

Rastreando a COVID-19 nos Estados Unidos

Progresso e Oportunidades

Conteúdo

Introdução e resumo executivo	2
RESULTADOS GERAIS DE NOSSA ANÁLISE	2
PROGRESSO: PAINEL DE MELHOR DESEMPENHO ESTADUAL	3
DESAFIOS EM ANDAMENTO	5
Métodos	7
Limitações	7
Resultados por indicador	8
CASOS	8
TESTAGEM	9
VIGILÂNCIA SINDRÔMICA	10
INDICADORES DE INTERNAÇÃO	10
SURTOS	11
MORTES	
TEMPO DE RESPOSTA DOS TESTES	
INDICADORES DE RASTREAMENTO DE CONTATOS	
INFECÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE	
USO DE MÁSCARA	17
Destaques	18
DESTAQUE: INDICADORES DE TESTAGEM DE ANTÍGENO PARA COVID-19	
DESTAQUE: INDICADORES DE COVID-19 NAS ESCOLAS	
DESTAQUE: RESTRIÇÕES DE VIAGENS DEVIDO À COVID-19	
DESTAQUE: SISTEMAS DE NÍVEL DE ALERTA DE RISCO PARA COVID-19	
DESTAQUE: PLANOS DE VACINAÇÃO ESTADUAIS PARA COVID-19	27
Conclusão	29
Anexos	30
ANEXO 1: LISTA DE LINKS DE PAINÉIS ESTADUAIS	
ANEXO 2: DISPONIBILIDADE DE INDICADOR ESSENCIAL POR ESTADO	
ANEXO 3: INFORMAÇÕES ESSENCIAIS PARA ESTADOS E CONDADOS SOBRE RELATÓRIOS PÚBLICOS	
ANEXO 4: EXEMPLOS DE 15 INDICADORES ESSENCIAIS EM PAINÉIS EXISTENTES	
ANEXO 5: DISPONIBILIDADE DE DADOS ADICIONAIS POR ESTADO	

ANEXO 6: MODELO DE PAINEL DE INDICADORES ESSENCIAIS

Introdução e resumo executivo

Em julho de 2020, a Resolve to Save Lives lançou o <u>Rastreando a COVID-19 nos Estados Unidos: da</u> <u>catástrofe de informação ao empoderamento das comunidades</u>, uma revisão dos painéis de dados sobre a COVID-19 em nível estadual para cada um dos 50 estados dos EUA, Distrito de Colúmbia (DC) e Porto Rico.

Demonstramos que o uso de dados precisos e em tempo real para a tomada de decisões é essencial para o controle de doenças infecciosas e propusemos um conjunto de 15 indicadores essenciais. Nossa análise destacou a falta de dados nacionais transparentes e padronizados sobre o vírus e seu controle, e de padrões para relatos públicos desses dados essenciais nos estados, condados e municípios dos Estados Unidos.

Este relatório atualiza nossa revisão anterior, capturando o progresso e identificando as lacunas persistentes, e destaca áreas de importância novas ou crescentes, incluindo testagem de antígeno, sistemas de alerta de risco, medidas relacionadas a viagens, escolas e vacinas. Também fazemos pequenos ajustes em nossos indicadores recomendados.

Conforme observamos em julho, enormes esforços foram feitos pelos departamentos de saúde pública dos estados, condados e municípios para compartilhar dados sobre a COVID-19 nos últimos meses. À medida que nos aproximamos do final de 2020, em meio a outro surto nacional de COVID-19, é cada vez mais importante disponibilizar informações claras e precisas para que indivíduos e comunidades entendam melhor e reduzam seu risco de contrair COVID-19.

RESULTADOS GERAIS DE NOSSA ANÁLISE

Avaliamos a disponibilidade e os detalhes dos dados fornecidos para cada um de nossos 15 indicadores essenciais (Anexo 2), que incluem dados sobre vigilância sindrômica, casos, internações, óbitos, testes e rastreamento de contatos. No geral, os estados relataram mais dados alinhados com os critérios para os 15 indicadores essenciais (Figura 1), sendo a maior melhoria nos indicadores sobre surtos (por exemplo, lares de idosos e outras instalações de alto risco) e positividade do teste. Menos progresso foi feito com os indicadores sobre testes realizados e o tempo desde a coleta da amostra até o isolamento do caso. Os dados sobre alguns indicadores permaneceram amplamente indisponíveis, sobretudo aqueles relacionados à investigação de casos e ao rastreamento de contatos. (Acreditamos que os aumentos de pontuação entre a primeira e a segunda revisão representam principalmente melhorias no painel, embora tais aumentos também possam refletir nossa avaliação mais completa das informações existentes durante a segunda revisão). Como um complemento da revisão, desenvolvemos um mapa digital para mostrar as mudanças na disponibilidade do indicador em nível estadual.

Na ausência de padrões nacionais, orientação ou coordenação, os painéis estaduais continuam a ser altamente variáveis no que diz respeito às informações apresentadas, facilidade de uso e funcionalidade. Na nossa <u>primeira revisão</u>, destacamos as melhores práticas de projeto e funcionalidade do painel que continuam a ser relevantes. Também é importante reiterar que todos os estados devem relatar os dados no mesmo dia em que são coletados para informar a avaliação e ação de risco em tempo hábil.

1. Casos 2. Casos relacionados 3. Testes realizados 4. Positividade do teste 5. Vigilância sindrômica 6. Taxa de internação por COVID 7. Ocupação hospitalar Indicador 8. Surtos 9. Mortes 10. Tempo de resposta dos testes 11. Tempo de isolamento 12. % de casos entrevistados 13. Casos de contatos 14. Infecções de profissionais da saúde 15. Uso de máscara 0.2 Pontuação média do indicador (de no máximo 2 pontos) Mês • Junho • Outubro

Figura 1: Mudança nas pontuações médias dos indicadores essenciais em todos os estados*, junho a outubro de 20201

* Inclui Washington D.C. e Porto Rico

PROGRESSO: PAINEL DE MELHOR DESEMPENHO ESTADUAL

De acordo com nossa análise, os quatro principais painéis de dados sobre a COVID-19 foram os de Minnesota, Oregon, Utah e Washington, D.C. Esses painéis fornecem informações robustas, permitindo que as comunidades estejam melhor informadas sobre a disseminação local da COVID-19 e o risco de infecção. Outros estados, como Arkansas e Novo México, realizaram melhorias substanciais em seus painéis desde nossa última avaliação em junho. (Consulte o <u>Anexo 2</u> para obter os resultados completos para todos os estados).

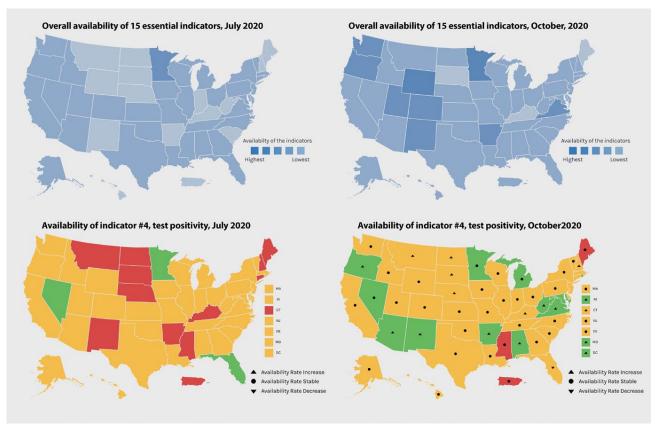
3

¹ Inclui Washington D.C. e Porto Rico

Rastreando a COVID-19 nos Estados Unidos

NOVEMBRO DE 2020

Figura 2. Mudança nas pontuações dos estados ao longo do tempo



Overall availability of 15 essential indicators, July 2020	Disponibilidade geral de 15 indicadores essenciais, julho de 2020
Availability of the indicators	Disponibilidade dos indicadores
Highest	Alta
Lowest	Baixa
Availability of indicator #4, test positivity, July 2020	Disponibilidade do indicador nº 4, positividade do teste, julho de 2020
Availability Rate Increase	Aumento da taxa de disponibilidade
Availability Rate Stable	Taxa de disponibilidade estável
Availability Rate Decrease	Redução da taxa de disponibilidade
Overall availability of 15 essential indicators, October, 2020	Disponibilidade geral dos 15 indicadores essenciais, outubro de 2020
Availability of indicator #4, test positivity, October, 2020	Disponibilidade do indicador nº 4, positividade do teste, outubro de 2020

DESAFIOS EM ANDAMENTO

Os motivos mais comuns para os indicadores não atenderem aos critérios para serem relatados foram a tendência de dados ausentes ao longo do tempo, falta de metas e limites claros e falta de estratificação demográfica ao longo do tempo. Muitos estados continuam relatando apenas totais cumulativos, o que é menos útil do que uma linha de tendência para informar o risco atual. A representação clara das metas e dos limites nos gráficos é importante para mostrar se os objetivos estabelecidos pelos líderes estaduais estão sendo alcançados. Esses limites e essas metas podem variar por estado, mas devem ser explicitamente representados na exibição dos dados. Por exemplo, este gráfico que rastreia resultados positivos de testes do painel de Washington D.C. descreve claramente a tendência local e alguns alvos significativos, e fornece uma explicação clara e útil (Figura 3).

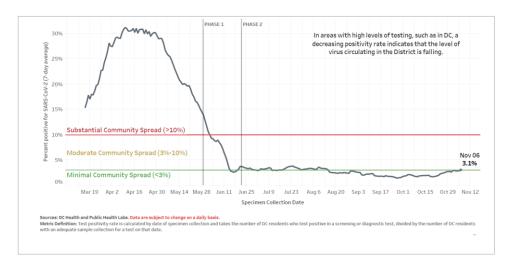


Figura 3. Gráfico de positividade do teste do painel sobre a COVID-19 de Washington, D.C.

