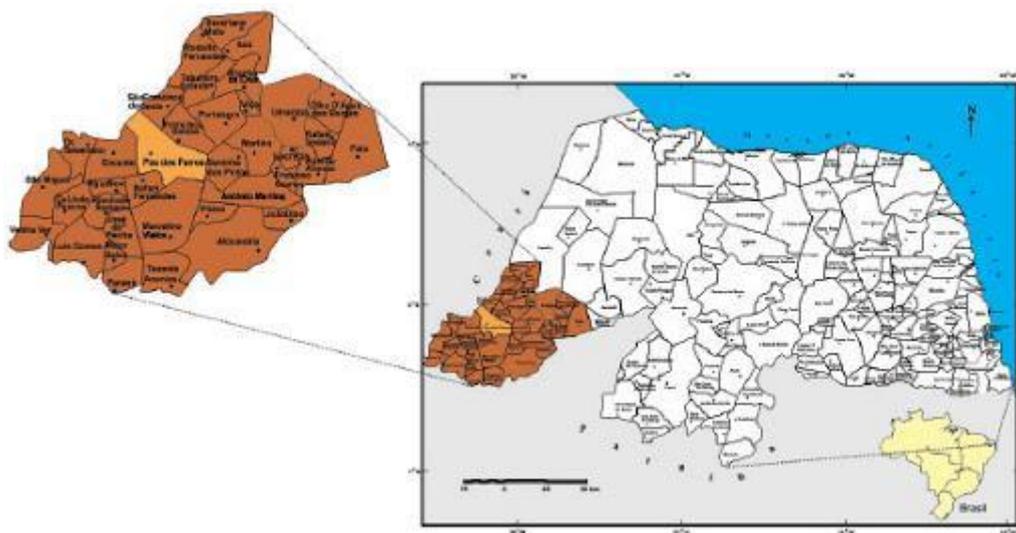


**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA - SESAP
COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO E CONTROLE EM SAÚDE - CPCS
COORDENADORIA DE HOSPITAIS E UNIDADES DE REFERÊNCIA –
COHUR
VI UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE PÚBLICA – VI URSAP**



**PLANO DE CONTINGÊNCIA REGIONAL PARA O ENFRENTAMENTO DA
INFECÇÃO HUMANA PELO NOVO CORONAVÍRUS 2019-nCoV
VI REGIÃO DE SAÚDE**

**Pau dos Ferros/RN
2020**



RIO GRANDE DO NORTE
GOVERNO DO ESTADO

MARIA DE FÁTIMA BEZERRA
Governadora do Estado do Rio Grande Do Norte

CIPRIANO MAIA DE VASCONCELOS
Secretário Estadual de Saúde

NEUMA LÚCIA DE OLIVEIRA
Coordenadora da CPS

GILSANDRA MEDEIROS DE LIRA
Coordenadora da COHUR

MONA LISA DO RÊGO TORQUATO
Gerente da VI URSAP

MIGNA JUCY MARQUES DA SILVA
Chefe de Núcleo Técnico VI URSAP

COLABORADORES

ANASSELY BEZERRA BESSA

Apoiadora Técnica do Projeto de Apoio Integrado AB-VS: Enfrentamento da COVID-19 – VI URSAP

CARLA CILENE PEREIRA DE ARAÚJO FERNANDES

Apoiadora Técnica do Projeto de Apoio Integrado AB-VS: Enfrentamento da COVID-19 – VI URSAP

ISAC DAVIDASON SANTIAGO FERNANDES PIMENTA

Apoiador institucional – SESAP

KATHERINE JERONIMO LIMA

Apoiadora Técnica do Projeto de Apoio Integrado AB-VS: Enfrentamento da COVID-19 – VI URSAP

