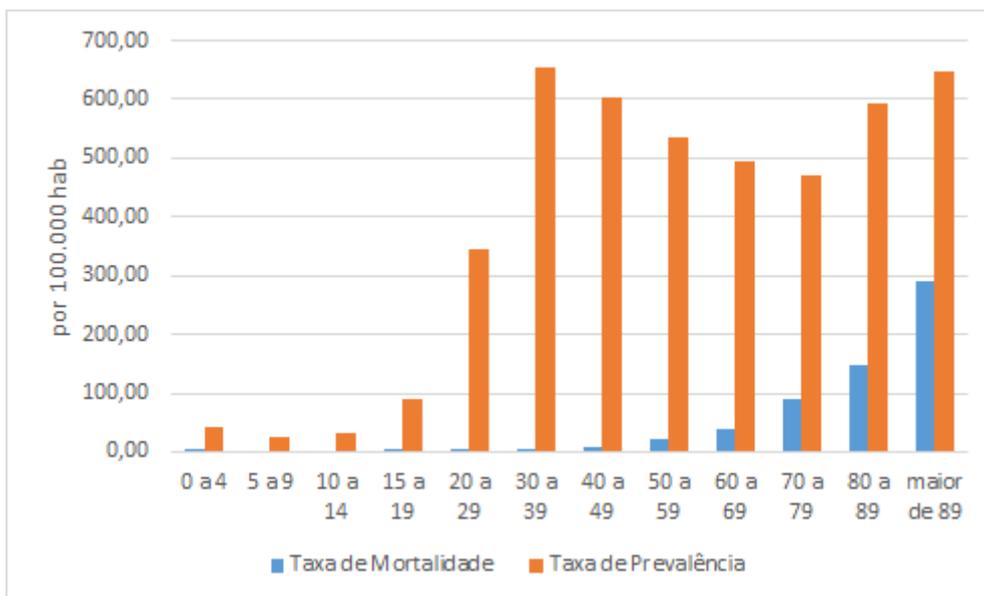


**Figura 14.** Número de casos, suspeitos, descartados, confirmados e taxa de confirmação para covid-19 por faixa etária em 12 de junho de 2020.



**Figura 15.** Número de óbitos e taxa de letalidade por faixa etária no dia 12 de junho de 2020.

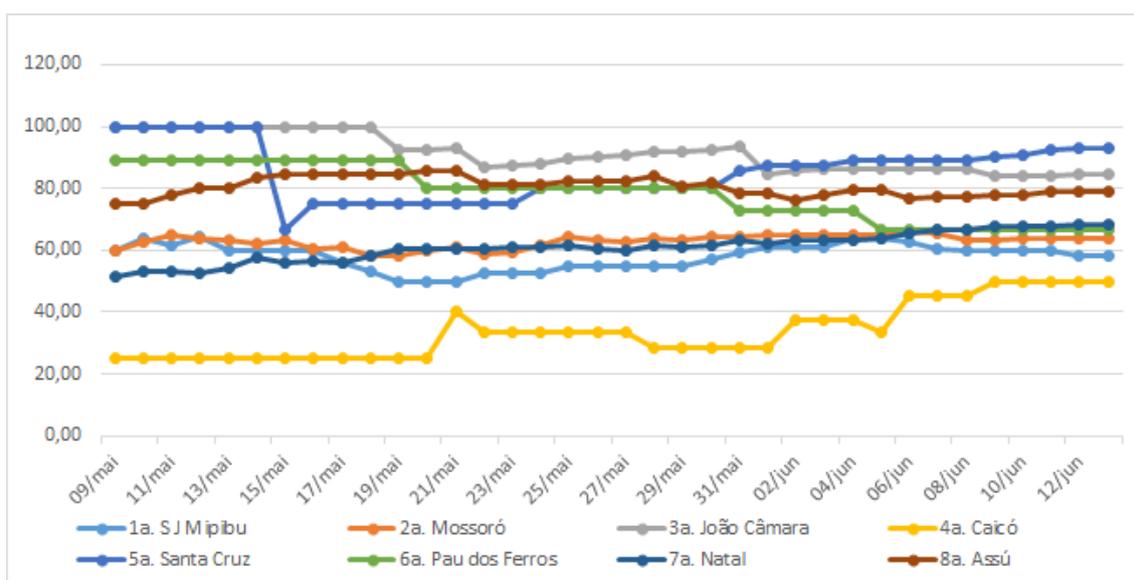
Mais preocupante é considerar que as faixas etárias de 30 e os maiores de 89 anos são igualmente afetadas quando se analisa as taxas de prevalência da covid-19 por faixa etária (figura 16), no entanto, a taxa de mortalidade aumenta progressivamente com a idade.



