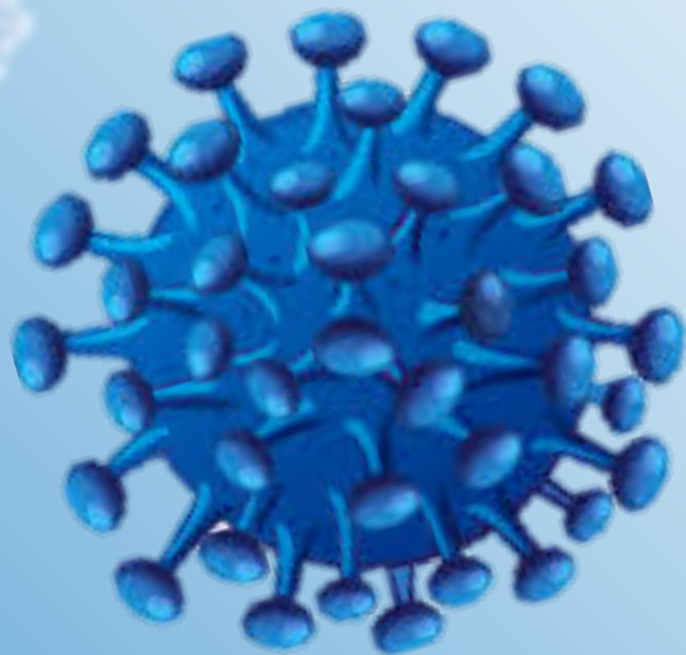


PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA TERESA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PLANO DE
CONTINGENCIAMENTO

COVID - 19

SANTA TERESA-ES
10 de março de 2020
VERSÃO 02/2020

GILSON ANTÔNIO DE SALES AMARO
Prefeito Municipal de Santa Teresa – ES

ANDRÉIA PASSAMANI BARBOSA CORTELETTI
Secretária Municipal de Saúde de Santa Teresa – ES

CARLA ESTELA LIMA
Secretária Adjunta de Vigilância em Saúde e Atenção Básica

WILSON CARLOS MOSCHEM
Secretário Adjunto de Atenção Especializada

Membros componentes do Conselho Municipal de Saúde de Santa Teresa – CMSST

I – Representando os Usuários:

a) Representantes da Sociedade Pestalozzi de Santa Teresa:

Titular: Geraldo Barcelos Bolonha;

Suplente: Letícia Loss.

b) Representantes do Lions Club de Santa Teresa:

Titular: Lacy Filgueiras de Amorim;

Suplente: Luziene Celestrino Gonçalves.

c) Representantes da Congregação Vicentina de Santa Teresa:

Titular: João Batista Scheppa;

Suplente: Angélica Maria Refelon Mattiello.

d) Representantes das Igrejas Evangélicas de Santa Teresa:

Titular: Jabes de Oliveira Lima;

Suplente: Donias Messias Soares.

e) Representantes da Escola de Ensino Superior São Francisco de Assis - ESFA:

Titular: Alexandre Magno de Oliveira;

Suplente: Claudinéia Mognato Dalmaschio.

f) Representantes do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, Agricultores e Agricultoras Familiares de Santa Teresa:

Titular: Osorani Ana Rasseli Barone;

Suplente: Adriana Rubia Rassele Bazon.

II – Representantes dos Trabalhadores da Rede Pública ou Privada de Saúde:

a) Representantes dos Serviços Municipais da Área de Saúde em Santa Teresa:

Titular: Gilmar Duarte;

Suplente: Danielle dos Santos Silva.

Titular: Ana Maria Massi Nunes;

Suplente: Edson Luiz Fernandes Miranda.

b) Representantes das Clínicas, Drogarias e Laboratórios de Santa Teresa:

Titular: Eudayr Alves Moreira Júnior;

Suplente: Juliana Andréia Xavier da Rocha Zuffelato.

III – Representando o Governo e as Prestadoras de Serviços Privados:

a) Representantes da Secretaria Municipal de Saúde:

Titular: Andreia Passamani Barbosa Corteletti;

Suplente: Carla Estela Lima.

b) Representantes da Secretaria Municipal de Educação:

Titular: Bruna Madeira Comério;

Suplente: Oduvilda Penha Dalapicola Milanezi.

c) Representantes do Hospital Madre Regina Protmann:

Titular: Fernanda Marino Cruz;

Suplente: Ricardo da Silva Caetano.

PORTARIA/CGAB N° 069/2020

I – Representante das Agências Bancárias:

Geraldo Barcellos Bolonha.

II – Representante dos Sindicatos:

Adriana Rúbia Rasseli.

III – Representante do Hospital Madre Regina Protmann:

Dr^a. Andrea Stefano Sousa de Almeida.

IV – Representante da Câmara Municipal:

Bruno Henriques Araújo.

V – Representante do Ministério Público:

Dr. Devair Pereira.

VI – Representante das Escolas Particulares:

Rosiele Kelly Vulpi Corteletti.

VII – Representante do IFES:

Walkyria Barcelos Sperandio.

VIII – Representante da Segurança Pública:

Major Márcio Cunha Cabral.

IX – Representante da Câmara dos Dirigentes Lojistas:

Hugo Dettmann.

X – Representante das Clínicas de Saúde:

Dr. Eudayr Alves Moreira Júnior.

XI – Representante de Bares e Restaurantes:

Thiago Vicente Roldi.