KRYSNAH ALLEN DA SILVA MELO

Enfermeira do NIR - HCCA

MAURA VANESSA SILVA SOBREIRA

Secretária-Adjunta - SESAP

MIGNA JUCY MARQUES DA SILVA

Chefe de Núcleo Técnico - VI URSAP

Sumário

1. APRESENTAÇÃO	7
2. OBJETIVOS	9
2.1 Objetivo Geral	9
2.2 Objetivos Específicos.....	9
3. CARACTERÍSTICAS DA VI REGIÃO DE SAÚDE PÚBLICA	10
4. CARACTERÍSTICAS DA COVID-19	13
4.1 Agente Etiológico	14
4.2 Reservatório e Modo de Transmissão	14
4.3 Período de Incubação e Transmissibilidade	15
4.4 Suscetibilidade e Imunidade.....	15
4.5 Manifestações Clínicas.....	15
4.6 Complicações.....	16
4.7 Diagnósticos	16
4.7.1 Diagnóstico Clínico	16
4.7.2 Diagnóstico Laboratorial.....	16
4.7.3 Diagnóstico por imagem	17
5. VIGILÂNCIA EM SAÚDE	17
5.1 Definição de casos suspeitos para investigação de COVID-19.....	18
5.1.1 Síndrome Gripal (SG):	18
5.1.2 Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG):	18
5.2 Definição de Casos Confirmados para COVID-19.....	18
5.2.1 Definições de Contato Próximo de Casos Confirmados de COVID-19	19
5.2.2 Definição de Contato Domiciliar de Caso Confirmado de COVID-19	20
5.3 Definição de Casos Descartados.....	20
5.4 Notificação dos Casos	20
5.5 Investigação de casos suspeitos	21
5.5.1 Investigação de Óbitos Suspeitos	23
5.6 Monitoramento dos Casos em Isolamento Social.....	24
5.7 Rastreamento e monitoramento de contatos de casos de covid-19.....	24
5.8 Critérios para investigação dos casos de reinfecção	25
5.9 Critérios para investigação dos casos de Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIMP)	26
6. VIGILÂNCIA LABORATORIAL – POLÍTICA DE TESTAGEM	27
6.1 Teste Molecular - RT-PCR em Tempo Real (RT-QPCR)	28
6.2 Testes imunológicos: teste rápido ou sorologia clássica para Detecção de Anticorpos Contra SARS-CoV-2	30

6.3 Metodologia Utilizada.....	30
6.4 Orientações Sobre Coleta e Envio de Amostras	31
7. VIGILÂNCIA SAÚDE DO TRABALHADOR	31
8. REDE ASSISTENCIAL.....	33
8.1. Regulação Para Acesso a Leitos Covid-19.....	37
8.2 Caracterização da Rede de Assistência na VI Região	37
8.2.1 Assistência no Hospital Regional Dr Cleodon Carlos de Andrade	39
8.2.2 Assistência às Gestantes.....	41
8.2.3 Assistência nos Municípios da VI Região de Saúde	42
9. ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA	44
10. ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS UNIDADES HOSPITALARES (PRONTO SOCORRO, CLÍNICA MÉDICA E UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA)	50
11. MEDIDAS QUE EVITAM A TRANSMISSÃO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS.....	52
12. IMUNIZAÇÃO	52
12.1 VACINAS COVID-19	54
12.2 População Prioritária Para Vacinação Contra a Covid-19	58
12.3 Esquema Vacinal	59
12.4 Meta Para Vacinação.....	60
12.5 Farmacovigilância.....	62
12.6 Precauções	63
12.8 Contra Indicações.....	64
12.9 Gerenciamento de Resíduos Provenientes da Vacinação.....	64
12.9.1 Rede de Frio do Rio Grande do Norte	64
12.9.2 Recomendações para Garantia da Qualidade do Armazenamento das Vacinas em todo o Território do Rio Grande do Norte.....	67
12.9.3 Recomendações Quanto ao Funcionamento das Salas de Vacinas	68
12.9.4 Ampliação da Capacidade De Armazenamento de Vacinas no Rio Grande do Norte	69
12.10 Logística de Distribuição dos Imunobiológicos	72
12.10.1 Entrega dos Imunobiológicos	73
12.11 Sistemas de Informações Para Registros das Doses Aplicadas	74
12.11.1 Gestão Da Informação.....	75
12.11.2 Capacitações Previstas pelo PNI.....	75
12.12 Orientações para os Postos de Vacinação	76
12.12.1 Recomendações para os Vacinadores	76
12.13 Orientações para Adoção de Estratégias de Comunicação	77

REFERÊNCIAS	79
ANEXOS	82

1. APRESENTAÇÃO

Em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, China, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada de um surto de pneumonia de causa desconhecida, a qual despertou interesse de vários estudiosos locais e internacionais. Em janeiro de 2020, as autoridades chinesas anunciaram que o vírus causador do surto era uma nova cepa do coronavírus, denominada SARS-CoV-2. Acredita-se que o vírus esteja vinculado ao mercado de frutos do mar localizado em Wuhan, ao passo que outras análises revelaram que o SARS-CoV-2 está intimamente relacionado com dois coronavírus do tipo SARS presentes em morcegos. Outras investigações apontam que o SARS-CoV original foi transmitido de gatos da cidade para humanos, e o MERS-CoV de camelos ou dromedários para humanos (GUAN et al, 2020; HUANG et al, 2020; WANH et al, 2020; ZHU et al, 2020). Contudo, há ainda controvérsias sobre as fontes de infecção, por isso a necessidade de medidas de prevenção e controle das unidades de saúde e população.