Percent positive for SARS-CoV-2 (7-day average)	Porcentagem de positivos para SARS-CoV-2 (média de 7 dias)
Substantial Community Spread (>10%)	Propagação substancial na comunidade (> 10%)
Moderate Community Spread (3%-10%)	Propagação moderada na comunidade (3% – 10%)
Minimal Community Spread (<3%)	Propagação mínima na comunidade (< 3%)
PHASE 1	FASE 1
In areas with high levels of testing, such as in DC, a decreasing positivity rate indicates that the level of virus circulating in the District is falling.	Em áreas com altos níveis de testagem, como em DC, uma taxa de positividade decrescente indica que o nível de vírus que circula no Distrito está caindo.
Mar	Mar
May	Mai
Jun	Jun
Jul	Jul
Aug	Ago
Sep	Set
Oct	Out
Nov	Nov
Specimen Collection Date	Data de coleta das amostras
Sources DC Health and Public Health Labs. Data are subject to change on a daily basis. Metric Definition: Text positivity rate is calculated by date of specimen collection and takes the number of DC residents who test positive in a screening or diagnostic test, divided by the number of DC residents with an adequate sample collection for a test on that date.	Fontes: DC Health and Public Health Labs. Or dador settle sujeitles a alterações diariamente. Definição métrica: A taxa de positivade do teste de calculada pela data de coleta da amostra e é o número de residentes de DC que obtiveram resultado positivo na triagem ou teste de diagnóstico, dividido pelo número de residentes de DC com uma coleta de amostra adequada para a realização de um teste naquela data.

Fonte: Painel sobre a COVID-19 de Washington D.C.

Muitos estados ainda não estratificam seus indicadores essenciais, como casos, exames, internações e óbitos, por idade e raça/etnia ao longo do tempo. Esse tipo de estratificação é essencial para entender padrões, triangular riscos, abordar restrições e informar ações de saúde pública. Um bom exemplo de exibição eficaz da estratificação pode ser encontrado no Colorado (Figura 4), que relata novos casos estratificados por raça por semana e compara essas porcentagens à proporção da população geral do estado composta por cada grupo.

Uma razão pela qual os estados não podem estratificar por raça e etnia é que essas características estão ausentes numa parte substancial dos relatórios de casos de laboratório dos quais os dados são obtidos. Recomendamos atualizar os dados de raça e etnia dos arquivos de pesquisa de caso e declarar explicitamente, em títulos ou notas de rodapé, qual porcentagem de todos os casos está representada na exibição estratificada.

O.53% 1.55% 0.35% O.87% 3.28% American Indian or Alaska Native - Non Hispanic Hawaiian or Other Pacific Islander

Weekly Percent of Cases by Race/Ethnicity

Figura 4. Estratificação de novos casos por raça/etnia no painel sobre a COVID-19 do Colorado

American Indian or Alaska Native	Índio americano ou nativo do Alasca
Asian	Asiático
Multiple Races – Non Hispanic	Várias raças – não hispânico
Native Hawaiian or Other Pacific Islander	Nativo do Havaí ou outro habitante das ilhas do Pacífico
Other	Outros
Black or African American	Negro ou afrodescendente
White – Non Hispanic	Branco – não hispânico
Hispanic, All Races	Hispânico, todas as raças
Unknown	Desconhecido
Weekly Percent of Cases by Race/Ethnicity	Porcentagem semanal de casos por raça/etnia

Fonte: Painel de dados sobre a COVID-19 de Colorado

Além dos 15 indicadores essenciais, analisamos informações de cinco áreas principais para responder a perguntas essenciais e revisar a disponibilidade de dados relevantes (ver <u>Anexo 5</u>).

- **Teste de antígeno** Milhões de testes de antígeno estão sendo distribuídos por todo o país com abordagens variadas para o uso dos testes e os relatórios de resultados. Como os estados relatam os testes de antígeno x PCR e resultados dos testes?
- **Sistemas de nível de alerta de risco** Recomendamos o uso de <u>sistemas de nível de alerta de risco</u> para informar o público sobre o risco da COVID-19 e as medidas sociais e de saúde pública correspondentes. Quantos estados implementaram um sistema de nível de alerta de risco?
- **Escolas** Em muitas partes do país, as crianças retomaram a educação presencial. Como os estados informam o público sobre a COVID-19 em ambientes educacionais?
- **Orientação para viagens** Alguns estados têm orientações ou restrições para viajantes de outros estados. Quão comum é isso e quais critérios os estados usam para informar essas decisões?
- Planos de vacinação À medida que as vacinas candidatas contra a COVID-19 avançam em direção à aprovação, quantos estados estão compartilhando seus planos sobre como distribuirão as vacinas e monitorarão sua administração?

Métodos

Após nossa análise inicial em julho, recebemos o feedback de vários estados sobre a perda de certas fontes de dados. Para resolver esse problema, realizamos uma pesquisa mais ampla e abrangente das informações do governo estadual sobre a COVID-19 na revisão atual. Isso incluiu a procura de painéis de dados dos Departamentos de Saúde e Educação, escritórios dos governadores e planos de reabertura. Usamos pesquisas na Internet para localizar os painéis de dados sobre a COVID-19 de todos os 50 estados dos EUA, o Distrito de Colúmbia e Porto Rico. Para muitos estados, várias fontes de dados e painéis foram revisadas. Embora seja possível que ainda haja fontes de informação perdidas, acreditamos que aquelas que capturamos são as que poderiam ser mais facilmente encontradas pelo público. (Veja o <u>Anexo 1</u> para uma lista completa das fontes).

Criamos uma ferramenta padronizada para coletar as informações básicas apresentadas por cada estado. Usando essa ferramenta, avaliamos a disponibilidade e os detalhes dos dados fornecidos para cada um de nossos 15 indicadores essenciais (consulte o Anexo 2 para obter uma explicação das mudanças nos indicadores desde julho de 2020), que incluem informações sobre vigilância sindrômica, casos, internações, mortes, testes e rastreamento de contatos. Os dados foram coletados de 14 a 19 de outubro de 2020 e estão sujeitos a alterações conforme os estados modificam seus painéis.

Primeiro, analisamos se os estados tinham as informações exatas especificadas pelos indicadores, informações semelhantes, mas incompletas (por exemplo, dados ligeiramente diferentes ou falta de estratificação) ou nenhuma informação. Em seguida, compilamos esses dados numa pontuação simples. Compilamos uma lista de exemplos por indicador (ver <u>Anexo 3</u>).

Também criamos uma pesquisa interna estruturada para coletar informações sobre áreas prioritárias, incluindo testes de antígeno, sistemas de alerta de risco, medidas relacionadas a viagens, escolas e vacinas.

Limitações

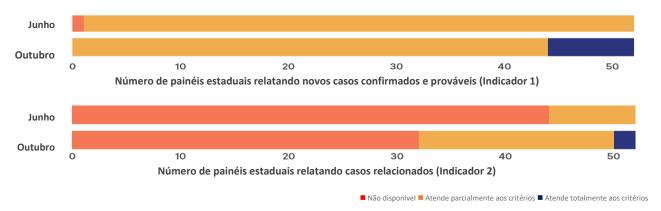
Nosso estudo e nossa avaliação estão sujeitos a algumas limitações. Os pesquisadores realizaram uma pesquisa completa de informações do governo estadual sobre a COVID-19, incluindo painéis de dados dos Departamentos de Saúde e Educação, escritórios dos governadores e planos de reabertura. Os pontos dos dados que não puderam ser localizados durante este processo não foram considerados acessíveis ao público e, portanto, podem não ter recebido crédito total. Não avaliamos formalmente a usabilidade do painel como parte do relatório do indicador. Em seguida, a COVID-19 e as respostas do estado à pandemia estão evoluindo rapidamente. Os sites são continuamente atualizados e as informações disponíveis no painel de um estado individual podem ter mudado desde o momento da avaliação até o momento da publicação deste relatório. Por fim, uma equipe de pessoas estava envolvida no processo de avaliação de sites e painéis individuais. Um grande esforço foi feito para harmonizar a abordagem do processo de avaliação e garantir que cada estado estivesse sendo avaliado usando os mesmos critérios, e auditorias foram realizadas para garantir a precisão das classificações nos indicadores e estados. No entanto, dada a variedade dos formatos de visualização dos dados e as informações disponíveis em diferentes estados, é possível que alguns indicadores não tenham sido classificados de maneira absolutamente uniforme entre os estados.

Resultados por indicador

CASOS

Nō	Indicador ou informação	Estratificação	Alvo sugerido
1	Novos casos confirmados e prováveis, e taxas <i>per capita</i> por data ² com média móvel de 7 dias	Idade, sexo, raça, etnia e código postal Surto x comunidade	Diminuindo ao longo de 14 dias ou em nível baixo ³
2	Porcentagem de novos casos relacionados de forma epidemiológica a pelo menos um	Idade, sexo, raça e etnia	> 80%4
_	outro caso por data, estratificados por surto conhecido ou não, com limite*	Surto x comunidade	> 80%

Figura 5. Disponibilidade dos indicadores de caso, junho e outubro de 2020



Achados principais: Todos os estados agora exibem dados sobre novos casos diários, com oito estados fornecendo uma média móvel, diferenciando entre casos prováveis e confirmados, e estratificando por categorias demográficas importantes ao longo do tempo.

Por que é importante: A incidência e as tendências dos casos são indicadores básicos de qualquer surto de doença. Se a maioria dos casos não estiver ligada a pelo menos um outro caso ou fonte conhecida de exposição, os departamentos de saúde pública não obtêm conhecimento suficiente da propagação contínua da doença.

Recomendações: Embora tenhamos recomendado originalmente a estratificação de casos em nível de código postal nos painéis estaduais, a partir de outubro de 2020, esse nível de estratificação foi amplamente apresentado em painéis sobre a COVID-19 em nível de condado. Isso parece apropriado. O ideal é que os vínculos recíprocos sejam fornecidos claramente entre os painéis do estado e do condado para que os usuários possam acessar essas informações. Minnesota e Oregon forneceram as informações mais sólidas sobre o vínculo de novos casos a casos existentes.

Os casos confirmados devem ser relatados pela data de coleta da amostra, quando possível ou, se não for possível, pela data do relatório ou data de início dos sintomas. Os casos prováveis devem ser relatados até a data do relatório; jurisdições que relatam por data de coleta da amostra também devem fornecer informações sobre a data do relatório para comparabilidade interestadual, até que todos os estados estejam relatando por data de coleta da amostra.