XII – Representante do Transporte Público:

João Batista Galon.

XIII – Representante do Instituto Nacional da Mata Atlântica:

Leandro Menegueli Biondo.

XIV – Representante de Hotéis e Pousadas:

Magaly Sperandio.

XV – Representante da Igreja Luterana:

Pastor Nivaldo Geik Volz.

XVI – Representante dos Feirantes:

Lourival Neumann.

XVII – Representante da Maçonaria:

Lorenzo Sancio Bortolini.

XVIII – Representante do Lions Clube:

Joice Aparecida Marrochi.

XIX – Representante da Igreja Adventista:

Evanir Gonçalves.

XX – Representante das Forças Armadas – Força Aérea Brasileira:

Cap. Luiz Guilherme Santos Gonçalves.

XXI – Representante do Fórum:

Dr. Alcemir dos Santos Pimentel.

XXII – Representante Associação de Ministros Evangélicos:

Pastor Thiago de Souza Brasil.

XXIII – Representante da Igreja Católica:

Frei José Wilian Corrêa de Araújo.

XXIV – Representante da Associação Turística de Santa Teresa – Convention e Visitors Bureau:

Janice Lima.

XXV – Representante da Igreja Maranata:

Pastor Paulo Roberto Seiji Fujisawa.

XXVI – Representantes do Poder Público Municipal:

a) Secretaria de Saúde: Andreia Passamani Barbosa Corteletti;

b) Secretaria de Educação: Maria Madalena Baratella;

c) Procuradoria Jurídica: João Vinicius Tonini Custódio;

d) Secretaria de Turismo: Eliane Litke;

e) Secretaria de Planejamento: Samira Valadares Sperandio;

f) Gabinete do Prefeito: Vanessa Pizziolo Coqueto;

g) Secretaria de Assistência Social: Iraci Pasquina Carlini.

SALA DE SITUAÇÃO

Aniely Tregnago Penha – Chefe do Setor de Imunização.

Carla Estela Lima – Secretária Adjunta de Atenção Básica e Vigilância em Saúde.

Douglas Ribeiro Santana – Gerente de Vigilância em Saúde.

Edirlei Bras Dalmonech – Gerente de Sistema de Informação e Faturamento.

Gilmar Duarte – Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família.

Katia Neumann Tomasi – Gerente de Controle, Avaliação, Monitoramento e Auditoria em Saúde.

Lacy Filgueiras de Amorim – Médico Auditor Municipal.

Márcia Poubel Bonamigo – Médica Reguladora e Pediatra Municipal.

Marcidelia Maria Butke Nascimento – Gerente de Regulação e Gestão em Saúde.

Maria Luiza Campista Corteletti – Gerente de Atenção Especializada em Saúde.

Marielly Blank – Gerente de Ações Integradas em Saúde.

Victor Álvaro Fernandes Bregonci – Gerente de Atenção Primária a Saúde.

Wilson Carlos Moschem – Secretário Adjunto de Atenção Especializada em Saúde.

Observação: O Plano de Contingência sofre alterações, adequações e inclusão de atividades, considerando o perfil epidemiológico atual e o cenário Nacional.

1 – INTRODUÇÃO

Em 20 de março de 2020, foi declarado que a transmissão do novo coronavírus passou a ser considerada comunitária em todo o território nacional. Com isso, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) realizou a adaptação do Sistema de Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas, visando orientar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde para a circulação simultânea do coronavírus, influenza e outros vírus respiratórios no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional.

O Sistema de Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas foi criado em 2000 para realizar o monitoramento do vírus influenza a partir da Vigilância Sentinela de Síndromes Gripais (SG). Em 2009, após a pandemia de influenza pelo vírus H1N1, foi incorporada a Vigilância Universal de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Esta adaptação é temporária e visa garantir a manutenção do sistema de vigilância de influenza e compreender o impacto que a Doença pelo Coronavírus 2019 terá sobre o Sistema Único de Saúde. Ainda não é possível afirmar se o Coronavírus permanecerá endêmico ou se desaparecerá após a pandemia.

A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a maioria (cerca de 80%) dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos, e aproximadamente 20% dos casos detectados requer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório.

A Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19), nos casos sintomáticos, apresenta-se como uma síndrome respiratória aguda. Portanto, pode ser confundida com uma série de outras doenças comuns, principalmente, no período do outono-inverno que marca a sazonalidade do vírus influenza. Deste modo, as definições operacionais devem ser contextualizadas regionalmente, de acordo com a incidência da circulação dos vírus influenza A e B em todos os indivíduos. Além disso, adicionalmente, nas crianças abaixo de cinco (5) anos, também deve-se atentar para o vírus sincicial respiratório (VSR).

São condições clínicas de risco para desenvolvimento de complicações:

- Pessoas com 60 anos ou mais;
- Cardiopatas graves ou descompensados (insuficiência cardíaca, infartados, revascularizados, portadores de arritmias, Hipertensão arterial sistêmica descompensada);
- Pneumopatas graves ou descompensados (dependentes de oxigênio, portadores de asma moderada/grave, DPOC); Imunodeprimidos;
- Doentes renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5);
- Diabéticos, conforme juízo clínico;
- Gestantes de alto risco.

O vírus SARS-CoV-2 é transmitido de pessoa a pessoa, por meio de gotículas de saliva ou secreção nasal quando uma pessoa infectada tosse ou espirra. No momento, não existem vacinas ou tratamentos específicos para a COVID-19. No entanto, existem muitos ensaios clínicos em andamento avaliando possíveis tratamentos.