Até onde se sabe, todos os coronavírus que afetam humanos tem origem animal, no entanto, alguns pacientes identificados com a doença respiratória aguda causada pelo SARS-CoV-2 na China não se expuseram ao mercado de frutos do mar em Wuhan, indicando assim a disseminação de pessoa para pessoa (GUAN et al, 2020; HUANG et al, 2020; WANH et al, 2020; ZHU et al, 2020; RIO GRANDE DO NORTE, 2020).

Segundo a OMS (2020) o período médio de incubação do SARS-CoV2 é de 4-5 dias, com intervalo que pode chegar até 14 dias. Ainda, sugerem que a transmissão possa ocorrer, mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas; no entanto, até o momento as informações são insuficientes para determinar o período que uma pessoa infectada pode transmitir o vírus. De acordo com Ministério da Saúde (2020), a transmissão de pessoa para pessoa pode ocorrer por gotículas respiratórias, através de espirros, tosse ou ainda por contato pessoal, contato objetos ou superfícies contaminadas, seguido de contato com a boca, nariz ou olhos.

As manifestações clínicas do COVID-19, doença provocada pela infecção de SARS-CoV2, podem variar de um simples resfriado até a uma pneumonia severa. De acordo com os dados mais atuais, os sinais e sintomas clínicos são principalmente respiratórios, como tosse e dispneia; além de febre. As complicações incluem síndrome respiratória aguda grave (SRAG), lesão cardíaca aguda, infecção secundária e óbito. Seu diagnóstico é feito com base na investigação clínico-epidemiológica, com base no exame físico e através do teste diagnóstico laboratorial específico, utilizando as técnicas de

detecção do genoma viral (RT-PCR) coletados através de uma amostra com “*swabs* combinados (naso-orofarínge)” e testada para coronavírus, influenza e outros vírus respiratórios. O diagnóstico diferencial deve ser realizado para influenza, rinovírus, vírus sincicial respiratório, adenovírus, outros coronavírus, entre outros. O tratamento, apesar de especulações e estudos diversos, até o momento é inespecífico, com adoção de medidas de suporte, levando em consideração o diagnóstico diferencial para adequar o manejo clínico (BRASIL, 2020; RIO GRANDE DO NORTE, 2020).

No mês de março de 2020, a Portaria nº 454 do Ministério da Saúde, declarou em todo território nacional a transmissão comunitária do COVID-19, estabelecendo para contenção da transmissibilidade do vírus, como medida não-farmacológica, o isolamento domiciliar da pessoa com sintomas respiratórios e das pessoas que residam no mesmo endereço, ainda que estejam assintomáticos, devendo permanecer em isolamento pelo período mínimo de 14 (quatorze) dias.

Contudo, há constantemente atualizações no monitoramento dos casos de doença respiratória aguda para COVID-19. A medida que os conhecimentos são atualizados, a OMS consolida as informações recebidas dos países, e o Ministério da Saúde bem como Secretaria Estadual de Saúde Pública (SESAP) do Rio Grande Norte tem emitido diariamente boletins, promovendo a vigilância constante e organização da rede para suporte aos possíveis casos da nova doença no nosso estado.

A atualização do Plano de Contingência Regional para o Enfrentamento da COVID-19 na VI Região de saúde, foi construído pelas apoiadoras técnicas do Projeto de Apoio Integrado AB-VS: Enfrentamento da COVID-19 no Estado do Rio Grande do Norte e membros do Comitê Regional de Enfrentamento às Emergências em Saúde Pública de Importância Estadual do Rio Grande do Norte (instituído através da Portaria Sei Nº 837, de 02 de Abril de 2020).

O presente documento teve como base o Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pelo novo Coronavírus 9ª versão -10 de dezembro. O referido documento teve sua primeira versão em fevereiro de 2020, sendo elaborado a partir da constituição de Comitê de Enfrentamento de Emergências e Eventos de Importância de Saúde Pública, coordenado pela Coordenadoria de Promoção à Saúde, através da Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica, e efetiva participação do corpo técnico da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte – SESAP-RN, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Norte – COSEMS-RN e

Município de Natal, por meio dos responsáveis pelas áreas temáticas que compõem o Plano (RIO GRANDE DO NORTE, 2020a).