**Figura 16** - Taxa de mortalidade e taxa de prevalência por 100.000 habitantes, por faixa etária, no Rio Grande do Norte, em 02 de junho de 2020.

Outros indicadores considerados, como proporção de idosos no número total de óbitos, também apresentam diferenças entre as Regiões de Saúde, com a 7a. e 2a. regiões se destacando negativamente (figura 17). Por outro lado, as 4a. e 5a. regiões apresentam números melhores.

Essas considerações são importantes para estabelecer que estratégias de endurecimento ou relaxamento das medidas de isolamento social podem e devem ser construídas de modo regionalizado, mantendo-se o monitoramento dos indicadores regionais.

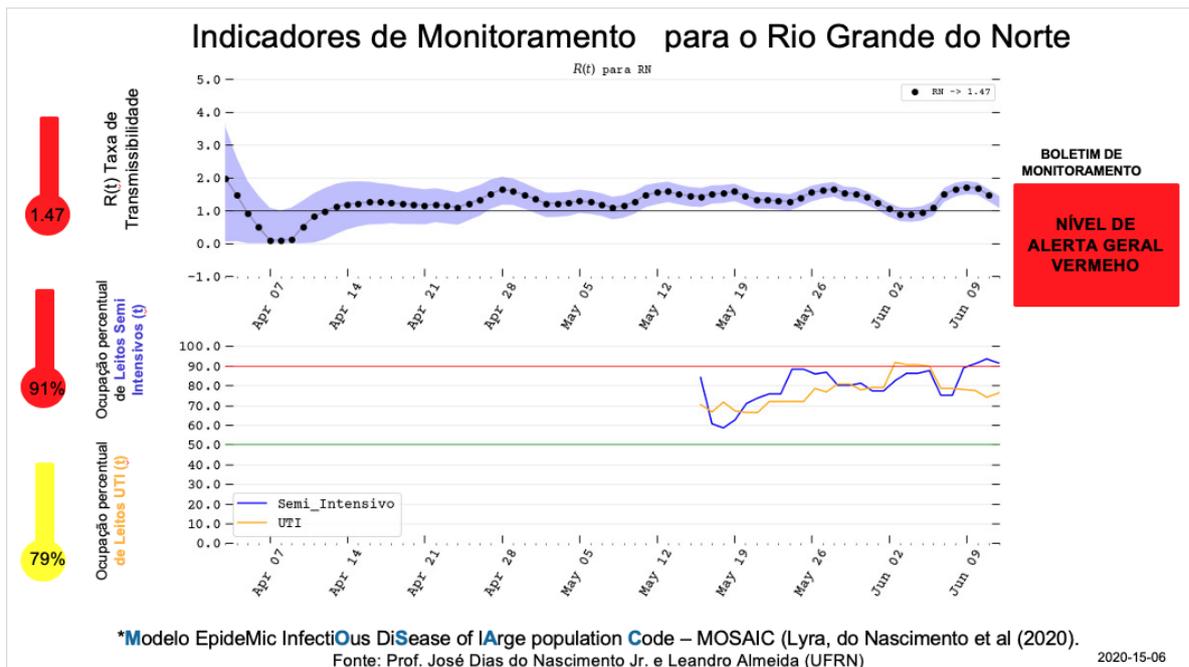


**Figura 17** - Proporção de idosos entre o número total de óbitos por Região de Saúde.

#### 1.1.4. Taxa de reprodução

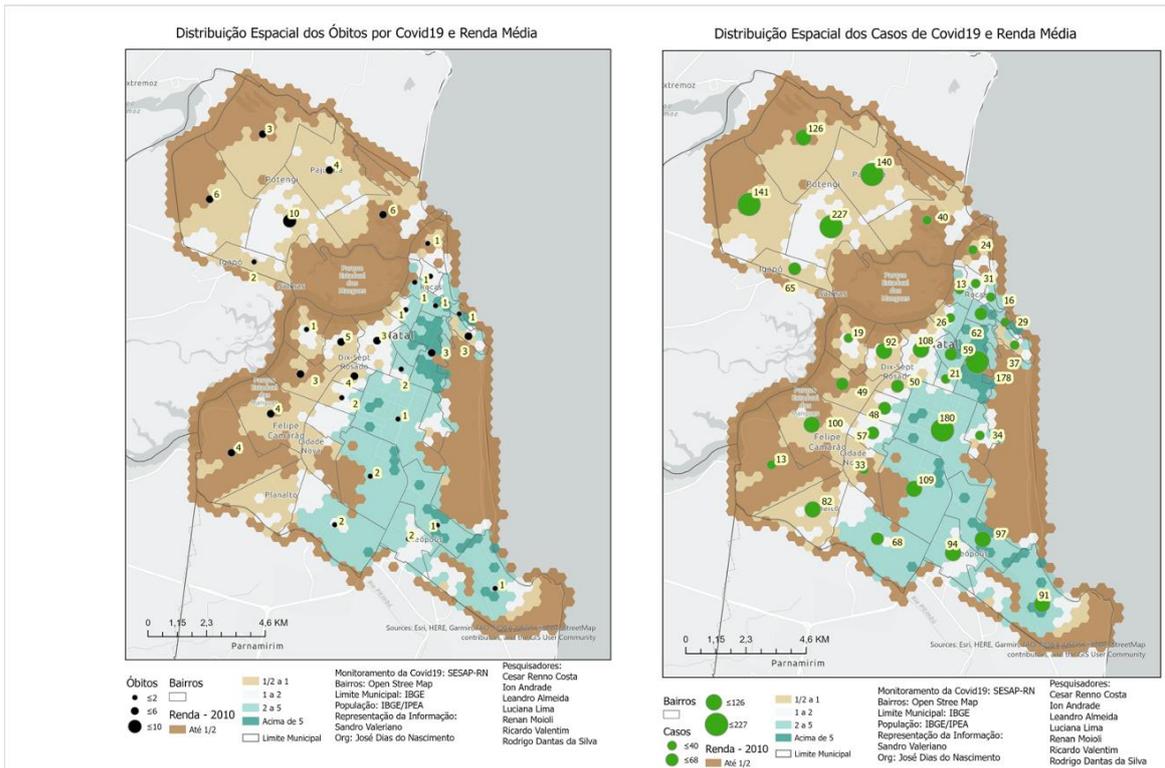
A Taxa de reprodução ou Taxa de Transmissibilidade -  $R(t)$  é uma medida que indica a velocidade de propagação de um surto na população. Está intimamente ligada à taxa de isolamento social e é um indicador útil para avaliar o curso da epidemia, desde que usada com o modelo epidemiológico completo e dados de pressão por leitos de UTI. O número  $R(t)$  refere-se à quantidade de pessoas para as quais um infectado consegue transmitir em dado tempo. Quanto maior esse número, mais rapidamente a doença se espalha na população. Quando o  $R(t)$  atinge o valor de 1, a doença passa a ser endêmica na população, mantendo-se constante ao longo