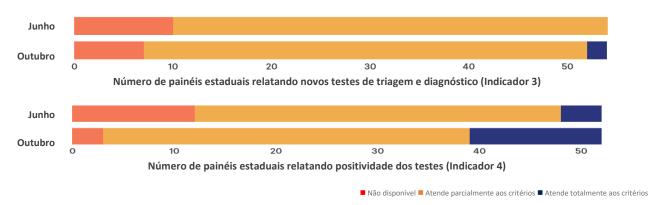
³ Por exemplo, menos de dez casos por 100.000 habitantes em 2 semanas (<u>CDC</u>).

⁴ Se não for relatado, presuma que nenhum deles está relacionado a uma fonte conhecida existente.

TESTAGEM

Nō	Indicador ou informação	Estratificação	Alvo sugerido
3	Novas taxas de triagem (por exemplo, antígeno) e diagnóstico (por exemplo, PCR) de teste <i>per capita</i> por data, com limite, com média móvel de 7 dias	Idade, sexo, raça e etnia	> 1,5 testes/1.000/dias ⁵
4	Porcentagem de testes de triagem (por exemplo, antígeno) e diagnóstico (por exemplo, PCR) positivos por data, com limite, com média móvel de 7 dias	Idade, sexo, raça e etnia	< 3% positividade do PCR

Figura 6. Disponibilidade do indicador de testagem, junho e outubro de 2020



Achados principais: Embora o número de testes realizados seja amplamente divulgado, pouco progresso foi feito no relatório de taxas de teste *per capita* e menos progresso ainda foi feito na estratificação desses dados por idade e raça/etnia. Isso se deve, em parte, à falta de registro de informações de raça e etnia nos locais de teste. As taxas de teste *per capita* atuais variam muito, com alguns estados realizando de 5 a 10 vezes mais testes de PCR *per capita* do que outros. Isso impacta diretamente as estimativas de incidência de caso e deve ser considerado ao interpretar novos casos e positividade dos testes. Atualmente, 13 estados fornecem dados claros sobre a positividade do teste ao longo do tempo com um limite rotulado em seus gráficos. Outro problema decorre das diretrizes variadas sobre o uso de testes de antígeno: em alguns, mas não em todos os algoritmos de teste, um único indivíduo terá um teste de rastreamento de antígeno e um teste de PCR confirmatório realizados no mesmo dia. (Veja o *Destaque sobre Testagem de Antígenos*, abaixo, para uma discussão mais completa sobre esse assunto).

Por que é importante: As informações de teste, estratificadas e por tendência, são essenciais para identificar áreas onde o número de casos pode ter sido subestimado e para garantir que a testagem se concentre nas comunidades mais impactadas. A positividade do teste pode ser uma métrica essencial ao tomar decisões políticas sobre a reabertura de empresas e escolas, restrições de viagens e a implementação de outras medidas sociais e de saúde pública

O alvo se aplica a cada grupo racial e étnico principal separadamente.

Recomendações: As taxas de teste *per capita* devem ser relatadas como o número de indivíduos testados por 100.000 habitantes por dia, além do número total de testes por dia, para levar em consideração o uso de testes de triagem e confirmatórios (incluindo o teste de PCR agrupado em duas etapas). Os painéis estaduais devem exibir os alvos de positividade do teste que estão usando atualmente para níveis de risco ou limites de reabertura em seus gráficos; eles podem até usar vários limites para indicar níveis graduais de risco, conforme exemplificado em <u>indicadores dos Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC, na</u> sigla em inglês) dos EUA para a reabertura de escolas **e** relatórios da Força-Tarefa da Casa Branca.

VIGILÂNCIA SINDRÔMICA

Nº	Indicador ou informação	Estratificação	Alvo sugerido
5	Doenças semelhantes à COVID-19 e doenças semelhantes à influenza nos serviços de emergência		Na linha de base ou ajustada abaixo dela, em declínio

Figura 7. Disponibilidade do indicador de vigilância sindrômica, junho e outubro de 2020



Achados principais: Poucos estados estão incorporando a vigilância sindrômica nas decisões iniciais sobre a implementação de medidas de saúde pública e sociais contra a COVID-19.

Por que é importante: Os dados de vigilância sindrômica refletem o número de pessoas que comparecem às unidades de saúde apresentando sintomas como febre e tosse que são consistentes com uma doença específica antes que o diagnóstico seja feito. A vigilância sindrômica para doenças semelhantes à influenza (ILI, na sigla em inglês) e doenças semelhantes a COVID (CLI, na sigla em inglês) são úteis como evidência inicial de um aumento na transmissão da COVID-19.

Recomendações: Recomendamos que haja mais relatórios dos estados sobre a vigilância sindrômica, pois este continua sendo um importante sinal inicial do aumento da disseminação da doença. Recomendamos exibir a linha de base ajustada do estado para ILI no gráfico de ILI.

INDICADORES DE INTERNAÇÃO

Nο	Indicador ou informação	Estratificação	Alvo sugerido
6	Taxas de internação por COVID <i>per capita</i> por data e com média móvel de 7 dias	Idade, sexo, raça e etnia	Nível decrescente ou baixo
7	Porcentagem de leitos autorizados, ocupados por pacientes com COVID-19, suspeitos e confirmados, por data		Proporção baixa (< 10%)

■ Não disponível ■ Atende parcialmente aos critérios ■ Atende totalmente aos critérios

Junho
Outubro
O 10 20 30 40 50
Número de painéis estaduais relatando taxas de internação (Indicador 6)

Junho
Outubro
O 10 20 30 40 50

Número de painéis estaduais relatando ocupação hospitalar (Indicador 7)

Figura 8. Disponibilidade do indicador de internação, junho e outubro de 2020

Achados principais: Existem muitas permutações de indicadores de internação, incluindo novas taxas de admissão e ocupação total, por leitos hospitalares regulares ou de UTI. Alguns estados relatam esses indicadores estratificados por regiões de preparação hospitalar, em vez de condados; isso é apropriado onde um regime de preparação regional está em vigor e onde essas regiões representam melhor as verdadeiras áreas de captação para os hospitais do estado.

Por que é importante: Os dados de internação são o indicador preferido para muitos líderes governamentais, pois são menos dependentes da capacidade de teste. Os dados de internação também refletem a carga da doença, moderada a crítica, e a disponibilidade de leitos de UTI na comunidade, um marcador da capacidade do sistema de saúde. Discrepâncias entre os dados de internação estaduais e federais também foram documentadas.

Recomendações: Embora a maioria dos estados relate internações como contagens (assumindo uma população subjacente estável), as taxas por 100.000 habitantes são mais úteis para comparações entre estados e condados. Os dados de internação devem ser estratificados por variáveis demográficas importantes para determinar o impacto desproporcional e os padrões emergentes, ou em mudança, na disseminação da doença entre diferentes populações. Embora não seja uma parte explícita de nossos indicadores essenciais, as taxas de hospitalização de casos — a porcentagem de casos que são internados no hospital — são um bom indicador da gravidade da doença, com tendências ao longo do tempo, e podem ser facilmente calculadas a partir dos Indicadores 1 e 6.

SURTOS

Nō	Indicador ou informação	Estratificação	Alvo sugerido
8	Lista de serviços de atendimento de longo prazo e outros centros de cuidados institucionais (abrigos para moradores de rua, presídios), locais de trabalho essenciais (por exemplo, frigoríficos), surtos de casos de COVID-19 e mortes entre residentes e funcionários ⁶	Cumulativo e semana mais recente	Baixo nível de casos Surtos, se houver, detectados e interrompidos rapidamente

⁶ Semana cumulativa e mais recente; agregar números até que as especificações legalmente permitidas sejam relatadas, se houver restrições atuais.

Figura 9. Disponibilidade do indicador de surto, junho e outubro de 2020

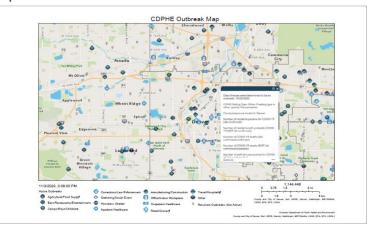


Achados principais: Os dados sobre surtos, incluindo serviços de atendimento de longo prazo, presídios e abrigos para moradores de rua melhoraram significativamente desde nossa última revisão, com apenas oito estados deixando de compartilhar informações sobre essas instalações residenciais importantes. Muitos estados agora fornecem informações detalhadas sobre onde os surtos estão ocorrendo, em que tipo de instalação, o número de casos e mortes, a data em que o surto ocorreu e se ainda está ativo. Colorado fornece informações detalhadas sobre surtos, incluindo um mapa de surtos com informações relevantes sobre cada surto (Figura 10).

Por que é importante: As instalações de atendimento de longo prazo e os ambientes de trabalho e de moradia apresentam desafios únicos no controle e na prevenção de doenças infecciosas e, às vezes, abrigam pessoas mais vulneráveis. Os dados sobre surtos, casos e mortes nesses locais são essenciais para informar as decisões sobre a proteção da saúde dessas populações em especial.

Recomendações: Mais estados devem fornecer informações mais detalhadas, como o tipo de instalação, surtos ativos x surtos antigos e detalhamento de quem é afetado em cada instalação.