É necessário ativar o plano de contingência, identificar cenários e se preparar para cada uma das situações, desenhando um plano em que os serviços envolvidos conheçam o seu papel em cada fase de ativação e estejam preparados, de acordo com os requisitos mínimos, assegurando uma resposta eficaz e segura.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Viabilizar as ações de prevenção, controle e mitigação da doença oportunamente para minimizar os efeitos da disseminação do vírus SARS-CoV2 sobre a morbimortalidade e suas repercussões na economia e no funcionamento dos serviços essenciais.

2.2 Objetivos Específicos

- Promover ações para o controle à disseminação do vírus SARS-CoV2 entre a população;
 - Estabelecer alinhamento entre ações de vigilância em saúde, de organização da rede assistencial e de comunicação social, necessárias para o enfrentamento da pandemia por COVID-19 na VI Região de Saúde;
 - Estabelecer fluxos de referência para atendimento aos casos suspeitos com sintomas respiratórios leves e graves na Rede de Assistência ao enfrentamento ao coronavírus da VI Região de Saúde;
 - Fortalecer a implantação dos protocolos em conformidade com as orientações da Secretaria de Estado de Saúde Pública, e dos demais órgãos sanitários competentes;
 - Fortalecer as estratégias realizadas nos municípios do Rio Grande do Norte para vigilância ativa e assistência aos possíveis casos de forma oportuna, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), no sentido de controlar e reduzir a disseminação do novo coronavírus;
 - Identificar grupos populacionais prioritários para intervenção, de acordo com os níveis de disseminação do vírus, o risco para apresentação da síndrome respiratória aguda grave e de mortalidade;
-

- Organizar e estruturar a oferta de leitos críticos para assistência aos casos de síndrome respiratória aguda grave.

3. CARACTERÍSTICAS DA VI REGIÃO DE SAÚDE PÚBLICA

A 6ª Região de Saúde do Rio Grande do Norte localiza-se no território do Alto Oeste potiguar, na área conhecida como tromba do elefante devido ao formato do mapa do estado. No Plano Diretor de Regionalização do Estado, 37 (trinta e sete) municípios compõem a região: Água Nova, Alexandria, Almino Afonso, Antônio Martins, Coronel João Pessoa, Doutor Severiano, Encanto, Francisco Dantas, Frutuoso Gomes, Itaú, João Dias, José da Penha, Lucrecia, Luís Gomes, Major Sales, Marcelino Vieira, Martins, Olho D'água dos Borges, Paraná, Patu, Pau dos Ferros, Pilões, Portalegre, Rafael Fernandes, Rafael Godeiro, Riacho da Cruz, Riacho de Santana, Rodolfo Fernandes, São Francisco do Oeste, São Miguel, Serrinha dos Pintos, Severiano Melo, Taboleiro Grande, Tenente Ananias, Umarizal, Venha-Ver e Viçosa.

Este grupamento de municípios adensa, de acordo com dados do censo 2010 do IBGE, 7,26% da população norte-rio-grandense e uma área representada por aproximadamente 9,30% da superfície territorial do Estado; com o maior número de municípios e a mais distante da capital (cerca de 400 Km).

Figura 1. Mapa Territorial da 6ª Região de Saúde do Rio Grande do Norte



De acordo com o Censo demográfico de 2010, essa Região possuía uma população de 230.042 habitantes, sendo 113.622 habitantes do sexo masculino e 116.420 habitantes do sexo feminino.

A população residente na VI Região, no que se refere à cor/raça, está representada em sua maioria por pessoas da cor branca, seguida da cor parda. Em relação a distribuição por zona de domicílio, a maioria, cerca de 152.041 dos habitantes, se encontram na zona urbana, e cerca de 70.001 residem na zona rural

O Índice de envelhecimento que representado pela proporção do número de pessoas de 60 anos de idade ou mais para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade na população residente, na região correspondeu a 54,16%. O resultado aponta para a participação crescente de idosos em relação aos jovens na população da região.