O período médio de incubação da infecção por coronavírus é de 5,2 dias, podendo chegar até 12,5 dias. Apesar da transmissibilidade dos pacientes infectados por SARS-CoV ser em média de 7 dias após o início dos sintomas. **Dados preliminares do Novo Coronavírus (COVID-19) sugerem que a transmissão possa ocorrer, mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas.**

A suscetibilidade é geral, por ser um vírus novo. Sobre a imunidade não se sabe se a infecção em humanos que não evoluíram para o óbito irá gerar imunidade contra novas infecções e se essa imunidade é duradoura por toda a vida. O que se sabe é que a projeção em relação aos números de casos está intimamente ligado a transmissibilidade (RO) e suscetibilidade.

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde classificou a Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) como uma pandemia. Isso significa que o vírus está circulando em todos os continentes e há ocorrência de casos oligossintomáticos, o que dificulta a identificação. Deste modo, principalmente no hemisfério sul, onde está o Brasil, os países devem se preparar para o outono/inverno com o objetivo de evitar casos graves e óbitos.

Nos meses de outono (20/03 - 20/06) e inverno (21/06 - 20/09), há uma circulação importante dos vírus respiratórios (a exemplo da influenza), esses vírus causam pneumonias, otites, sinusites e meningites. Apesar de ocorrer em todas as estações do ano, é nesse período que há maior frequência dessas doenças, quando as pessoas ficam mais concentradas nos espaços e com menor ventilação. A doença pelo coronavírus não é diferente, ela também é uma doença respiratória e todos devem se prevenir. Os gestores devem adotar medidas oportunas que favoreçam a prevenção e preservem a capacidade do serviço de saúde.

O objetivo principal do Plano de Contingência é preparar o município para gerir o risco de infecção e enfrentar eventuais casos de doença por Coronavírus SARS-CoV-2, agente causal da COVID-19, minimizando a sua transmissão e o seu impacto na comunidade.

1.1 – CONCEITOS – FASES DE RESPOSTA

- **CONCEITO**

1.1.1 – Fase de Contenção

A Fase de Contenção corresponde a uma situação em que é necessário a detecção precoce de casos, pois há existência de transmissão de coronavírus capaz de causar graves problemas de saúde em humanos, em locais fora do país, com propagação internacional. Nessa fase há o reforço de medidas de contenção para evitar cadeias secundárias de transmissão.

Nessa fase, todas as ações e medidas são adotadas para identificar oportunamente e evitar a dispersão do vírus, ou seja, as estratégias devem ser voltadas para evitar que o vírus seja transmitido de pessoa a pessoa, de modo sustentado.

Na fase de contenção não está recomendado fechar escolas ou faculdades ou escritórios.

Nesse momento, as principais recomendações são: medidas preventivas para reduzir a capacidade de contágio do novo coronavírus como “etiqueta respiratória”; higienização frequente das mãos com água e sabão e/ou desinfecção com álcool gel a 70%; orientar a desinfecção periódica de superfícies com álcool a 70% ou hipoclorito de

sódio a 1% direcionada aos diversos segmentos da sociedade e locais públicos como shoppings e meios de transporte (ônibus, metrô, transportes aéreos), academias de ginástica, rodoviárias, bancos, caixas eletrônicos, comércio em geral, escolas, universidades, creches, ILPI (Instituições de longa permanência de idosos), bares e restaurantes; orientação para evitar viagens; identificação e isolamento respiratório dos acometidos pela COVID-19 e uso dos EPIs (equipamentos de proteção individual) pelos profissionais de saúde; quarentena domiciliar para casos leves e estratégia de monitoramento domiciliar para evitar a ocupação de leitos desnecessariamente; registro das informações para que a vigilância possa consolidar e descrever o perfil da doença, preparação da rede de atenção à saúde do SUS, com o objetivo de maior sensibilização dos profissionais de saúde para detecção de casos suspeitos, manejo adequado desses pacientes, bem como reforço do uso de EPI; os estoques dos EPI preconizados também devem ser checados e aquisições emergenciais podem ser acionadas, caso necessário.

Esta orientação é dinâmica, podendo ser modificada, conforme a evolução da epidemia, caso evoluía para transmissão comunitária.

1.1.2 – Fase de Mitigação

Na Fase de Mitigação, as cadeias de transmissão já se encontram estabelecidas no País. Neste contexto, as medidas de contenção da doença são insuficientes e a resposta é focada na mitigação dos efeitos do COVID-19 e na diminuição da sua propagação, de forma a minimizar a morbimortalidade e/ou até ao surgimento de uma vacina ou novo tratamento eficaz.

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, a fase de mitigação tem início a partir do registro de 100 casos positivos do novo coronavírus. A partir deste momento, não se realiza o teste de todos os casos, apenas de casos graves em UTI. As ações e medidas devem ser adotadas para evitar a ocorrência de casos graves e óbitos.

Assim, medidas de atenção hospitalar para os casos graves e medidas restritivas individuais de isolamento e quarentena domiciliar para os casos leves, devem ser adotadas para evitar óbitos e o agravamento dos casos.

Esse fortalecimento da atenção básica ao paciente deve ocorrer no nível local, com a adoção das medidas já estabelecidas nos protocolos de doenças respiratórias.