do tempo. Destaque-se que o valor do  $R(t)$  varia diariamente, conforme medidas são adotadas ou relaxadas e um  $R(t)$  abaixo de 1 é indicativo que o surto está sob controle, desaparecendo com o tempo. Na literatura, encontra-se que um  $R(t)$  abaixo de 1,0 e persistente já é indicativo para começar o relaxamento das medidas de isolamento social, desde que essa taxa se sustente por mais de 7 dias, O tempo de ciclo da doença é de 14 dias e deve ser levado em consideração. De forma geral o foco é de se observar um declínio sustentável de novas infecções, isto é  $R(t) < 1$  por um mais de uma semana.

Na figura 18, temos as projeções da taxa de transmissibilidade no Rio Grande do Norte e sua relação com a taxa de ocupação dos leitos. Observa-se a oscilação do  $R(t)$  nos últimos dias. Atualmente, estamos com o lapso temporal de uma semana desde o último decreto. Não temos índices de persistência do  $R(t)$  nem dos índices mínimos de ocupação dinâmica de UTI e leitos semi intensivos necessários para justificar neste momento uma saída da situação do decreto. Os modelos SEIR MOSAIC de dinâmica populacional baseados em dados SESAP-RN. Isto se deve principalmente ao curto lapso temporal desde o último decreto.



**Figura 18** – Indicadores de monitoramento  $R(t)$  normalizado de acordo com relatório do London College e com base no MOSAIC. Nos gráficos inferiores a representação da da ocupação de leitos do tipo semi-intensivo e leitos de UTI em função do tempo para o Rio Grande do Norte.