Em relação a rede física de serviços da região, a assistência hospitalar se concentra basicamente em 3 municípios: Pau dos Ferros, São Miguel e Alexandria. Além disso, na região existe Hospital Geral (Pau dos Ferros), Unidades Mistas 24 horas, Centros de Apoio Psicossocial, Centros Especializados de Odontologia, Centro Especializado de Reabilitação II, Laboratório de prótese ortopédica, Rede de Frios (VI URSAP), Laboratório Regional de Saúde Pública (Pau dos Ferros), Unidades Móveis de nível pré hospitalar urgência/emergência, Unidades Básicas de Saúde (Centros de Saúde), Postos de Saúde, Consultórios Isolados, Clínicas Especializadas/Ambulatório, 13 Laboratórios de Prótese dentária, dentre outros serviços.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma das áreas prioritárias, compreendida como fundamental para transformação do modelo assistencial e melhoria da qualidade de vida e saúde da população brasileira, cujas responsabilidades se dividem entre as três esferas de governo com um direcionamento principal pela gestão municipal. A APS é entendida como um conjunto de intervenções de saúde tanto no âmbito individual quanto no coletivo, e que envolve promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Tabela 1. Caracterização das Equipes da Atenção Primária à Saúde pertencente aos municípios da VI Região de Saúde

Equipes da Atenção Primária à Saúde							
Municípios	ESFSB_M1	ESFSB_M2	EACS	NASF -1	NASF-2	NASF-3	Número de Equipes
Água Nova	2	0	0	0	0	1	3
Alexandria	6	0	0	1	0	0	7
Almino Afonso	2	0	0	0	0	1	3
Antônio Martins	3	0	0	0	1	0	4
Coronel João Pessoa	1	0	0	0	0	1	2
Doutor Severiano	2	1	0	0	1	0	4
Encanto	3	0	0	0	1	0	4
Francisco Dantas	1	0	0	0	0	1	2
Frutuoso Gomes	2	0	0	0	0	1	3
Itaú	2	0	0	0	0	1	3
João Dias	1	0	0	0	0	1	2
José da Penha	3	0	0	0	1	0	4
Lucrecia	2	0	0	0	0	1	3
Luis Gomes	4	0	0	1	0	0	5
Major Sales	2	0	0	0	0	1	3
Marcelino Vieira	4	0	0	0	1	0	5
Martins	3	0	0	0	1	0	4
Olho-d'Água do Borges	2	0	0	0	0	1	3
Paraná	2	0	0	0	0	1	3
Patu	5	0	0	1	0	0	6
Pau dos Ferros	9	0	3	1	0	0	13
Pilões	2	0	0	0	0	1	3
Portalegre	3	0	0	0	0	0	3
Rafael Fernandes	2	0	0	0	0	1	3
Rafael Godeiro	2	0	0	0	0	1	3
Riacho da Cruz	1	0	0	0	0	1	2
Riacho de Santana	2	0	0	0	0	1	3
Rodolfo Fernandes	2	0	0	0	0	1	3
São Francisco do Oeste	1	0	0	0	0	1	2
São Miguel	5	0	1	0	0	0	6
Serrinha dos Pintos	1	0	0	0	0	1	2
Severiano Melo	4	0	0	0	1	0	5
Taboleiro Grande	1	0	0	0	0	1	2
Tenente Ananias	4	0	0	1	0	0	5
Umarizal	5	0	0	1	0	0	6
Venha Ver	2	0	0	0	0	1	3
Viçosa	1	0	0	0	0	1	2
TOTAL	99	1	4	6	7	22	139

Tabela 2. Caracterização dos serviços da Atenção Secundária à Saúde pertencente aos municípios da VI Região de Saúde

Municípios	Atenção Secundária			
	Hospital Municipal	Hospital Municipal e Estadual	Serviços de Atenção Especializada	Nº serviços média complexidade
Água Nova	0	0	5	5
Alexandria	2	1	21	24
Almino Afonso	1	0	8	9
Antônio Martins	1	0	9	10
Coronel João Pessoa	1	0	6	7
Doutor Severiano	1	0	8	9
Encanto	1	0	9	10
Francisco Dantas	0	0	7	7
Frutuoso Gomes	1	0	12	13
Itaú	1	0	5	6
João Dias	1	0	5	6
José da Penha	1	0	8	9
Lucrecia	1	0	10	11
Luís Gomes	1	0	10	11
Major Sales	1	0	6	7
Marcelino Vieira	0	0	6	6
Martins	1	0	11	12
Olho-d'Água do Borges	1	0	6	7
Paraná	1	0	5	6
Patu	1	0	13	14
Pau dos Ferros	3	1	100	104
Pilões	1	0	6	7
Portalegre	1	0	17	18
Rafael Fernandes	1	0	7	8
Rafael Godeiro	1	0	4	5
Riacho da Cruz	1	0	4	5
Riacho de Santana	0	0	8	8
Rodolfo Fernandes	1	0	6	7
São Francisco do Oeste	0	0	3	3
São Miguel	2	0	23	25
Serrinha dos Pintos	1	0	7	8
Severiano Melo	1	0	12	13
Taboleiro Grande	1	0	6	7
Tenente Ananias	1	0	11	12
Umarizal	0	0	16	16
Venha Ver	1	0	5	6
Viçosa	1	0	3	4
Total	35	2	408	445

4. CARACTERÍSTICAS DA COVID-19

Os coronavírus causam infecções respiratórias e intestinais em humanos e animais; sendo que a maioria das infecções por coronavírus em humanos são causadas por espécies de baixa patogenicidade, levando ao desenvolvimento de sintomas do resfriado comum, no entanto, podem eventualmente levar a infecções graves em grupos de risco, idosos e crianças.