Nessa fase, as medidas iniciais mais recomendadas são: estimular o trabalho em horários flexíveis e desencontrados; maior uso de ferramentas como e-mail e vídeo chamadas; reuniões virtuais; incentivar o trabalho à distância (*home office*); restrição de contato social para pessoas com 60 anos ou mais e que apresentam comorbidades; realizar testes em profissionais de saúde com “síndrome gripal”, mesmo os que não tiveram contato direto com casos confirmados; organizadores devem avaliar a possibilidade de cancelar ou adiar a realização de eventos com muitas pessoas; isolamento respiratório domiciliar de viajante internacional que regressou de País com transmissão comunitária (7 dias de isolamento, se assintomático). Se sintomático, investigar por PCR para coronavírus. **Importante ressaltar que essas medidas são para municípios ou regiões com transmissão comunitária.**

Municípios (ou Estados ou o País todo) em que a epidemia na fase de transmissão comunitária continue a evoluir, geralmente passando de 1.000 casos, como está ocorrendo em vários países da Europa (inicialmente na Itália, mas atualmente também na Alemanha, Espanha, França) e em algumas regiões dos EUA, o que pode ocorrer em poucos dias ou poucas semanas, apesar de tomadas as medidas anteriormente mencionadas, devem considerar: redução do tamanho das turmas; aumento do espaço entre alunos; atividades letivas não presenciais; fechamento das escolas, faculdades e universidades; cancelar grandes eventos públicos, como jogos esportivos e cultos religiosos; fechamento de bares e boates; fechamento de shoppings; fechamento de meios de transporte; restrição de voos para locais com alta taxa de incidência; encerramento de locais de trabalho; disponibilização de leitos extras de UTI; pacientes com manifestações clínicas leves devem permanecer em isolamento respiratório domiciliar e não devem mais procurar assistência médica, porque os serviços de saúde estarão sobrecarregados; exames para confirmar o diagnóstico só serão realizados em pacientes hospitalizados; suspensão de cirurgias eletivas.

Somente as ações em conjunto da sociedade civil, agentes públicos, sociedades científicas e profissionais de saúde farão com que enfrentemos esta nova epidemia com sucesso, diminuindo a mortalidade e mitigando as consequências sociais e econômicas.

2 – DEFINIÇÃO DE CASOS

2.1 – CASOS SUSPEITOS

- **DEFINIÇÃO 1:**

SÍNDROME GRIPAL (SG): indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza OU dificuldade respiratória.

EM CRIANÇAS: considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

EM IDOSOS: a febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

- **DEFINIÇÃO 2:**

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG): Síndrome Gripal que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU Pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto.

EM CRIANÇAS: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

2.2 – CASOS CONFIRMADOS

- **POR CRITÉRIO LABORATORIAL:**

Caso suspeito de SG ou SRAG com teste de:

- Biologia molecular (RT-PCR em tempo real, detecção do vírus SARS-CoV2, Influenza ou VSR):
 - Doença pelo Coronavírus 2019: com resultado detectável para SARS-CoV2.
 - Influenza: com resultado detectável para Influenza.
 - Vírus Sincicial Respiratório: com resultado detectável para VSR.

➤ Imunológico (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos):

- Doença pelo Coronavírus 2019: com resultado positivo para anticorpos IgM e/ou IgG. Em amostra coletada após o sétimo dia de início dos sintomas.

- **POR CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO:**

Caso suspeito de SG ou SRAG com: Histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19 e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.

- **CASO DESCARTADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)**

Caso suspeito de SG ou SRAG com resultado laboratorial negativo para CORONAVÍRUS (SARSCOV-2 não detectável pelo método de RT-PCR em tempo real), considerando a oportunidade da coleta OU confirmação laboratorial para outro agente etiológico.

3 – INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL DO CORONAVÍRUS

3.1 – Teste molecular: RT-PCR em tempo real (RT-PCR)

É uma técnica de laboratório baseada no princípio da reação em cadeia da polimerase (PCR) para multiplicar ácidos nucleicos, onde o material genético inicial na reação de PCR é RNA, que é transcrito no reverso em seu complemento de DNA por enzima transcriptase reversa. Do inglês Reverse transcription polymerase chain reaction quantitative real time – RT-PCR) Segundo a Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial, a detecção do vírus por RT-PCR em tempo real (reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa) permanece sendo o teste laboratorial de escolha para o diagnóstico de pacientes sintomáticos na fase aguda (entre o 3º e 7º dia de doença, preferencialmente).

3.2 – Testes imunológicos: teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos

Até o momento, o Ministério da Saúde, só dispõe do ensaio imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgG/IgM da síndrome respiratória aguda grave por coronavírus 2 (SARS-CoV2), em amostras de sangue total, soro ou plasma humano.

O teste deve ser usado como uma ferramenta para auxílio no diagnóstico da doença por infecção por coronavírus (COVID-19), causada pelo SARS-CoV2. São testes qualitativo para triagem e auxílio diagnóstico. Resultados negativos não excluem a infecção por SARS-CoV2 e resultados positivos não podem ser usados como evidência absoluta de SARS-CoV2. O resultado deve ser interpretado por um médico com auxílio dos dados clínicos e outros exames laboratoriais confirmatórios.