Ainda sobre os aspectos locais, a epidemia tem comportamentos distintos para os distritos da cidade do Natal conforme ilustra a Figura 19, na qual estudo do Prof. José Dias do Nascimento (UFRN) relaciona a distribuição geoprocessada de dados epidemiológicos para a Cidade de Natal em função da distribuição de renda. O acoplamento desta distribuição com a transmissibilidade  $R(t)$  calculadas com o código MOSAIC mostra um viés preferencial da mortalidade para zonas com maior vulnerabilidade socioeconômica.



**Figura 19** – Distribuição geoprocessada de dados epidemiológicos para a Cidade de Natal. À esquerda a distribuição espacial de casos e à direita a distribuição de óbitos para COVID-19. A paleta de cores representa a distribuição dos valores de renda com base nos dados de 2010 (IBGE).

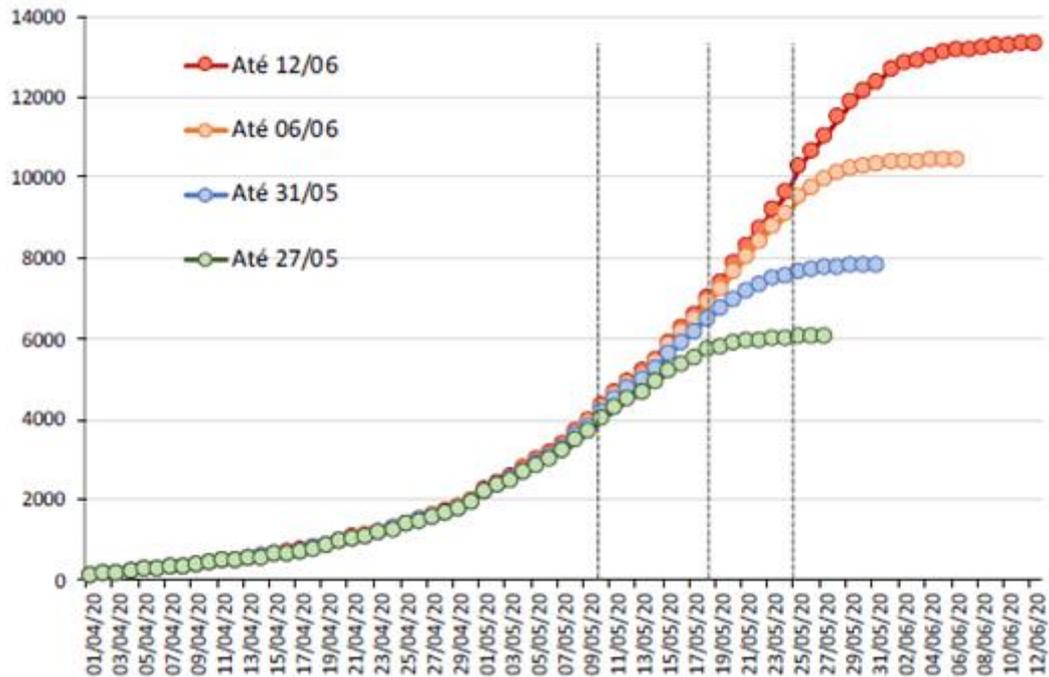
### 1.1.5. Considerações sobre os indicadores

A análise dos indicadores, vistos individualmente, não nos permite hoje afirmar que estejamos já no pico ou no platô da epidemia para que haja um relaxamento das medidas de relaxamento social. Existe um outro fator a ser considerado para a análise desses indicadores que é o tempo.

Analisando-se as curvas epidêmicas geradas por dados dos bancos da SESAP em momentos diferentes, percebe-se que na análise da tendência de casos confirmados, uma primeira questão importante é que estamos sempre olhando para o passado. Pelo fato de considerarmos a data dos primeiros sintomas como melhor indicativo do surgimento da doença, na grande maioria dos casos essa informação só aparece vários dias depois, quando o caso é finalmente confirmado.

Além disso, a data de primeiros sintomas divulgada pela SESAP-RN não corresponde ao real aparecimento dos sintomas em todos os indivíduos notificados. Em algumas situações, ela é referida como data de coleta ou mesmo a própria data de notificação. Desse modo, na tentativa de tentar entender até que ponto no tempo

podemos confiar na informação de casos confirmados por data de primeiros sintomas, foi realizada uma análise considerando os bancos de dados divulgados em diferentes datas. A ideia é ver em que momento os dados são corrigidos de um boletim em relação ao outro.