Previamente, no ano de 2019, duas espécies de coronavírus altamente patogênicos e provenientes de animais (SARS e MERS) foram responsáveis por surtos de síndromes respiratórias agudas graves.

Em relação à doença pelo Novo Coronavírus 2019 (COVID-19), a clínica não está descrita completamente, assim como o padrão de letalidade, mortalidade, infectividade e

transmissibilidade. Ainda não há vacina ou medicamentos específicos disponíveis e, atualmente, o tratamento é de suporte e inespecífico.

4.1 Agente Etiológico

Família: *Coronaviridae*.

Os nomes oficiais são:

Doença: doença de coronavírus (COVID-19);

Vírus: síndrome respiratória aguda grave coronavírus2 (SARS-CoV-2).

4.2 Reservatório e Modo de Transmissão

Os coronavírus são uma grande família de vírus comuns em muitas espécies de animais, incluindo camelos, gado, gatos e morcegos. Raramente, os coronavírus presente em animais podem infectar pessoas e depois se espalhar entre elas, como aconteceu com o MERS-CoV e SARS-CoV. No início, muitos dos pacientes com surtos de doenças respiratórias causados por SARS-CoV2 em Wuhan, na China, tinham alguma ligação com um grande mercado de frutos do mar e animais vivos, sugerindo que a disseminação ocorreu de animais para pessoas. No entanto, um número crescente de pacientes supostamente não teve exposição ao mercado de animais, indicando também a ocorrência de disseminação de pessoa para pessoa.

Quanto a disseminação de pessoa para pessoa, assim como ocorreu com MERS-CoV e SARS-CoV, acredita-se que tenha ocorrido principalmente por meio de gotículas respiratórias produzidas quando uma pessoa infectada tosse ou espirra, semelhante à maneira como a influenza e outros patógenos respiratórios se espalham. A transmissão também pode ocorrer por aerossóis em pacientes submetidos a procedimentos de vias aéreas, como a intubação oro-traqueal ou aspiração de vias aéreas.

Na população, a disseminação de MERS-CoV e SARS-CoV entre pessoas geralmente ocorre após contatos próximos, sendo particularmente vulneráveis os profissionais de saúde que prestam assistência a esses pacientes. Nos surtos anteriores de SARS e MERS os profissionais de saúde representaram uma parcela expressiva do número de casos, tendo contribuído para amplificação das epidemias.

É importante esclarecer para melhor entendimento quanto ao risco associado à COVID-19, que a facilidade com que um vírus se espalha de pessoa para pessoa pode

variar. Alguns vírus são altamente transmissíveis (como sarampo), enquanto outros são menos transmissíveis. Estudos estimam uma capacidade de replicação (R_0) de 3,8 para o COVID-19, ou seja, cada infectado transmite o vírus para três ou quatro pessoas, podendo variar de acordo com o cenário epidemiológico.

4.3 Período de Incubação e Transmissibilidade

O período médio de incubação da infecção por coronavírus estimas-se que seja de 1 a 14 dias, com mediana de 5 a 6 dias (BRASIL, 2020)

As investigações sobre a transmissibilidade do novo coronavírus ainda estão em andamento, mas a disseminação de pessoa para pessoa, ou seja, a contaminação por contato está ocorrendo. Observou-se que alguns pacientes podem transmitir a doença durante o período de incubação, geralmente 1 a 3 dias antes do início dos sintomas, e existe a possibilidade de transmissão por pessoas que estão infectadas e eliminando vírus, mas que ainda não desenvolveram sintomas (BRASIL, 2020)

4.4 Suscetibilidade e Imunidade

A suscetibilidade é geral, por ser um vírus novo, porém, em idosos, crianças e pessoas com doenças preexistentes, existe uma maior probabilidade de se tornarem casos graves. Quanto à 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 ligada a transmissibilidade e suscetibilidade.