3.3 – Processamento de amostras

- **Teste molecular: RT-PCR em tempo real (RT-PCR)**

O diagnóstico laboratorial considerado padrão ouro para a identificação do novo coronavírus (2019-nCoV), agora denominado SARS-CoV2, continua sendo a RT-PCR em tempo real (qRT-PCR).

Esses testes moleculares baseiam-se na detecção de sequências únicas de RNA viral, com confirmação por sequenciamento de ácidos nucleicos, quando necessário. Para o diagnóstico molecular de COVID-19, até o momento, os genes virais alvo do SARS-CoV-2 são: N, E, S e RdRP.

Entre alguns protocolos existentes para detecção desses genes, o que tem sido adotado pela maior parte dos países e recomendado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) é o protocolo internacional desenvolvido pelo Instituto Charité/Berlim. Esse método tem sido amplamente utilizado por estabelecimentos de saúde pública e da saúde suplementar, incluindo laboratórios da rede privada e, até esse momento, é considerado o método de referência no Brasil para confirmar COVID-19.

3.4 – Indicação de coleta de amostras

A coleta de amostras está diretamente relacionada à disponibilidade de insumos laboratoriais e equipamentos para análise para pesquisa de SARS-CoV-2, bem como o cenário epidemiológico. No momento, o Brasil conta com insumos para teste de RT-PCR em tempo real para SARSCoV-2 para os casos de SRAG hospitalizados, sendo indicada a coleta de amostras de 100% dos casos, acompanhadas de notificação no SIVEP-Gripe. Considerando o risco ocupacional, também é indicada a coleta de amostras de profissionais de saúde que estejam atuando em serviços de saúde em contato com pacientes de municípios com casos confirmados de COVID-19, desde que se enquadre na definição de SG. Enquanto o Brasil estiver sob a Declaração de Emergência em Saúde Pública, o Ministério da Saúde determina que sejam adotadas as seguintes medidas:

- Casos suspeitos de SG ou SRAG:

A amostra clínica preferencial para investigação laboratorial é a secreção da nasofaringe (SNF). Considerando a sazonalidade de vírus respiratórios, esta coleta deve ser realizada até o 7º dia após o aparecimento dos primeiros sinais ou sintomas.

Em crianças menores de 5 anos: orienta-se priorizar a coleta de amostras para investigação laboratorial de coronavírus (SARS-CoV-2), vírus Influenza A e B e Vírus Sincicial Respiratório (VSR).

- Em pessoas com idade maior ou igual a 5 anos, provenientes de:

Atenção Primária: Priorizar a coleta de amostras para exames laboratoriais para detecção de SARS-CoV-2.

Unidades Sentinelas e Hospitais: Priorizar a coleta de amostras exames laboratoriais para detecção de SARS-CoV-2, e caso negativo, realizar exame para detecção de vírus influenza.

3.5 – Biossegurança para coleta de amostras

O profissional de saúde responsável pela coleta de amostras respiratórias deverá utilizar os seguintes equipamentos de proteção individual (EPI):

- Gorro descartável;

- Óculos de proteção ou protetor facial;
- Máscara modelo PFF2 (N95) ou equivalente;
- Avental de mangas compridas;
- Luva de procedimento.

Os itens não descartáveis deverão ser limpos e desinfetados ou esterilizados com produtos especificados no tópico “medidas de prevenção e controle para atendimento de casos suspeitos ou confirmados”.

3.6 – Técnica para a coleta e acondicionamento das amostras

Orienta-se a coleta de amostras de uma das seguintes possibilidades:

- Amostra de Aspirado nasofaríngeo (ANF);
- Swabs combinado (nasal/oral);
- Amostra de Secreção respiratória inferior: escarro, lavado traqueal ou lavado bronco alveolar.

As amostras devem ser mantidas refrigeradas (4-8°C) e devem ser processadas dentro de 24 a 72 horas da coleta até chegar ao LACEN ou no laboratório privado. Após esse período, recomenda-se congelar as amostras à - 70°C até o envio ao laboratório, assegurando a manutenção da temperatura.

3.7 – Coleta de amostras

O procedimento de coleta de amostras respiratórias dos casos suspeitos de COVID-19 deve seguir o protocolo de coleta da Influenza. Contudo, considerando se tratar de um novo vírus ou novo subtipo viral em processo pandêmico, a amostra deverá ser coletada até o 10º dia dos sintomas, preferencialmente entre o 3º ao 5º dia, quando for para realização do teste molecular por RT-PCR em tempo real.

4 – AÇÕES ESTRATÉGICAS POR EIXO

Na ausência de vacina, as intervenções não farmacêuticas se tornam a estratégia de resposta mais importante. Estas são intervenções comunitárias que visam reduzir o impacto da doença e a velocidade de transmissão do vírus na comunidade para, desta forma, retardar a progressão da epidemia. Além disso, atrasam o pico da epidemia ao tempo em que reduzem a altura do pico, permitindo, dessa forma, uma melhor distribuição dos casos ao longo do tempo e evitando assim o esgotamento dos serviços de saúde.

4.1 – Gestão:

Responsável: Andréia Passamani Barbosa Corteletti – Secretária Municipal de Saúde.