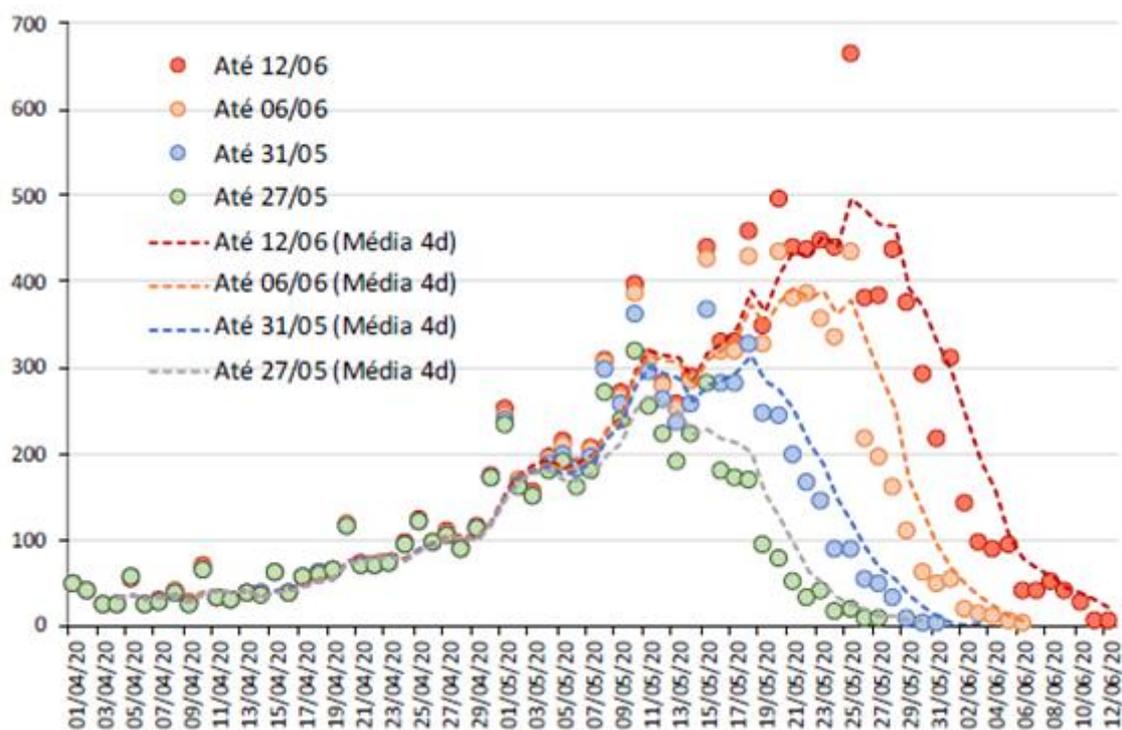


**Figura 20** - Casos acumulados de covid-19 para o Rio Grande do Norte de acordo com os dados do Boletim Epidemiológico em quatro diferentes datas. Fonte: SESAP-RN

A Figura 20 mostra os casos acumulados para o estado do Rio Grande do Norte, de acordo com os dados divulgados em 4 ocasiões diferentes: (a) no boletim divulgado com dados até 27 de maio (linha verde), (b) com dados até 31 de maio (linha azul), (c) com dados até 06 de junho (linha laranja) e (d) com dados até 12 de junho. As linhas tracejadas dão destaque ao momento em que os dados são coincidentes.

No primeiro caso, podemos ver que os dados divulgados em 27 de maio e corrigidos em 31 de maio estavam corretos somente até o dia 11 de maio (16 dias antes). No segundo caso, os dados divulgados em 31 de maio e corrigidos em 06 de junho são coincidentes somente até 20 de maio (também 16 dias antes). Finalmente, os dados do boletim de 12 de junho corrigem os dados até 26 de maio (17 dias antes).

O mesmo raciocínio pode ser aplicado quando são utilizados os dados diários e não acumulados (Figura 21). Percebe-se que as curvas se encontram em diferentes períodos e a uma distância média de pouco mais de 2 semanas aproximadamente.