Figura 10. Mapa de surtos do painel sobre a COVID-19 do Colorado



CDPHE Outbreak Map	Mapa de Surtos do Departamento de Saúde Pública e Meio Ambiente do
	Colorado (CDPHE, na sigla em inglês)
11/3/2020, 3:08:00 PM	03/11/2020 15:08:00
Active Outbreaks	Surtos Ativos
Agriculture/Food Supply Bars/Restaurants/Entertainment Camps/Educ/Childcare	Agricultura/Abastecimento Bares/Restaurantes/Entretenimento Acampamentos/Educação/Puericultura
Corrections/Law Enforcement Gathering/Social Event Homeless Shelter Inpatient Healthcare	Presídios/Aplicação da lei Encontro/Evento social Abrigos para moradores de rua Atendimento de pacientes internados
Manufacturing/Construction Office/Indoor Workplace Outpatient Healthcare Retail/Grocery	Fabricação/Construção Escritórios/Local de trabalho interno Assistência médica ambulatorial Varejo/Mercearia
Travel/Hospitality Other Resolved Outbreaks (Not Active)	Viagem/Hospedagem Outros Surtos resolvidos (inativos)
County and City of Denver, Esri, HERE, Garmin, SafeGraph, METI/NASA, USGS, EPA, NPS, USDA	Condado e Cidade de Denver, Esri, HERE, Garmin, SafeGraph, METI/NASA, USGS, EPA, NPS, USDA
Colorado Department of Public Health and Environment	Departamento de Saúde Pública e Meio Ambiente do Colorado

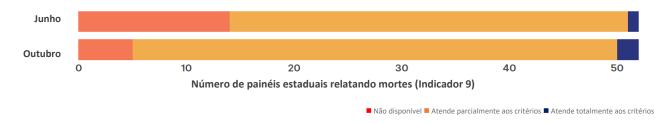
County and City of Denver, Esri, HERE, Garmin, SafeGraph, METI/NASA,	Condado e cidade de Denver, Esri, HERE, Garmin, SafeGraph,
USGS, EPA, NPS, USDA	METI/NASA, USGS, EPA, NPS, USDA

Fonte: Painel de índices sobre a COVID-19 de Colorado

MORTES

Νō	Indicador ou informação	Estratificação	Alvo sugerido
9	Novas mortes confirmadas e prováveis por COVID-19 por data e taxas <i>per capita</i> com	Idade, sexo, raça, etnia e código postal	Diminuindo ao longo de 14
	média móvel de 7 dias	Surto x comunidade	dias ou em nível baixo

Figura 11. Disponibilidade do indicador de mortes por COVID-19, junho e outubro de 2020



Achados principais: Surpreendentemente, as lacunas nos relatórios de óbitos ainda persistem. A maioria dos estados não estratifica as mortes por fatores demográficos importantes ao longo do tempo.

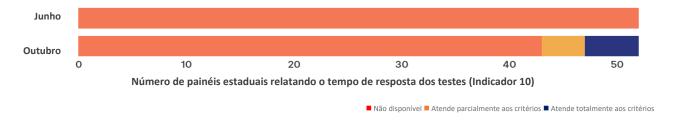
Por que é importante: As mortes são uma medida importante da gravidade da doença.

Recomendações: Recomendamos que os dados do código postal sejam exibidos nos painéis do condado ou estado e que estes painéis sejam vinculados de forma recíproca. O Novo México fornece essas informações importantes num relatório de mortalidade suplementar produzido semanalmente. Embora não seja explicitamente parte de nossos 15 indicadores essenciais, a mortalidade acima dos níveis registrados em anos anteriores também é uma métrica importante para entender o impacto total da COVID-19. O CDC fornece informações de mortalidade excessiva, por estado, semanalmente, e alguns estados, como Oklahoma, incluem mortalidade excessiva em seu boletim epidemiológico regular. Outro indicador que vale a pena acompanhar ao longo do tempo é a taxa mensal de letalidade, a porcentagem de casos que morrem. Isso pode ser facilmente calculado a partir dos indicadores essenciais 1 e 9 (levando em consideração o desfasamento).

TEMPO DE RESPOSTA DOS TESTES

Νō	Indicador ou informação	Estratificação	Alvo sugerido
10	Tempo de resposta do teste de diagnóstico (por exemplo, PCR) (coleta de amostra para relatório do teste), por semana	Idade, sexo, raça e etnia	Mediana < 48 horas e uma proporção alta e crescente < 24 horas

Figura 12. Disponibilidade do tempo de resposta dos testes, junho e outubro de 2020



Achados principais: Logo após nossa primeira revisão, na qual não encontramos um único estado relatando o tempo de resposta do teste de PCR, houve atrasos significativos nos testes em todo o país, com os testes de PCR muitas vezes retornando tarde demais para informar os esforços de controle da doença. Desde então, vários estados, incluindo Alasca, Califórnia, Havaí, Minnesota, Missouri, Nebraska, New Hampshire e Carolina do Norte, começaram a fornecer essa informação essencial. Infelizmente, muitos relatórios de testes laboratoriais incluem apenas a data da coleta da amostra, não a hora, portanto, é impossível relatar o tempo de resposta em horas.

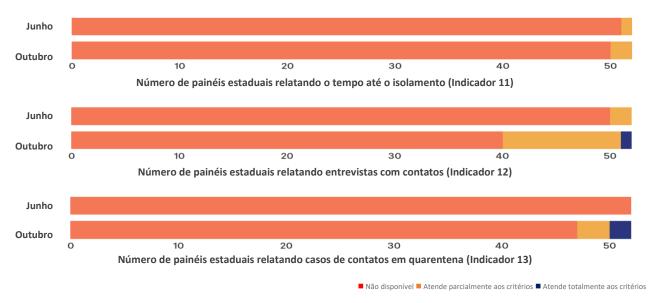
Por que é importante: Resultados de teste oportunos são necessários para apoiar o rápido isolamento de casos e esforços de rastreamento de contatos. É improvável que os resultados dos testes sejam válidos ou úteis, a menos que sejam devolvidos ao paciente, ao provedor e aos funcionários da saúde pública relevantes dentro de dois dias ou menos.

Recomendações: Essas informações devem ser estratificadas por grupos demográficos principais. Segundo uma <u>pesquisa da NPR</u>, os tempos de resposta do teste podem variar muito por raça e grupo étnico, e essas informações devem ser rastreadas e relatadas para informar as estratégias de testagem. O tempo de resposta do teste é mais útil quando relatado pelo laboratório ou local de coleta da amostra, para informar os pacientes e fornecedores que selecionam um laboratório.

INDICADORES DE RASTREAMENTO DE CONTATOS

Nō	Indicador ou informação	Estratificação	Alvo sugerido
11	Tempo desde a coleta da amostra até o isolamento dos casos, por semana	Idade, sexo, raça e etnia	≥ 80% dentro de 48 horas
12	Porcentagem de casos entrevistados para a pesquisa de contato dentro de 48 horas da coleta da amostra do caso, incluindo todas as pessoas com testes positivos que residem na jurisdição, por semana	Idade, sexo, raça e etnia	≥ 80%
13	Porcentagem de novos casos entre os contatos em quarentena, por semana	Surto x comunidade	≥ 50%

Figura 13. Disponibilidade do indicador de rastreamento de contatos, junho e outubro de 2020



Achados principais: Identificamos lacunas importantes no relatório de indicadores de rastreamento de contatos em nossa revisão inicial. Esses dados continuam esparsos. Consequentemente, não está claro o desempenho de nossa resposta de saúde pública nacional e se os estados e jurisdições estão medindo esses indicadores essenciais e usando esses dados para a tomada de decisões a fim de melhorar suas respostas à epidemia. Washington D.C. tem sido um notável pioneiro nessa área, relatando a proporção de casos decorrentes de contatos em quarentena antes de qualquer outro estado. Delaware fornece informações detalhadas sobre a investigação de casos e o programa de rastreamento de contatos, incluindo informações importantes sobre as etapas em que as pessoas saem do processo. Ambos os locais relatam indicadores essenciais, como casos e contatos contatados e entrevistados. Essas métricas geralmente são mais fáceis de rastrear em áreas geográficas menores e os estados maiores podem não ser capazes de relatar essas medidas se todos os condados não estiverem rastreando essas informações essenciais.

Por que é importante: Relatórios públicos de desempenho sobre esses indicadores forneceriam uma referência geral do que é viável e facilitariam o compartilhamento de estratégias bem-sucedidas entre estados e jurisdições. (Num próximo relatório, definimos uma série de indicadores adicionais de teste, investigação de caso e rastreamento de contatos e delineamos um processo para eliminar lacunas e restrições nesses programas essenciais de saúde pública.)

Recomendações: Os dados dos indicadores 11 e 12 fornecem informações valiosas e acionáveis sobre os aspectos do rastreamento de contatos, um componente intrínseco dos esforços para prevenir a transmissão. Embora esses dois indicadores sejam semelhantes (a maioria das jurisdições emite uma ordem de isolamento e obtém informações sobre os contatos durante a mesma entrevista com um caso), a data de isolamento no indicador 11 pode ser definida como a data de emissão da ordem de isolamento ou como a data que o caso relata como autoisolamento. O autoisolamento pode ocorrer antes da entrevista. É importante notar que, na prática, a coleta de amostras é frequentemente relatada por data, sem um marcador de tempo específico, tornando impossível contar o número de horas entre a coleta de amostras e a entrevista ou isolamento. Nessas áreas, os estados podem ter como meta entrevistar 80% dos casos dentro de três dias para explicar essa limitação. Também, vale mencionar que, para o indicador 13, o denominador deve ser o número total de casos para os quais as amostras foram coletadas na semana atual. O numerador deve ser o subconjunto dos casos que foram colocados em quarentena como contatos durante as duas semanas anteriores.

Além dos dados sobre os indicadores 11-13, pode ser aconselhável coletar e relatar dados sobre a proporção de casos que relatam autoisolamento desde o início dos sintomas ou quando o teste é realizado. Da mesma forma, pode ser aconselhável coletar e relatar dados sobre o número de dias entre o início dos sintomas e o teste. Para a COVID-19, uma quantidade significativa de transmissão pode ocorrer durante a fase pré-sintomática da doença. Medidas de saúde pública destinadas a aumentar a proporção de pessoas que se autoisolam e/ou diminuir o número de dias entre o início dos sintomas e o teste podem ter um impacto significativo no risco de transmissão durante o período infeccioso. Portanto, rastrear esses dados e direcionar as intervenções para otimizar seu desempenho pode reduzir significativamente a transmissão e facilitar a contenção do vírus por meio de esforços de rastreamento de contatos.