- Coordenar o processo de organização e execução do Plano;
- Monitorar uso e efetividade de ações preventivas de acordo com atualizações disponibilizadas sobre o perfil de disseminação do COVID-19;
- Providenciar aquisição de EPI's para os trabalhadores da saúde (para quem faz manejo clínico e para os que não fazem) e para os casos suspeitos, conforme "Protocolo de manejo clínico para o novo coronavírus" do Ministério da Saúde;
- Garantir o apoio logístico conforme necessidade (transporte, insumos, comunicação, RH, materiais e etc);
- Construir o Plano de Contingência junto com equipe técnica;
- Coordenar o Comitê Municipal de Prevenção e Controle do COVID-19;
- Pautar na reunião do Conselho Municipal de Saúde para atualização dos dados e informações relacionados ao tema;
- Articular parcerias e apoio institucional e intersetorial.

4.2 – Comunicação e Publicidade:

**Responsável: Maria Luiza Campista Corteletti – Gerente Serviços Assistenciais
Atenção Especializada;**

Samira Valadares Sperandio – Secretária Municipal de Planejamento.

A comunicação pública sobre casos será responsabilidade de uma equipe formada para essa atividade, tendo a coordenação pelos responsáveis citados acima. As informações oficiais serão emitidas por meio de boletins informativos digitais que terão periodicidade definida pelo setor, no site da Prefeitura Municipal de Santa Teresa.

Diante da indisponibilidade, até o momento, de medicamentos e vacinas específicas que curem e impeçam a transmissão do coronavírus, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza medidas de distanciamento social, etiqueta respiratória e de higienização das mãos como as únicas e mais eficientes no combate à pandemia, também denominadas não farmacológicas.

Ações elencadas:

- Confeccionar cartazes sobre técnicas de lavagem das mãos para distribuir em locais públicos;
- Confecção de *folders* sobre orientação de prevenção aos pacientes e sobre a rede de saúde;
- Organizar a divulgação na rádio com filipetas, entrevistas e outras estratégias;
- Disponibilizar no site da Prefeitura Municipal de Santa Teresa um espaço para inserir informações para a comunidade e outro espaço para profissionais de saúde com orientações, protocolos, manuais e outros materiais;
- Utilizar redes sociais para divulgar informações de forma organizada e oficial.

4.3 – Vigilância Epidemiológica:

Responsável: Marielly Blank – Gerente de Ações Integradas em Saúde.

- Notificar os casos via Sistemas Oficiais:

A Infecção Humana pelo novo coronavírus (COVID-19) é uma potencial Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), segundo anexo II do Regulamento Sanitário Internacional. Sendo, portanto, um evento de saúde pública de notificação imediata. Por determinação da Organização Mundial da Saúde os países devem enviar informações padronizadas de casos suspeitos que ocorram no território. A

notificação imediata deve ser realizada pelo meio de comunicação mais rápido disponível, em até 24 horas a partir do conhecimento de caso que se enquadre na definição de suspeito.

Considerando a inexistência de sistema de informação que contemple essas informações, a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES), todos os casos devem ser notificados usando a ficha de Ficha de notificação para casos suspeitos de novo coronavírus (COVID-19) no link abaixo:

http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=53635

Este formulário deve ser utilizado para envio das informações padronizadas sobre casos suspeitos do novo coronavírus pelos serviços públicos e privados. Todas as informações inseridas serão disponibilizadas em tempo real para o CIEVS que será responsável para encaminhar para a autoridade local e nacional responsável. Ficará sob a responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo o envio da cópia da ficha para a Secretaria de Saúde do Município onde ocorreu o atendimento e de residência do paciente, bem como para o COE Coronavírus do Ministério da Saúde em até 24 horas. Caso deseje, ao final da submissão o formulário permite que seja gerado um arquivo eletrônico e pode ser salvo pelo usuário. Para esclarecer quaisquer dúvidas sobre o COVID-19, utilize o telefone de plantão (27 99849-1613). Ele estará disponível 24h por dia, 7 dias da semana. Há também o email: **notifica.es@saude.es.gov.br**.

- Gerar base de dados local para acompanhamento dos casos notificados. Sincronizar esses dados com os Sistemas Oficiais para otimizar a atualização;
- Monitoramento as situações de isolamentos e quarentenas os pacientes confirmados, bem como casos suspeitos; em parceria com as Equipes de Saúde da Família;
- Orientar medidas preventivas para reduzir a capacidade de contágio do SARS-Cov-2 como “etiqueta respiratória” (COLOCAR COMO ANEXO); higienização frequente das mãos com água e sabão e/ou desinfecção com álcool gel a 70%;
- Elaborar orientações a serem emitidas nos alertas para a comunidade local através das redes sociais, do site Prefeitura Municipal de Santa Teresa e na rádio local;
- Apresentar os dados epidemiológicos semanalmente nos Boletins Epidemiológicos, mas com atualização das informações diariamente no site na Plataforma do município;

- Divulgar notas técnicas para as referências dos serviços assistenciais;
- Seguir os critérios técnicos do Ministério da Saúde quanto quantidade de casos que serão diagnosticados via teste laboratorial e estabelecer critérios de caso provável para diagnóstico clínico-epidemiológico;
- Divulgar amplamente os **BOLETINS EPIDEMIOLÓGICOS**, protocolos técnicos e informações pertinentes prevenção e controle para infecção humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV);
- Divulgar informações para população em geral em relação às medidas de etiqueta respiratória e higienização das mãos para o 2019-nCoV;
- Monitorar o número de casos, número de casos totais e número de casos com sintomas respiratórios: Atendidos em Pronto Atendimento, Internados na Rede hospitalar, Internados em UTI, Atendidos nas Unidades de Saúde da Família;
- Treinamento das equipes multiprofissionais de saúde para identificação, triagem e manuseio dos casos.