**Figura 21** - Casos novos diários de covid-19 para o Rio Grande do Norte de acordo com os dados do Boletim Epidemiológico em quatro diferentes datas. As linhas tracejadas indicam a média móvel para cada 4 dias. Fonte: SESAP-RN

O mesmo se observa quando se avalia óbitos ou as influências de testagem. Pelas análises realizadas até agora, a tendência de queda observada nos casos e óbitos pode ser creditada unicamente ao atraso nas notificações. Quando se considera o período em que os dados são mais confiáveis a tendência é de crescimentos nos casos e óbitos. Também não parece haver efeito da capacidade de testagem, pois as curvas de suspeitos e confirmados são similares, de modo que a tendência de casos suspeitos pode ser também uma estimativa das confirmações. A diferença de mais duas semanas na confiabilidade dos dados compromete de modo significativo a tomada de decisão e o estabelecimento de estratégias de vigilância mais adequadas.

Assim, reforçamos que qualquer tendência deve ser considerada até os 15 dias anteriores para qualquer tomada de decisão com base nos indicadores epidemiológicos.

## 1.2. Tendência para os Próximos 15 dias

Dados de outros países apontam que é necessário um índice de isolamento social próximo a 70%, para a proteção do sistema de saúde e um controle melhor da epidemia. Esta condição parece pouco factível no contexto da população que vive em condições

de vulnerabilidade social nos grandes conglomerados urbanos, pessoas em situação de rua, refugiados, dentre outros, sobretudo quando as medidas de garantia de renda emergencial são frágeis ou inexistentes, como vem sendo o caso do Brasil.

## **2. RECOMENDAÇÕES**

**NÃO É POSSÍVEL FLEXIBILIZAR O ISOLAMENTO SOCIAL A PARTIR DE 16/06 COM BASE NOS INDICADORES APRESENTADOS, PRINCIPALMENTE A TAXA DE TRANSMISSIBILIDADE E A TAXA DE OCUPAÇÃO DE LEITOS DE UTI PARA PACIENTES COVID 19.**

**ASSIM, FORAM ESTABELECIDOS AS SEGUINTE RECOMENDAÇÕES:**

**1 - MANTER AS AÇÕES DO ATUAL DECRETO POR MAIS 10 DIAS, COM REAVALIAÇÃO AO FINAL DO PERÍODO BASEADO NOS INDICADORES JÁ COLOCADOS NESTAS RECOMENDAÇÕES E JÁ PRESENTES NO DITO DECRETO, COM BASE REGIONALIZADA.**

**2- O MAIOR CRITÉRIO, HOJE, PARA SE PENSAR EM RELAXAR AS MEDIDAS DE ISOLAMENTO SOCIAL É O FATOR ASSISTENCIAL. A CAPACIDADE DO ESTADO (MUNICÍPIO, ESTADOS E UNIÃO) EM OFERTAR LEITOS PARA TRATAMENTO INTENSIVO (UTI) E ESTABILIZAÇÃO DEVEM SER AMPLIADAS ATÉ MÁXIMO POSSÍVEL. ESSA É UMA MEDIDA URGENTE, PORTANTO DEVE SER O PRINCIPAL FOCO DO PODER PÚBLICO NESTA FASE DA EPIDEMIA NO RN.**

**3 - COM URGÊNCIA PROMOVER O DESBLOQUEIO DE LEITOS DE UTI PARA COVID 19. PARA TANTO, FAZ-SE NECESSÁRIO A SESAP/RN, MONITORAR, FISCALIZAR E AUDITAR OS HOSPITAIS PRESTADORES DE SERVIÇO, EM ESPECIAL OS QUE OFERTAM LEITOS DE UTI PARA COVID 19.**

**4 - AMPLIAR A FROTA DE TRANSPORTE SANITÁRIO COM UTI COM O OBJETIVO DE REDUZIR O TEMPO MÉDIO DE TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES COVID 19, QUE ATUALMENTE É SUPERIOR A 10 HORAS.**

**5 - Assegurar, após o atingimento do pico da epidemia e início do declínio de óbitos e internamentos, que o setor privado não desmobilize os leitos abertos para a Covid-19 enquanto o setor público não volte a ter capacidade de oferta de leitos em níveis de 80% de taxa de ocupação, respeitando o princípio do não fechamento de leitos COVID enquanto durar a epidemia.**