4.5 Manifestações Clínicas

O espectro clínico da infecção por SARS-CoV2 é muito amplo, pode variar de casos assintomáticos e manifestações clínicas leves, até quadros de insuficiência respiratória, choque e disfunção de múltiplos órgãos, sendo necessária atenção especial aos sinais e sintomas que indicam piora do quadro clínico que exijam a hospitalização do paciente.

Segundo os dados mais atuais, os sinais e sintomas clínicos referidos são principalmente respiratórios, semelhantes a um resfriado. Porém, podem causar infecção

do trato respiratório inferior, como as pneumonias. Os principais sintomas são: febre, tosse e dificuldade para respirar. Alguns casos podem apresentar sintomas gastrointestinais e pneumonias.

4.6 Complicações

Embora a maioria das pessoas com COVID-19 desenvolvem sintomas leves ou moderados, aproximadamente 15% podem desenvolver sintomas graves que requerem suporte de oxigênio, e cerca de 5% podem apresentar a forma grave com complicações como falência respiratória, sepse e choque séptico, tromboembolismo e/ou falência múltipla de órgãos, incluindo lesão hepática ou cardíaca aguda.

4.7 Diagnósticos

4.7.1 Diagnóstico Clínico

O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como síndrome gripal; no entanto, casos iniciais leves, subfebris, podem evoluir para elevação progressiva da temperatura e a febre ser persistente além de 3-4 dias, ao contrário do descenso observado nos casos de Influenza. Caso de SG ou SRAG associado a anosmia (disfunção olfativa) ou ageusia (disfunção gustatória) aguda sem outra causa pregressa, e que não foi possível encerrar por outro critério de confirmação. O diagnóstico depende da investigação clínico-epidemiológica e do exame físico.

Ressalta-se que as características clínicas não são específicas e podem ser similares àquelas causadas por outros vírus respiratórios, que também ocorrem sob a forma de surtos e, eventualmente, circulam ao mesmo tempo, tais como influenza, parainfluenza, rinovírus, vírus sincicial respiratório, adenovírus, outros coronavírus, entre outros.

4.7.2 Diagnóstico Laboratorial

- Biologia molecular – RT-PCR em tempo real (RT-qPCR): Permite identificar a presença do vírus SARS-CoV-2 em amostras coletadas da nasofaringe até o 8º dia
-

de início dos sintomas. A amostra deve ser coletada, de preferência, entre o 3º e o 7º dia do início dos sintomas.

- **Imunológico – Ensaio Imunoenzimático (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay – ELISA), Imunocromatografia (teste rápido), Imunoensaio por Quimioluminescência (CLIA) e Imunoensaio por Eletroquimioluminescência (ECLIA) para detecção de anticorpos IgM, IgA e/ou IgG:** Os testes sorológicos de detecção de anticorpos IgM, IgA e/ou IgG verificam a resposta imunológica do indivíduo em relação ao vírus SARS-CoV-2, podendo diagnosticar doença ativa ou pregressa, por isso são indicados a partir do 8º dia do início dos sintomas. Vale lembrar que ausência de padronização dos kits, os diferentes antígenos e métodos utilizados para a detecção dos anticorpos, bem como o desenho dos estudos de avaliação do desempenho diagnóstico dos testes, resultam em heterogeneidade nos valores de sensibilidade, especificidade, somando-se à questão a cinética do aparecimento dos anticorpos;
- **Teste imunocromatográfico para pesquisa de antígeno viral em amostras do trato respiratório superior:** podem ser utilizados para diagnóstico na fase aguda da doença (janela do 2º ao 7º dia após início dos sintomas), ainda não possuem sensibilidade e especificidade desejada.

4.7.3 Diagnóstico por imagem

- **Imagem (Tomografia Computadorizada de Alta Resolução – TCAR):** As seguintes alterações tomográficas são compatíveis com caso de COVID-19:
 1. Opacidade em Vidro Fosco periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”). z
 2. Opacidade em Vidro Fosco multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”)
 3. Sinal de Halo Reverso ou outros achados de pneumonia em organização (observados posteriormente na doença).

5. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A vigilância do COVID-19 tem como propósito orientar a Rede de Atenção à Saúde do SUS para atuação e na identificação, notificação e manejo oportuno dos casos suspeitos, a fim de conter o risco de transmissão em todo território nacional.

5.1 Definição de casos suspeitos para investigação de COVID-19

5.1.1 Síndrome Gripal (SG):

Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas:

- febre (mesmo que referida),
- calafrios, dor de garganta,
- dor de cabeça, tosse, coriza,
- distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

***EM CRIANÇAS:** além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

***EM IDOSOS:** deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

5.1.2 Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG):

Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão ou dor persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada (cianose) dos lábios ou rosto. ia;

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

Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.