4.4 – Vigilância Sanitária:

Responsável: Douglas Ribeiro Santana – Gerente de Vigilância em Saúde.

- Elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão com medidas de prevenção e controle do COVID-19 para serem aplicados em vários estabelecimentos e serviços. A equipe realizará treinamentos in loco:

POP-001/2020 – Higienização do transporte sanitário coletivo e veículos de uso da municipalidade;

POP-002.2020 – Higienização para ambulâncias;

POP-003/2020 – Higienização para Unidades de Saúde.

- Emissão de Notificação para os setores regulado acompanhado com orientação e treinamento in loco:

- ✓ Clínicas e farmácias Veterinárias;
- ✓ Fábrica de alimentos;

- ✓ Fábricas em geral;
- ✓ Farmácias e drogarias;
- ✓ Funerárias;
- ✓ Postos de Combustíveis;
- ✓ Repartições Públicas;
- ✓ Supermercados, mercearias e padarias;
- ✓ Transporte coletivo;
- ✓ Entregadores;
- ✓ Instituições financeiras;
- ✓ Laboratórios e clínicas de serviços de saúde.

- Treinamentos para todos os servidores responsáveis pela limpeza das repartições públicas municipais;

- A equipe é responsável por garantir a fiscalização dos estabelecimentos.

4.5 – Assistência à Saúde:

Responsáveis: Victor Álvaro Fernandes Bregonci – Gerente de Atenção Primária a Saúde;

Gilmar Duarte – Enfermeiro Municipal;

Marcia Poubel Bonamigo – Médica Pediatra Municipal;

Lacy Filgueiras Amorim – Médico Auditor Municipal.

4.5.1 – A APS/ESF é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Durante surtos e epidemias, a APS/ ESF tem papel fundamental na resposta global à doença em questão. A APS/ESF oferece atendimento resolutivo, além de manter a longitudinalidade e a coordenação do cuidado em todos os níveis de atenção à saúde, com grande potencial de identificação precoce de casos graves que devem ser manejados em serviços especializados. Sendo toda a organização da rede seguida pelo **PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO DO CORONAVÍRUS (COVID-19) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – Versão 4 – Março de 2020. Secretaria de Atenção Primária a Saúde – Ministério da Saúde. SAPS/MS.**

- Promover a organização da rede de atenção para atendimento aos casos de SG e SRAG;

- Mobilizar/estimular os responsáveis pelos serviços de saúde, que fazem parte da rede de atenção, a elaborarem e ou adotarem protocolos, normas e rotinas para o acolhimento, atendimento, medidas de prevenção e controle, entre outros;
- Reforçar a importância da comunicação e notificação imediata de casos suspeitos para infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19);
- Cuidados dos Profissionais para assistência: Os profissionais que fizerem atendimento ao paciente deverão estar paramentados devidamente com equipamentos de proteção individual – EPI, Manter e aumentar a rotina de higienização dos ambientes com a descontaminação de superfícies e tratamento de resíduos da sala restrita; realizar higiene de mãos, respeitando os cinco momentos de higienização;
- Fluxo interno na atenção básica, na atenção ambulatorial especializada, nas urgências e na atenção hospitalar, com organização da estrutura física e de recursos humanos para acolhimento aos casos suspeitos, manejo clínico do caso suspeito, orientações para o acompanhamento em casos de isolamento domiciliar, o deslocamento quando necessário para referência hospitalar.

4.5.2 – Protocolos e Fluxogramas da Atenção Primária a Saúde:

FLUXO DE MANEJO CLÍNICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200320_FLUXOGRAMA_ver03.pdf

FAST-TRACK PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM LOCAIS COM TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA FLUXO RÁPIDO:

https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/03/20200323_FAST_TRACK_ver05.pdf

Orientações para o registro do FAST-TRACK da abordagem sindrômica de Síndrome Gripal nos atendimentos aos cidadãos com suspeita de H1N1 e COVID-19 no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS – APS:

https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Orientacoes_FAST_TRACK_PEC.pdf

FAST-TRACK DE TELEATENDIMENTO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA FLUXO RÁPIDO:

https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/03/20200323_FLUXO_RAPIDO_teleATENDIMENTO_ver001.pdf

FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO POR MEIO DE TELEATENDIMENTO DE PACIENTES COM SÍNDROME GRIPAL:

https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/03/20200323_Formulario_IdentificacaoTeleatendimento_001.pdf

ATENÇÃO ESPECIALIZADA:

FLUXO DE MANEJO CLÍNICO DO ADULTO E IDOSO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA:

<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/Fluxo-de-Manejo-clinico-do-adulto-e-idoso.pdf>

4.6 – Capacitação e Treinamentos

Responsável: Kátia Neumann Tomasi – Gerente de Controle, Avaliação, Monitoramento e Auditoria em Saúde.

- Organizar e dar suporte as áreas para executarem atividades de Capacitação e treinamentos;
- Capacitação para Motoristas dos transportes Sanitários, higiene e orientação para os pacientes;
- Capacitação para as serventes, Auxiliar de serviços Gerais dos setores públicos da prefeitura Municipal de Santa Teresa;
- Capacitação sobre Manejo Clínico para médicos e enfermeiros;
- Capacitação para todos os profissionais das Unidades de Saúde com orientação de fluxo de assistência e de vigilância, acolhimento e cuidado ao paciente e família;
- Capacitação para os Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias para ficarem atentos a informações na comunidade;

- Capacitar a equipe Ouvidoria SUS e Ouvidoria Municipal.