May

Aug

Sep Oct

Test Result Received Date

case who was previously a quarantined contact

As the outbreak is brought under control and there is a high level of contact tracing 9096 capacity, most new positive cases should stem from individuals who we have already identified as close contacts of other positive cases and have quarantined, allowing 80% transmission to be effectively reduced. Minimal Community Spread (>60%) 4096 Moderate Community Spread (5%-60%) Oct 30 7.7% 109 OS Substantial Community Spread (As the outbreak is brought under control and there is a high level of contact tracing capacity, most new Como o surto está sob controle e há um alto nível de capacidade de rastreamento de contatos, a maioria positive cases should stem from individuals who we have already identified as close contacts of other dos novos casos positivos deve resultar de indivíduos que já identificamos como contatos próximos d positive cases and have quarantined, allowing transmission to be effectively reduced. outros casos positivos e que foram colocados em quarentena, permitindo que a transmissão seja efetivamente reduzida Percent Cases from Quarantined Contacts Porcentagem de casos de contatos em quarentena

Figura 14. Porcentagem de casos de contatos em quarentena do painel de dados sobre a COVID-19 de Washington D.C.

Fonte: Métricas de reabertura de Washington D.C.

Definição da métrica: um contato em quarentena é definido como um contato próximo de um caso

positivo que foi alcançado com sucesso por um rastreador de contatos. Um novo caso de um contato

em quarentena é definido como um caso positivo que anteriormente era um contato em quarentena.

INFECÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Metric Definition: A guarantined contact is defined as a close contact of a positive case who has been

uccessfully reached by a contact tracer. A new case from a quarantined contact is defined as a positive

Nº	Indicador ou informação	Estratificação	Alvo sugerido
14	Novas infecções entre profissionais da saúde não confirmadas como contraídas fora do local de trabalho, por semana	Idade, sexo, raça e etnia	0

Maio Jun Jul

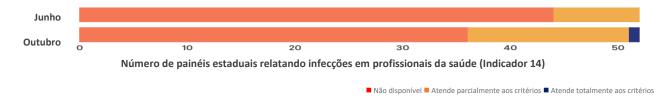
Ago Set

Out

Data do recebimento do resultado do teste

Fonte: D.C. Health. Os dados estão sujeitos a alterações diariamente

Figura 15. Disponibilidade do indicador de infecção em profissionais da saúde, junho e outubro 2020



Achados principais: Apesar de algumas melhorias, apenas a <u>Geórgia</u> fornece informações concretas sobre infecções em profissionais da saúde ao longo do tempo e inclui informações sobre essas infecções estratificadas por grupos demográficos importantes. Embora o <u>CDC relate</u> dados sobre infecções em profissionais da saúde, isso é provavelmente uma subestimativa, pois eles só relatam um em cada quatro casos entre profissionais da saúde.

Por que é importante: Rastrear infecções por COVID-19 entre os profissionais da saúde é um indicador essencial que aborda a segurança dessa força de trabalho essencial, bem como de seus pacientes, e pode

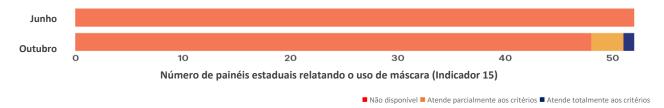
fornecer informações substitutas sobre as práticas de prevenção e controle de infecção nas instalações de saúde.

Recomendações: Pode ser difícil determinar onde os profissionais da saúde contraíram sua doença, especialmente quando a transmissão na comunidade é alta, mas o ideal é que as informações sobre se as infecções nos profissionais da saúde estão ou não ligadas ao seu local de trabalho devem ser relatadas. Este é um indicador essencial para monitorar ao longo do tempo, para avaliar se os profissionais da saúde estão sendo protegidos o suficiente; qualquer infecção associada ao local de trabalho é importante.

USO DE MÁSCARA

I	Νº	Indicador ou informação	Estratificação	Alvo sugerido
	15	Porcentagem de pessoas usando máscaras corretamente em ambientes internos públicos (por exemplo, transporte público, lojas), com base na observação direta ou análise de câmeras de segurança, por um método padrão consistente, por semana	Tipo de local (por exemplo, interno x externo)	> 80%

Figura 16. Disponibilidade do indicador de uso de máscara, junho e outubro de 2020



Achados principais: Os dados de uso de máscara não estavam disponíveis em nenhum estado no momento de nossa revisão inicial. Até agora, Havaí, Oklahoma, Oregon e Utah relataram o uso de máscara em seus estados. <u>Utah</u> fornece as informações mais abrangentes, usando dois métodos, incluindo a observação direta e pesquisas por telefone. Isso permite que eles relatem o uso de máscara semanalmente para configurações internas e externas e por variáveis demográficas importantes. Uma medida relacionada mais recente relatada por alguns estados são os indicadores de doenças estratificados por áreas com e sem mandatos de máscara. <u>Oklahoma</u> relata a média semanal de 7 dias de novos casos em áreas com e sem mandatos de máscara, para fornecer informações sobre o potencial impacto desses mandatos.

Por que é importante: Os dados de uso de máscara podem informar sobre a adesão, a nível da população, a uma medida essencial de saúde pública que demonstrou limitar a disseminação da COVID-19. Desde nosso relatório inicial, <u>evidências adicionais</u> foram descobertas apoiando o uso de máscaras como uma parte essencial de nossa resposta de saúde pública contra a COVID-19.

Recomendações: Os dados devem ser coletados usando um método confiável e consistente ao longo do tempo e podem informar sobre a eficácia das recomendações ou mandatos de uso de máscara para aumentar a adesão a essa medida e, em última instância, controlar a disseminação da doença. Os dados podem ser usados para direcionar mensagens de saúde pública sobre a importância do uso de máscaras.

Destaques

DESTAQUE: INDICADORES DE TESTAGEM DE ANTÍGENO PARA COVID-19

Achados principais: Com o surgimento do teste de antígeno, o rastreamento de indicadores essenciais para testagem (o número de testes realizados e indivíduos testados, número de testes com resultados positivos e a taxa de positividade do teste) se tornou cada vez mais complexo. A maioria dos painéis estaduais não diferencia entre testes moleculares e de antígeno, e aqueles que o fazem relatam o número de testes realizados, em vez do número de indivíduos testados. Nenhum estado apresenta dados sobre os testes de antígeno inteiramente de acordo com as melhores práticas para relatórios: apresentando dados numa frequência diária e ao longo do tempo, com uma média contínua de 7 dias e com estratificação semanal por idade, sexo, raça e etnia, além de uma discriminação geográfica (por exemplo, a nível de condado) quando possível.

Recomendações principais:

- Relato do número de testes realizados e número de indivíduos testados, com os dados sobre o teste molecular e de antígeno apresentados separadamente.
- Relato do número de testes com resultados positivos e da taxa de positividade do teste, com os dados sobre o teste molecular e de antígeno apresentados separadamente.
- Relato de todos os dados numa frequência diária, com uma média contínua de 7 dias e com estratificação semanal por idade, sexo, raça e etnia, bem como a nível de condado, quando possível.

O teste para diagnóstico padrão usado para confirmar uma infecção por COVID-19 é o teste PCR, um teste molecular que detecta o material genético do vírus. Os testes de antígeno, que detectam pedaços maiores do vírus, podem ser mais baratos, fáceis e rápidos de realizar. No entanto, os testes de antígeno não são tão precisos quanto os testes moleculares e, portanto, os diagnósticos feitos por meio de testes de antígeno não são oficialmente considerados como "confirmados", a menos que um teste molecular também apresente um resultado positivo. Por conta disso, e também porque os testes de antígeno podem ser usados de maneiras diferentes e em ambientes diferentes dos testes moleculares (por exemplo, para realizar triagens semanais de alunos que vivem em campi universitários), é importante reunir os dados sobre os testes moleculares e de antígeno e relatá-los separadamente. Revisamos os sites oficiais de saúde pública do governo mantidos por todos os estados a fim de descrever as práticas em torno da notificação de testes moleculares e de antígeno e dos resultados nos EUA.⁷

A maioria (58%) dos painéis estaduais não diferencia entre testes moleculares e de antígeno.

- Apenas 22 estados diferenciam os tipos de teste ao relatar os resultados dos testes realizados ou indivíduos testados.
- A falha em relatar os resultados dos testes de antígeno pode deixar as comunidades desinformadas sobre a transmissão local e os surtos que ainda não foram confirmados por testes moleculares.
- A falta de diferenciação entre os tipos de teste pode disfarçar a falta de disponibilidade de teste confirmatório (molecular).

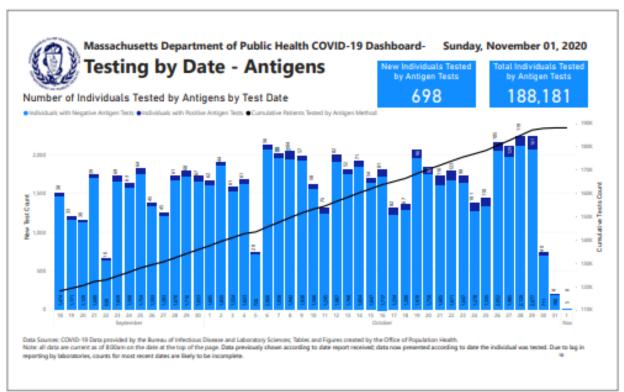
A maioria dos estados que diferenciam os tipos de testes relatam o número de testes realizados, e não o número de pessoas testadas.

⁷ Inclui Washington D.C. e Porto Rico

Todos os 22 estados que diferenciam os tipos de teste relatam o número de testes moleculares realizados. Oito estados, incluindo a <u>Carolina do Norte</u>, também relatam o número de testes de antígeno realizados. Os dados sobre ambos os tipos de teste refletem o volume real dos testes realizados e são importantes para monitorar, sobretudo à medida que o volume do uso de teste de antígeno aumenta.

Apenas cinco estados relatam o número de pessoas testadas com testes de antígeno. Se os testes de antígeno se tornarem mais amplamente usados para rastrear as mesmas pessoas várias vezes, o número de testes realizados e o número de pessoas testadas podem divergir cada vez mais. Deixar de relatar o número de pessoas testadas também pode disfarçar as iniquidades no acesso aos testes. <u>Massachusetts</u> é um exemplo de estado que relata o número de pessoas testadas diariamente e de forma cumulativa usando testes de antígeno, bem como os resultados desses testes (Figura 17).