6 - OS MUNICÍPIOS DEVEM ENVIDAR ESFORÇOS PARA A CONTRATAÇÃO DE LEITOS COVID-19 no setor privado, caso seus hospitais municipais estejam sem disponibilidade de leitos, e os municípios que têm hospitais de campanha incluídos no planejamento do enfrentamento da epidemia devem envidar esforços para abrir a totalidade dos leitos previstos, essas medidas são URGENTES;

7 - PACTUAR COM OS MUNICÍPIOS A AMPLIAÇÃO DO ISOLAMENTO SOCIAL PARA > 60% como medida apelativa para evitar o colapso do sistema de saúde, o que resultaria em mais óbitos;

8 - ESTABELECE PARCERIAS COM OS GESTORES MUNICIPAIS PARA AMPLIAR A PROTEÇÃO AO IDOSO através do isolamento social, de medidas educativas de proteção ao idoso no domicílio e do seguimento e monitoramento dos idosos pela rede de Atenção Primária à Saúde, em especial da faixa etária de 70 anos ou mais, em todas as regiões de saúde, além da proteção aos portadores de condições crônicas;

9 - Apesar das recomendações anteriores, ainda existe um problema na comunicação com a Sociedade, então voltamos a reforçar a necessidade de INVESTIR FORTEMENTE PARA AMPLIAR AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO, com spots de incentivo ao isolamento social, uso de máscaras e autocuidado na mídia de rádio e televisão;

10 - CONSIDERAR PARA INÍCIO DO RELAXAMENTO DO ISOLAMENTO SOCIAL UM  $R(t)$  (taxa de reprodução da epidemia, ou seja, o número médio de pessoas que são infectadas por alguém portador do vírus em seu período de transmissão) menor que 1 por no mínimo uma semana, considerando as macrorregiões de Natal e Mossoró, que terão planos de relaxamento do isolamento social separados.

11 - Monitoramento da taxa de reprodução básica ( $R_0$ ) e da taxa de ocupação dos leitos do estado como indicadores para avaliar as medidas adotadas. Caso haja um aumento de  $R(t)$  para > 2,0 e uma taxa de ocupação dos leitos de 80% SEM PERSPECTIVA DE AMPLIAÇÃO, haverá a necessidade de ampliação das medidas restritivas;

12 - O fechamento da Orla nos fins de semana foi uma estratégia de mitigação importante, contudo é importante RECOMENDAR AOS MUNICÍPIOS O FECHAMENTO DAS ORLAS URBANAS TODOS OS DIAS;

13 - RECOMENDAR QUE AS CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS DOS SUPERMERCADOS DO RN DESTINEM AO MENOS 10 SEGUNDOS PARA ORIENTAR OS SEUS CLIENTES A UTILIZAREM MÁSCARAS antes de irem para o supermercado;

14 - O Uso de máscara é ainda fundamental em TODOS OS ESPAÇOS PÚBLICOS, incluindo transportes públicos;

15 - UTILIZAR OS RECURSOS DISPONÍVEIS NA FAPERN PARA PROJETOS DE PESQUISA E/OU EXTENSÃO NA ÁREA DE COMUNICAÇÃO. Se não há de imediato a possibilidade de ações de comunicação do Governo do Estado através de comunicação oficial produzida por agências de publicidade em relação à prevenção da Covid-19, é importante que possa haver diligências na forma de viabilizar através dos órgãos de fomento para pesquisa e extensão do Estado, o financiamento de, ao menos, duas propostas de projetos na área de comunicação para mídias sociais, rádios e mídias comunitárias que possam contemplar 1 - as regiões Oeste e Central Potiguar; 2 - as regiões Agreste e Leste Potiguar. Indica-se também a possibilidade de envolver parcerias, através de apoio no financiamento, de empresas, federações, bancos e outros entes públicos ou privados atuantes no Rio Grande do Norte.

16 - AS ATIVIDADES PRIORITÁRIAS COM AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO, DEVEM SEGUIR NORMAS PARA EVITAR AGLOMERAÇÕES E O CONTÁGIO por uso das instalações. Sempre que possível, deverá privilegiar a modalidade online e delivery. Normativas para funcionamento de cada estabelecimento definido como essencial no período do surto têm sido definidas pela Vigilância Sanitária;

17 - MANTER PROIBIDAS a realização de carreatas, passeatas e quaisquer eventos do gênero no estado;

18 - INICIAR a realização do estudo epidemiológico amostral sobre a covid-19 no estado, cujo projeto já foi aprovado pelo CEP e deve começar por Mossoró e Natal. O estudo trará subsídios para compreender e estabelecer formas mais seguras para sair do isolamento social;