4.7 – AÇÕES INTERSETORIAIS E INTEGRADAS

Responsável: Carla Estela Lima – Secretária Adjunta de Atenção Básica e Vigilância em Saúde.

- Mobilizar ações integradas entre as secretarias municipais e outras instituições;
- Promover ações integradas entre vigilância em saúde, assistência, e outros órgãos envolvidos na prevenção e controle do novo coronavírus (COVID-19).

4.8 – AÇÕES DEFINIDAS PELO COMITÊ INTERSETORIAL PARA ENFRENTAMENTO DO COVID-19:

DECRETO Nº 101/2020 - DISPÕE SOBRE MEDIDAS PARA ENFRENTAMENTO DA EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DECORRENTE DO COVID-19 E REVOGA O DECRETO Nº 099/2020.

DECRETO Nº 103/2020 - DISPÕE SOBRE A ORGANIZAÇÃO DA FEIRA DE HORTIFRUTIGRANJEIROS PARA ENFRENTAMENTO DA EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DECORRENTE DO COVID-19.

As decisões poderão ser alteradas conforme o cenário Epidemiológico e as orientações do controle sanitário.

5 – SEPULTAMENTO

Legislação específica sobre as normas sanitárias.

6 – PACIENTES INTERNADOS

FASE DE MITIGAÇÃO:

Fase Mitigação: essa fase tem início quando forem registrados 100 casos positivos do novo Coronavírus. As ações e medidas são adotadas para evitar casos graves e óbitos.

Na Fase de Mitigação, ações deverão ser ampliadas e intensificadas para controle e Prevenção da Doença.

Diante disso as ações com expansão se descrevem abaixo, por áreas e organização no Município de Santa Teresa. Essas ações e atividades serão disparadas conforme o cenário epidemiológico que se apresentar e orientações da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.

CLASSIFICAÇÃO DOS CASOS:

As infecções por COVID-19 têm um amplo espectro de sintomas.

Classificação de casos sintomáticos adotada pela Organização de Saúde (OMS):

• **Doença não complicada** – quadro compatível com infecção de vias aéreas superiores, sem sinais de desidratação, dispneia, sepse ou disfunção de órgãos. Os sinais e sintomas mais comuns são: febre, tosse, dor na garganta, congestão nasal, cefaleia, mal-estar e mialgia. Imunossuprimidos, idosos e crianças podem apresentar quadro atípico.

Pacientes nesta condição clínica considerar internação/isolamento domiciliar

• **Pneumonia sem complicações** – infecção do trato respiratório inferior sem sinais de gravidade.

Pacientes nesta condição clínica deverão ser internados

• **Pneumonia grave** – infecção do trato respiratório inferior com algum dos seguintes sinais de gravidade:

- ✓ frequência respiratória > 30 incursões por minuto;
- ✓ dispneia;
- ✓ SpO2 < 90% em ar ambiente;
- ✓ cianose;
- ✓ disfunção orgânica.

Crianças com pneumonia ainda podem ter como critérios de gravidade:

- ✓ uso de musculatura acessória para respiração;
- ✓ incapacidade ou recusa de se amamentar ou ingerir líquidos;
- ✓ sibilância ou estridor em repouso;
- ✓ vômitos incoercíveis;
- ✓ alteração do sensório (irritabilidade ou sonolência);
- ✓ convulsões.

A frequência respiratória que denota gravidade em infantes dependerá da idade, a saber:

- ✓ < 2 meses – a partir de 60 ipm;
- ✓ 2 a 11 meses e 29 dias – a partir de 50 ipm;
- ✓ 1 a 4 anos, 11 meses e 29 dias – a partir de 40 ipm.

Pacientes nesta condição clínica deverão ser internados, considerar possibilidade de UTI
--

• **Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA)** – surgimento ou agravamento dos sintomas respiratórios, até 1 semana do início da doença. Pode ainda apresentar:

- ✓ Alterações radiológicas – opacidades bilaterais, atelectasia lobar/pulmonar ou nódulos;
- ✓ edema pulmonar não explicado por insuficiência cardíaca ou hiper-hidratação;
- ✓ relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300$ mmHg – leve (entre 200-300 mmHg), moderada (entre 100-200 mmHg) e grave (abaixo de 100 mmHg).

Pacientes nesta condição clínica deverão ser internados, considerar possibilidade de UTI
--

• **Sepse** – síndrome da resposta inflamatória sistêmica com disfunção orgânica na presença de infecção presumida ou confirmada. São sinais frequentes de disfunção orgânica: alteração do nível de consciência, oligúria, taqui e/ou dispneia, baixa saturação de oxigênio, taquicardia, pulso débil, extremidades frias, coagulopatia, trombocitopenia, acidose, elevação do lactato sérico ou da bilirrubina.

Pacientes nesta condição clínica deverão ser internados, considerar possibilidade de UTI

- **Choque séptico** – sepse acompanhada de hipotensão [pressão arterial média (PAM) < 65 mmHg] a despeito de ressuscitação volêmica adequada.

Pacientes nesta condição clínica deverão ser internados, considerar possibilidade de UTI

REFERÊNCIAS:

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde –
<https://www.saude.gov.br/saude-dea-z/coronavirus>