Figura 17. Dados sobre o teste de antígeno do painel sobre a COVID-19 de Massachusetts



Massachusetts Department of Public Health COVID-19 Dashboard- Sunday, November 01, 2020	Painel sobre a COVID-19 do Departamento de Saúde Pública de Massachusetts – Domingo, 1º de novembro de 2020
Testing by Date - Antigens	Teste por Data – Antígenos
Number of Individuals Tested by Antigens by Test Date	Número de indivíduos testados por antígenos por data do teste
Individuals with Negative Antigen Tests Individuals with Positive Antigen Tests	Indivíduos com testes de antígeno negativos Indivíduos com testes de antígeno positivos
Cumulative Patients Tested by Antigen Method	Pacientes cumulativos testados pelo método de antígeno
New Individuals Tested by Antigen Tests 698	Novos indivíduos testados por testes de antígeno 698
Total Individuals Tested by Antigen Tests 188,181	Total de indivíduos testados por testes de antígeno 188.181
New Test Count	Nova contagem de testes
Cumulative Tests Count	Contagem cumulativa de testes
September	setembro
October	outubro
Data Sources: COVID-19 Data provided by the Bureau of Infectious Disease and Laboratory Sciences; Tables and Figures created by the Office of Population Health. Note: all data are current as of 8:00am on the date at the top of the page. Data previously shown according to date report received; data now presented according to date the individual was tested. Due to lag in reporting by laboratories, counts for most recent dates are likely to be incomplete.	Fonte dos dados: Dados sobre a COVID-19 fornecidos pelo Escritório de Doenças Infecciosas e Laboratório de Ciências; Tabelas e Figuras elaboradas pelo Gabinete de Saúde da População. Observação: todos os dados são atualizados a partir das 8h da data indicada no topo da página. Dados apresentados anteriormente de acordo com a data de recebimento do relatório; dados apresentados agora de acordo com a data em que o individuo foi testado. Devido ao atraso nos relatórios dos laboratórios, as contagens para as adatas mais recentes provavelmente estão incompoletas.

Fonte: Dados sobre os testes de antígeno de Massachusetts

Poucos estados diferenciam os tipos de teste ao relatar o número de testes com resultados positivos ou as taxas de positividade dos testes. Entre os estados que fazem essa diferenciação, todos relatam os resultados de testes moleculares, mas poucos também relatam os resultados de testes de antígeno.

- Dezessete estados relatam o número de resultados positivos de teste molecular e sete deles (por exemplo, <u>Utah</u> e <u>Minnesota</u>) também relatam resultados positivos de teste de antígeno.
- Vinte estados relatam as taxas de positividade de teste molecular e um (<u>Arkansas</u>) também relata a taxa de positividade de teste de antígeno.
- É importante relatar os resultados de ambos os tipos de teste por vários motivos. Um teste molecular positivo e um teste de antígeno positivo não significam a mesma coisa, sobretudo quando a prevalência da COVID-19 é baixa, e um teste de antígeno tem maior probabilidade de dar um resultado falso positivo. Além disso, o teste molecular confirmatório não é necessariamente obrigatório; não se pode presumir que os resultados do teste de antígeno acabarão refletindo nos resultados do teste molecular. Por último, o acesso a diferentes testes pode não ser consistente nas comunidades, e as taxas de positividade divergentes podem refletir diferenças na transmissão entre as comunidades.

DESTAQUE: INDICADORES DE COVID-19 NAS ESCOLAS

Achados principais: Embora os dados locais relevantes para os indicadores do CDC estejam disponíveis em muitos sites oficiais dos estados, os dados dentro dos ambientes escolares não são relatados de forma consistente, com quase metade dos estados não relatando ao público os dados sobre os casos de COVID-19 associados às escolas. As definições de casos ou surtos associados às escolas variam entre os estados, assim como as maneiras como os dados são apresentados, além disso também há uma variação na integridade e linha de tempo dos dados, o que complica ainda mais o monitoramento eficaz.

Recomendações principais:

- Os dados sobre o COVID-19 nas escolas devem ser relatados de forma transparente, abrangendo o maior número de escolas possível. As práticas de coleta de dados devem ser divulgadas e os períodos de tempo dos relatórios, além da frequência das atualizações, devem ser claros.
- Os dados devem ser relatados a nível de escola, se possível, estratificados por aluno x equipe e com números precisos de casos e surtos. No entanto, a importância da divulgação pública e a necessidade de manter a privacidade do paciente devem ser equilibradas. Deve-se priorizar a notificação de surtos que representem um risco significativo para a saúde pública.
- Os critérios dos relatórios devem ser claramente definidos. Devem ser utilizadas as definições padrão de casos e surtos associados às escolas.

A reabertura de escolas é uma prioridade para muitas comunidades, mas deve ser feita com segurança. O CDC fornece orientação para auxiliar as jurisdições na tomada de decisões sobre a reabertura de escolas, incluindo uma lista de indicadores para monitorar a transmissão na comunidade. Embora os dados locais relevantes para os indicadores sugeridos pelo CDC estejam disponíveis em muitos sites oficiais dos estados, os dados de dentro das escolas não são relatados de forma consistente; em resposta, surgiram esforços independentes para relatar a COVID-19 nas escolas, incluindo um banco de dados mantido pela Associação de Educação Nacional (NEA, na sigla em inglês) e um banco de dados que fornece uma mistura de relatórios oficiais e públicos. Revisamos sites oficiais do governo mantidos por todos os estados⁸ para destacar dados oficiais disponíveis ao público sobre a COVID-19 nas escolas.

As escolas são locais de reunião para jovens e adultos, e podem ter uma ampla interação com as comunidades vizinhas. As escolas também atuam como empregadores importantes, incluindo pessoas com risco elevado de contrair a COVID-19 grave. Investigar e relatar a transmissão de doenças nas escolas pode ser complexo, sobretudo se houver transmissão contínua na comunidade; preocupações com a privacidade podem complicar ainda mais isso. No entanto, um componente fundamental da reabertura de escolas com

segurança é o compartilhamento público de dados completos e confiáveis sobre a transmissão da COVID-19 que empoderem as comunidades a uma adaptação com segurança.

Quase metade dos estados não relata ao público os dados sobre casos de COVID-19 associados a escolas.

Apenas 29 (56%) relatam publicamente os dados sobre casos de COVID-19 vinculados a escolas, condados ou distritos escolares específicos. Outros cinco estados relatam dados em nível estadual sobre a COVID-19 nas escolas. As áreas restantes não reportam quaisquer dados sobre os casos de COVID-19 associados às escolas.

A informação compartilhada sobre a COVID-19 nas escolas é altamente variável.

- Apenas dois terços dos estados que relatam essas informações, como <u>Kentucky</u>, relatam casos de alunos e funcionários separadamente. Entender quem foi infectado dentro de uma escola pode ajudar na tomada de decisões sobre a aplicação ou implementação de medidas de mitigação.
- Dezenove estados relatam dados específicos de escolas, enquanto sete estados relatam apenas dados a nível de condado ou distrito. Dados granulares são mais acionáveis e informativos para pais, alunos e funcionários.
- Dos 19 estados que relatam dados específicos sobre as escolas, 14 relatam apenas casos, três
 relatam apenas surtos e dois (<u>New Hampshire</u> e <u>Mississippi</u>) relatam casos e surtos. Os casos e
 surtos associados às escolas têm implicações diferentes e ambos os tipos de dados são úteis.

Figura 24.
Os estados apresentam ao público
dados de origem oficial e específicos do
local sobre a COVID-19 entre os alunos
e/ou funcionários do ensino
fundamental e médio?

Dados de alunos e funcionários separados Dados de alunos e funcionários combinados Sem dados além do púvel estadual

Figura 25. Entre os estados que apresentam dados, qual é o nível de dados mais granular disponível?

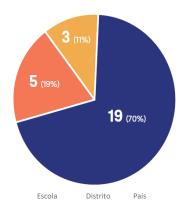


Figura 26. Entre os estados que relatam dados a nível escolar, há dados sobre casos e/ou surtos relatados?



- Aproximadamente metade dos estados que relatam essas informações apresentam o número exato de casos e metade oculta o número exato se for menor que cinco. Alguns estados, incluindo <u>Tennessee</u> e <u>Vermont</u>, ocultam relatórios sobre escolas específicas que têm poucos alunos no total. A supressão de alguns dados pode ser necessária se houver questões de privacidade envolvidas.
- Apenas oito estados relatam oficialmente dados específicos de escolas sobre a COVID-19 em
 instituições de ensino superior. Alguns, como <u>Louisiana</u>, oferecem páginas dedicadas a instituições
 de ensino superior; os dados de <u>New Hampshire</u> podem ser pesquisados por escola. Embora as
 universidades possam manter seus próprios painéis apresentando dados sobre casos e surtos
 associados à universidade, esses dados podem ser mais acessíveis se apresentados com outros
 dados epidêmicos em painéis oficiais do estado.

⁸ Inclui Washington D.C. e Porto Rico

As definições de casos ou surtos associados às escolas variam. Embora alguns estados, como <u>Utah</u> e <u>Colorado</u>, apresentem critérios claros em seus painéis, não está claro como os casos associados às escolas são definidos em alguns estados. Se não estiver claro se a probabilidade de transmissão na comunidade x escola foi determinada ou se os critérios de determinação variam entre os ambientes, o significado e o valor dos dados relacionados às escolas pode ser prejudicado.

A integridade e a linha do tempo dos dados variam.

- Embora a maioria dos estados atualize seus dados sobre a COVID-19 nas escolas pelo menos uma vez por semana, a frequência de atualização não está clara em outros estados. Se a frequência de atualização não for especificada, os dados se tornarão menos acionáveis.
- A maioria dos estados relata dados anteriores a 1-2 semanas e os relata de forma cumulativa, enquanto alguns relatam apenas casos ativos. Outros não esclarecem o período do relatório.
- Alguns estados parecem oferecer uma lista abrangente de escolas. No entanto, como a integridade da lista raramente é especificada e as práticas de relatórios variam, não se pode presumir que a ausência de um relatório significa que não houve casos numa escola em particular.