19 - Ampliar o monitoramento das **Instituições de Longa Permanência para Idosos do estado através da Atenção Primária à Saúde** e testando os cuidadores a fim de garantir a segurança dos idosos no período;

20 - O sistema prisional deve efetivar as recomendações do documento anterior;

21 - Ampliar as barreiras sanitárias nas rodovias da divisa do estado e na rodovia de acesso aos aeroportos, em **parceria com os municípios**. Essas barreiras sanitárias devem permanecer mesmo após o fim do isolamento social, enquanto houver surto sustentado em estados vizinhos, com vista a recomendar e orientar aos viajantes sobre os cuidados com relação ao Covid-19, e **serão fundamentais para a abertura regionalizada** a fim de se proceder a abertura regionalizada, evitando a reinserção de casos importados de outras regiões sanitárias;

## REFERÊNCIAS

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública. **Boletim epidemiológico 87 Covid-19**. Disponível em

<http://www.saude.rn.gov.br/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=223456&ACT=&PAGE=&PARM=&LBL=MAT%C9RIA> . Acesso em 14 de junho de 2020.

RIO GRANDE DO NORTE. Decreto 29.512 de 13 de março de 2020. Diário Oficial no. 14.620, ano 87, 14 de março de 2020. Natal, RN: Imprensa Oficial.

RIO GRANDE DO NORTE. Decreto 29.513 de 13 de março de 2020. Diário Oficial no. 14.620, ano 87, 14 de março de 2020. Natal, RN: Imprensa Oficial.

RIO GRANDE DO NORTE. Decreto 29.521 de 16 de março de 2020. Diário Oficial no. 14.621, ano 87, 17 de março de 2020. Natal, RN: Imprensa Oficial.

RIO GRANDE DO NORTE. Decreto 29.524 de 17 de março de 2020. Diário Oficial no. 14.622, ano 87, 18 de março de 2020. Natal, RN: Imprensa Oficial.

RIO GRANDE DO NORTE. Decreto 29.534 de 19 de março de 2020. Diário Oficial no. 14.624, ano 87, 20 de março de 2020. Natal, RN: Imprensa Oficial.

RIO GRANDE DO NORTE. Decreto 29.541 de 20 de março de 2020. Diário Oficial no. 14.625, ano 87, 21 de março de 2020. Natal, RN: Imprensa Oficial.

RIO GRANDE DO NORTE. Decreto 29.542 de 20 de março de 2020. Diário Oficial no. 14.625, ano 87, 21 de março de 2020. Natal, RN: Imprensa Oficial.

RIO GRANDE DO NORTE. Decreto 29.556 de 24 de março de 2020. Diário Oficial no. 14.632, ano 87, 28 de março de 2020. Natal, RN: Imprensa Oficial.

REPUBLIQUE FRANÇAISSE. **Arrêté du 15 mars 2020 complétant l'arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19. NOR: SSAS2007753A.** JORF n°0065 du 16 mars 2020. Disponível em: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2020/3/15/SSAS2007753A/jo/texte> Acesso em 09/04/2020.

**Natal, RN, 14 de junho de 2020.**

**COMITÊ CONSULTIVO DE ESPECIALISTAS DA SESAP-RN PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA PELA COVID-19**

André Luciano de Araújo Prudente - Hospital Giselda Trigueiro

Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UFRN

Cipriano Maria de Vasconcelos (Presidente) - Secretário de Estado da Saúde Pública

Igor Thiago Borges de Queiroz e Silva - Presidente da Sociedade Riograndense do Norte de Infectologia

Ion Garcia Mascarenhas de Andrade - Centro de Formação de Pessoal Dr. Manoel da Costa Souza (CEFOPE)

José-Dias do Nascimento Júnior - Departamento de Física, UFRN

Josélio Maria Galvão de Araújo - Departamento de Microbiologia e Parasitologia; Instituto de Medicina Tropical, UFRN

Kenio Costa Lima - Instituto Envelhecer, UFRN

Kleber Giovanni Luz - Departamento de Infectologia, UFRN

Marise Reis de Freitas - Departamento de Infectologia, UFRN

Ricardo Alexsandro de Medeiros Valentim - Coordenador do Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde, UFRN

Juciano de Sousa Lacerda - Docente do Doutorado em Estudos da Mídia, UFRN