As formas como os dados são apresentados variam consideravelmente entre os estados. Kentucky fornece uma lista de dados de escolas públicas em formato PDF, enquanto Nova York e Ohio fornecem um banco de dados pesquisável com os dados das escolas. Embora possa haver vantagens e desvantagens para cada modalidade, todos são exemplos de dados oficiais, acessíveis ao público que são completos, atualizados e bem-definidos.

DESTAQUE: RESTRIÇÕES DE VIAGENS DEVIDO À COVID-19

Achados principais: Nos EUA, 27 estados tinham restrições de viagens interestaduais aplicáveis em qualquer ponto desde março de 2020, muitas vezes incorporando a incidência de casos e/ou positividade dos testes para informar a lista de lugares onde a viagem é restrita. Atualmente, não há orientação em nível nacional para viagens interestaduais dentro dos EUA e seus territórios, resultando numa colcha de retalhos de requisitos e restrições; estes poderiam ser simplificados para maximizar a segurança se uma abordagem unificada com base científica fosse implementada.

Recomendações principais:

- As restrições de viagens podem evitar a disseminação da COVID-19 de áreas com transmissão e risco elevados para áreas de risco reduzido e devem ser usadas para orientar residentes e visitantes sobre os riscos de viagens interestaduais.
- Deve haver uma abordagem unificada de como as restrições são determinadas e aplicadas para torná-las mais eficazes.
- As indústrias de turismo e transporte são as principais partes interessadas quando se trata de decisões sobre restrições de viagens e devem fazer parte da discussão sobre como aplicar as restrições de viagens de forma mais segura e eficaz.

No início da pandemia de COVID-19, muitos países usaram restrições de viagens e controles de fronteira como uma forma de mitigar a propagação da doença. Desde então, a maioria reabriu de forma gradual as fronteiras para viagens essenciais, e não essenciais, e muitos estão contando com dados epidemiológicos para determinar quem eles permitem que cruze suas fronteiras. A União Europeia <u>adotou um sistema padronizado</u> para informar os residentes sobre o risco de COVID-19 em vários locais com base na positividade e incidência do teste, ao mesmo tempo que contabiliza as taxas de teste variáveis. É importante que as pessoas que estão tomando decisões sobre viagens de áreas de baixo e alto risco possam acessar informações sobre riscos e requisitos em seu destino ou ao retornarem. A orientação para viagens pode ser uma ferramenta importante para minimizar a propagação de doenças, sobretudo para viagens entre áreas de alto risco para baixo risco. Convém que dados relevantes e orientações sobre riscos e restrições sejam padronizados em todas as áreas.

Nos EUA, alguns estados têm usado uma abordagem semelhante para viajantes interestaduais. Revisamos sites individuais de governos estaduais, viagens, turismo e transporte para obter informações sobre as restrições de viagens relacionadas à COVID-19 para todos os estados⁹.

Nos EUA, descobriu-se que **27 estados têm restrições de viagens interestaduais** aplicáveis em qualquer ponto desde março de 2020. Essas restrições exigiam que as pessoas seguissem etapas específicas para viajar com mais segurança e, mais frequentemente, envolviam um período de quarentena de 14 dias ao viajar para ou retornando de um determinado estado.

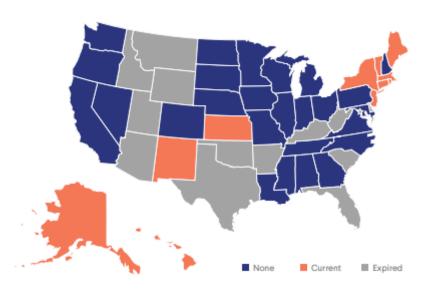
- Alguns estados aplicaram restrições a todos os viajantes de forma universal, enquanto outros as aplicaram apenas aos viajantes após visitar ou vir de estados selecionados com maior atividade e risco de COVID-19, ou de participar de reuniões de alto risco em qualquer estado (por exemplo, Kansas).
- Desde 1º de novembro, 13 estados ainda tinham restrições de viagem em vigor, exigindo períodos de quarentena obrigatórios para viajantes interestaduais. Oito deles permitem uma duração reduzida da quarentena ou nenhuma quarentena com um resultado de teste negativo, como o Havaí.

⁹ Inclui Washington D.C. e Porto Rico

- Onze estados listam com clareza as pessoas que estão isentas dos requisitos de quarentena, como aquelas que estão viajando para trabalhos essenciais (por exemplo, Nova York).
- Em alguns estados sem restrições estaduais, como Illinois e Idaho, jurisdições menores (por exemplo, cidade ou condado) têm suas próprias restrições de viagem em vigor.

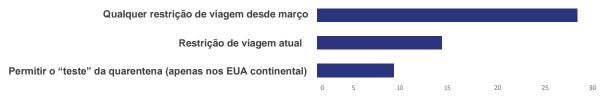
A maioria dos estados incorpora a incidência de casos e/ou positividade do teste para COVID-19 para informar a lista de locais onde a viagem está restrita. Existem também estados que orientam seus próprios residentes sobre onde pode ser mais seguro ou mais arriscado viajar e vários deles têm restrições ou requisitos para seus residentes caso estejam retornando de áreas com maior atividade da COVID-19.

Figura 27. Estados com restrições de viagem



None	Nenhuma
Current	Atual
Expired	Expirada

Figura 28. Estados com restrições de viagem



Atualmente, as restrições às viagens interestaduais são possibilitadas por ordens executivas de governadores individuais, e **não há orientação em nível nacional para viagens interestaduais dentro dos EUA e seus territórios.** Isso resultou numa colcha de retalhos de requisitos e restrições que poderiam ser simplificados para maximizar a segurança se uma abordagem unificada com base científica fosse implementada. Os estados e territórios não continentais podem ter considerações especiais que devem ser abordadas. Atualmente, o CDC dos EUA e o Departamento do Estado fornecem orientações sobre o risco de viagens para destinos internacionais e o Porto Rico.

DESTAQUE: SISTEMAS DE NÍVEL DE ALERTA DE RISCO PARA COVID-19

Achados principais: Os sistemas de alerta codificados por cores podem ser uma ferramenta importante para comunicar visualmente os riscos para a saúde em mudança resultantes da COVID-19, além da dicotomia enganosa de "seguro" e "não seguro" e informar ao público sobre as formas de maximizar a segurança em cada nível de risco. Organizações que variam de universidades a departamentos de saúde estaduais e locais já adotaram sistemas de nível de alerta e, atualmente, 21 estados têm um sistema on-line de nível de alerta público para a COVID-19. Eles são mais eficazes quando vinculados a ações individuais e comunitárias e quando as mensagens são consistentes, objetivas, transparentes, sinceras e empáticas. No entanto, menos da metade dos estados vincula seus sistemas de alerta a informações sobre saúde pública, medidas sociais e estratégias de mitigação elaboradas para maximizar a segurança em cada nível.

Recomendações principais:

- Os sistemas de nível de alerta devem ser usados para fornecer uma orientação clara sobre o risco da COVID-19. Os níveis variáveis de risco devem estar ligados a ações que reduzam esse risco.
- Evite mensagens simplificadas demais, como a designação de níveis como "seguros" ou "não seguros" e economias como "abertas" ou "fechadas". Os sistemas de nível de alerta podem ajudar a maximizar a segurança enquanto usam orientações específicas do setor para apoiar a atividade econômica.
- Evite sistemas excessivamente complexos e defina critérios objetivos usando dados disponíveis ao público e relatados para ajustar os níveis.

Em maio de 2020, publicamos orientações sobre a <u>importância e a utilidade dos sistemas de nível de alerta codificados por cores</u> como uma ferramenta para comunicar visualmente os riscos à saúde em mudança resultantes da COVID-19 e informar ao público sobre as formas de maximizar a segurança em cada nível de risco. Desde então, as organizações que vão desde universidades a departamentos de saúde estaduais e locais adotaram sistemas de nível de alerta para informar melhor seus constituintes. Avaliamos como os estados¹⁰ estão usando os níveis de alerta para se comunicar de forma clara e eficaz com o público sobre os riscos à saúde e as medidas de mitigação, analisando sites e painéis de saúde pública estaduais, bem como sites municipais (por exemplo, o site do governo sobre a COVID-19) e realizando pesquisas na Internet.

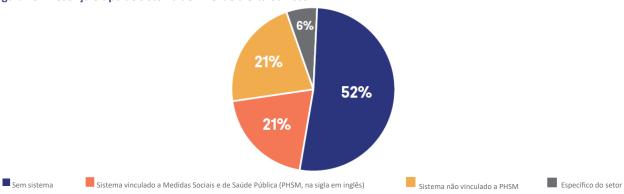
Atualmente, **22 estados têm um sistema público on-line de nível de alerta para a COVID-19** ou um sistema de atividade e risco de contrair a COVID-19.

- A maioria desses sistemas determina o nível de risco com base numa pontuação de índice de indicadores epidemiológicos selecionados, como tendências na taxa de positividade dos testes para a COVID-19, incidência de casos e internações; três usam um único indicador (por exemplo, <u>Alasca</u>).
- Todos os sistemas de nível de alerta ou risco usam uma codificação por cores para diferenciar os níveis de risco. O número de cores/níveis varia entre dois e seis.
- Verde e azul são usados com mais frequência para comunicar risco reduzido; vermelho e roxo são usados para comunicar risco elevado. Alguns usam números além das cores. As informações sobre os níveis de risco se referem geralmente ao nível dos condados.
- Três estados têm sistemas codificados por cores que estão estritamente vinculados aos planos de reabertura de escolas ou empresas e medidas de mitigação, sem ligações com mensagens sobre riscos e mitigação mais gerais em toda a comunidade.

¹⁰ Inclui Washington D.C. e Porto Rico

Entre os 22 estados com um sistema de alerta ou nível de risco, apenas 11 (50% ou 21% no geral) os vinculam a informações sobre saúde pública, medidas sociais e estratégias de mitigação projetadas para maximizar a segurança em cada nível, como o Painel sobre a COVID-19 do Colorado. Esse tipo de sistema fornece uma comunicação clara sobre quais ações as pessoas e comunidades podem realizar para reduzir o risco e maximizar sua segurança. Os 11 estados restantes definem limites para o risco de transmissão da COVID-19 ou atividade da doença e comunicam esse risco, muitas vezes usando mapas codificados por cores, mas não compartilham quaisquer ações ou medidas específicas que devam ser tomadas com base nesses níveis (por exemplo, Nova Jersey).

Figura 29. Presença e tipo de sistema de nível de alerta ou risco



Os sistemas de nível de alerta têm sido usados com sucesso em muitos setores para informar ao público de forma clara e concisa sobre os riscos e quais ações podem ser tomadas para mitigar esses riscos. Eles são mais eficazes quando estão ligados a ações individuais e comunitárias e quando as mensagens são consistentes, objetivas, transparentes, sinceras e empáticas. Os departamentos de saúde estaduais estão posicionados de forma única para fornecer esse tipo de comunicação, dada sua conexão com a comunidade local e a importância da confiança na resposta à pandemia.

Figura 30. Sistema de nível de alerta de status para a COVID-19 do condado do Colorado



Click a County to View Corresponding Dial & Metrics County data may be slightly different than state data due to data reporting timelines and outbreak exclusions	Clique num condado para visualizar as métricas correspondentes Os dados do condado podem estar ligeiramente diferentes dos dados do estado devido aos cronogramas de relatórios de dados e às exclusões de surtos
Protect Our Neighbors Safer Level 1	Proteja nossos vizinhos Nível 1 mais seguro
Safer Level 2	Nível 2 mais seguro
Safer Level 3	Nível 3 mais seguro
Stay At Home	Ficar em casa

Fonte: Painel de dados do Colorado

DESTAQUE: PLANOS DE VACINAÇÃO ESTADUAIS PARA COVID-19

Achados principais: Para se preparar para uma vacina segura e eficaz contra a COVID-19, o CDC solicitou que todos os estados elaborassem e apresentassem um plano de vacinação até 16 de outubro de 2020. Em 1º de novembro, 43 dos 50 estados, além de Washington D.C. e Porto Rico, publicaram rascunhos completos ou planos de vacinação provisórios em sites do governo. Como o conteúdo dos planos de vacinação pode ser muito técnico para o público leigo, muitos estados estão resumindo informações gerais, incluindo o fornecimento de respostas às Perguntas Frequentes que abordam consultas comuns para o público e provedores de serviços da saúde.

Recomendações principais:

- A transparência no planejamento e na execução das atividades em torno da vacinação contra a COVID-19 será fundamental para manter a confiança do público numa vacina segura e eficaz.
 Sempre que possível, essas informações devem ser disponibilizadas ao público.
- Além de documentos oficiais, sites que fornecem um resumo e cronograma das atividades da vacina contra a COVID-19, bem como informações gerais contextualizadas de forma local, podem ajudar ainda mais a garantir que informações precisas e confiáveis sobre qualquer vacina contra a COVID-19 estejam prontamente disponíveis.
- Os profissionais da saúde que administrarão a vacina quando ela estiver disponível devem ser recrutados e contratados com antecedência para garantir que sejam adequadamente informados e treinados sobre os principais aspectos da vacinação contra a COVID-19.

O governo federal, organizações parceiras e órgãos consultivos estão trabalhando duro para preparar os EUA para uma vacina segura e eficaz contra a COVID-19. Como parte desse esforço, o CDC dos EUA solicitou que todos os estados elaborassem e apresentassem um plano de vacinação preliminar até 16 de outubro de 2020, orientado por um manual de operações de vacinação da jurisdição. Este manual orienta os estados por meio do planejamento e dos processos em prol da vacinação em massa, com seções abordando populações essenciais, disponibilidade em fases e envolvimento do provedor, bem como fatores logísticos, como pedidos, armazenamento, distribuição e gerenciamento de estoque. Em 6 de novembro, o CDC disponibilizou on-line os resumos executivos do plano de vacinação contra a COVID-19 de cada departamento de saúde dos estados.

Há grande interesse público e expectativa pela disponibilidade de uma vacina segura e eficaz para prevenir a COVID-19. Revisamos sites estaduais, como departamentos de saúde e sites do governo para todos os estados¹¹, e realizamos pesquisas na Internet, para cada estado, com o intuito de levantar informações disponíveis ao público.

Desde 1º de novembro, planos de vacinação provisórios ou rascunhos completos estão disponíveis ao público on-line em sites do governo para 43 dos 52 estados (83%). Dois estados (Havaí, Pensilvânia) disponibilizaram, on-line, apenas um resumo executivo de seus planos para o público e um estado (Texas) divulgou seu plano completo para a mídia sem torná-lo disponível num site público.

Sete estados não disponibilizaram seus planos de vacinação em nenhum formato (consulte o <u>Anexo</u>
 para obter detalhes).

¹¹ Inclui Washington D.C. e Porto Rico

- 22 estados, incluindo <u>Minnesota</u> e <u>Louisiana</u>, incluíram informações sobre a vacina contra a COVID-19 em seu site do departamento de saúde ou do programa de imunização. Alguns estados fornecem links para informações sobre vacinas no site do CDC.
- Vários estados, como a <u>Carolina do Sul</u>, estão recrutando ativamente profissionais da saúde on-line para se tornarem parte de seu plano de vacinação contra a COVID-19 e algumas áreas, como Washington, D.C., fornecem links para testes com vacinas contra a COVID-19 que estão sendo conduzidos em sua jurisdição.

Como o conteúdo dos planos de vacinação pode ser muito técnico para o público leigo, os estados que possuem sites dedicados à vacina contra a COVID-19 estão tomando providências para assegurar a confiança de seus constituintes de uma forma proativa. Uma estratégia adotada por alguns estados, como <u>lowa</u>, é fornecer informações gerais além de uma seção de Perguntas Frequentes sobre a COVID-19 para lidar com as dúvidas em comum da população. Outros estados, como a <u>Louisiana</u>, fornecem informações gerais, links para seus planos e atualizações sobre o desenvolvimento da vacina contra a COVID-19.

Figura 31. Captura de tela de um site de informações sobre as vacinas



Site de informações sobre vacinas contra a COVID-19 da Louisiana

Todos os aspectos da situação da vacina contra a COVID-19 estão evoluindo rapidamente. Como autoridades de saúde pública confiáveis, os departamentos de saúde estaduais e locais estão numa posição única para fornecer a seus constituintes o máximo possível de informações claras e relevantes sobre a vacinação. Eles também têm a oportunidade de educar os provedores com antecedência, para que possam responder de forma proativa com ações como ter conversas de rotina com os pacientes para combater a hesitação da vacina.

Conclusão

No geral, nossas conclusões e recomendações originais de julho de 2020 permanecem relevantes e essenciais para melhorar a resposta dos EUA à COVID-19. Parabenizamos os estados pelo desenvolvimento dos painéis de dados para educar o público sobre o progresso desta pandemia. Esse trabalho foi sobretudo impressionante, visto que foi realizado durante a crise de saúde pública mais perturbadora que o mundo já viu em mais de 100 anos. Estados, condados e cidades continuam a se esforçar para projetar, implementar e melhorar os painéis sobre a COVID-19. É essencial estabelecer painéis padronizados, oportunos, precisos, interligados, comparáveis e acessíveis para todos os estados dos EUA.

Em nossa revisão atualizada dos painéis de dados públicos de todos os 50 estados dos EUA, Washington, D.C. e Porto Rico, encontramos grandes melhorias nos relatórios de dados, incluindo exemplos de padrão ouro em painéis para 14 dos 15 indicadores essenciais nos EUA. Ainda assim, havia lacunas persistentes, sobretudo em torno dos testes, isolamento e rastreamento de contatos. Quando os dados são apresentados, existe uma grande variabilidade no conteúdo geral, na forma como são apresentados e no nível de informação compartilhada.

A Resolve to Save Lives também desenvolveu um modelo de pasta de trabalho para download (em tabela) que pode ser facilmente adaptado, adicionando dados não identificados linha por linha, e o incorporando em sites estaduais. Esses exemplos podem ajudar a orientar uma abordagem unificada para a apresentação de dados sobre a pandemia de COVID-19.

Os indicadores relacionados à eficácia dos programas de controle de doenças são sobretudo importantes. Isso inclui os indicadores nº 2 (casos relacionados), 10 (tempo de resposta do teste), 11 (tempo para isolamento do caso) e 13 (casos de contatos em quarentena). É importante rastrear se podemos identificar e isolar rapidamente os casos e garantir que podemos rastrear uma proporção crescente das cadeias de transmissão da doença.

À medida que entramos num período de aumento das taxas de casos nos Estados Unidos, os departamentos de saúde e outras agências envolvidas na resposta à COVID-19 estão tensos. As melhorias nos painéis de dados podem ser desafiadoras, exigindo mudanças nos sistemas de dados atuais, novos acordos de dados e envolvimento com entidades fora do setor público. A implementação de mudanças pode exigir recursos financeiros e pessoais adicionais, mas o custo de investir em melhores informações é muito menor do que o custo da inação e os impactos prolongados sobre a saúde, economia e sociedade resultantes da COVID-19.

Muitos estados coletam informações sobre indicadores essenciais, mas não as compartilham com o público. À medida que indivíduos e comunidades tomam decisões sobre como gerenciar seus próprios riscos, é importante que os estados sejam transparentes quanto aos dados sobre a COVID-19 e sua resposta, para que os cidadãos tenham acesso às informações para saberem como se proteger. Também é importante usar limites de melhores práticas comumente aceitos para categorizar o risco e estabelecer metas. Esses limites e metas não devem ser ajustados para refletir a crescente aceitação da alta morbidade e mortalidade por doenças, mas sim representar as condições nas quais as comunidades podem viver com mais segurança.

Anexos

- Anexo 1: Lista de links de painéis estaduais
- Anexo 2: Disponibilidade de indicador essencial por estado
- Anexo 3: Informações essenciais para estados e condados sobre relatórios públicos
- Anexo 4: Exemplos de 15 indicadores essenciais em painéis existentes
- Anexo 5: Disponibilidade de dados adicionais por estado
- Anexo 6: Modelo de painel de indicadores essenciais