5.2 Definição de Casos Confirmados para COVID-19

Um caso suspeito de COVID-19 pode passar a ser considerado confirmado mediante um dos critérios elencados abaixo:

- **Clínico:** Caso de SG ou SRAG associado a anosmia (disfunção olfativa) OU ageusia (disfunção gustatória) aguda sem outra causa pregressa;
- **Clínico-Epidemiológico:** Caso de SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas com caso confirmado para COVID-19;
- **Laboratorial:** Caso de SG ou SRAG com teste de Biologia molecular: resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-qPCR em tempo real. Imunobiológico com resultado reagente para IgM, IgA e/ou IgG* realizado pelos seguintes métodos: Ensaio imunoenzimático (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay - ELISA), Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos; e Imunoensaio por Eletroquimioluminescência (ECLIA). Pesquisa de Antígeno: resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

*Observação: Considerar o resultado IgG reagente como critério laboratorial confirmatório somente em indivíduos sem diagnóstico laboratorial anterior para COVID-19;

- **Clínico-imagem:** Caso de SG ou SRAG ou óbito por SRAG que não foi possível confirmar por critério laboratorial e que apresente pelo menos uma (1) das seguintes alterações tomográficas: OPACIDADE EM VIDRO FOSCO periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”), OU OPACIDADE EM VIDRO FOSCO multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”), OU SINAL DE HALO REVERSO ou outros achados de pneumonia em organização (observados posteriormente na doença).

5.2.1 Definições de Contato Próximo de Casos Confirmados de COVID-19

- Uma pessoa que teve contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos) com caso confirmado.
 - Uma pessoa que tenha contato direto, desprotegido, com secreções infecciosas (por exemplo, gotículas de tosse, contato sem proteção com tecido ou lenços de papel usados e que contenham secreções).
 - Uma pessoa que teve contato, frente a frente, por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 1 metro.
-

- Uma pessoa que esteve em um ambiente fechado (por exemplo, sala de aula, sala de reunião, sala de espera do hospital etc.) por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 1 metro.
- Um profissional de saúde ou outra pessoa que cuide diretamente de um caso de COVID-19 ou trabalhadores de laboratório que manipulam amostras de um caso de COVID-19 sem Equipamento de Proteção Individual (EPI) recomendado, ou com uma possível violação do EPI.

5.2.2 Definição de Contato Domiciliar de Caso Confirmado de COVID-19

Uma pessoa que resida na mesma casa/ambiente. Devem ser considerados os residentes da mesma casa, colegas de dormitório, creche, alojamento etc.

5.3 Definição de Casos Descartados

Serão descartados os casos suspeitos de síndrome gripal ou síndrome respiratória aguda grave com resultado laboratorial negativo para SARS-CoV-2 ou com confirmação laboratorial para outro agente etiológico.

5.4 Notificação dos Casos

Todo caso suspeito de síndrome gripal ou de síndrome respiratória aguda grave, que apresentem as características clínicas estabelecidas; além de todos os óbitos por síndrome respiratória aguda grave, independente de hospitalização, deverão ser notificados. Além disso, notificar indivíduos assintomáticos com confirmação laboratorial por biologia molecular ou imunológico de infecção recente por COVID-19.

Os casos suspeitos de COVID-19 são atualmente uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), sendo, portanto, um Evento de Saúde Pública de notificação imediata. 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**.

Profissionais e instituições de saúde do setor público ou privado, em todo o território nacional, segundo legislação nacional vigente, devem realizar a notificação, respeitando-se a indicação de notificação de acordo com o sistema de informação

indicado, e-SUS Notifica para os casos suspeitos de SG ou SIVEP-GRIPE para os casos suspeitos de SRAG.

Os casos suspeitos de COVID-19 devem ser notificados conforme sua classificação:

Síndrome Gripal (SG): devem ser notificados por meio do sistema e-SUS Notifica	https://notifica.saude.gov.br/login
Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizado: devem ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe)	https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe
Óbitos por SRAG: independente de hospitalização, devem ser notificados no SIVEP-Gripe.	https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe
O registro do óbito também deve ocorrer, obrigatoriamente, no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).	

FICHA DE NOTIFICAÇÃO

Acesse em:

<http://www.saude.rn.gov.br/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=223456&ACT=&PAGE=&PARM=&LBL=MAT%209RIA>.

CONTATOS CIEVS-RN

Telefones: 0800 281 2801

(84) 98102- 5948 VIVO 

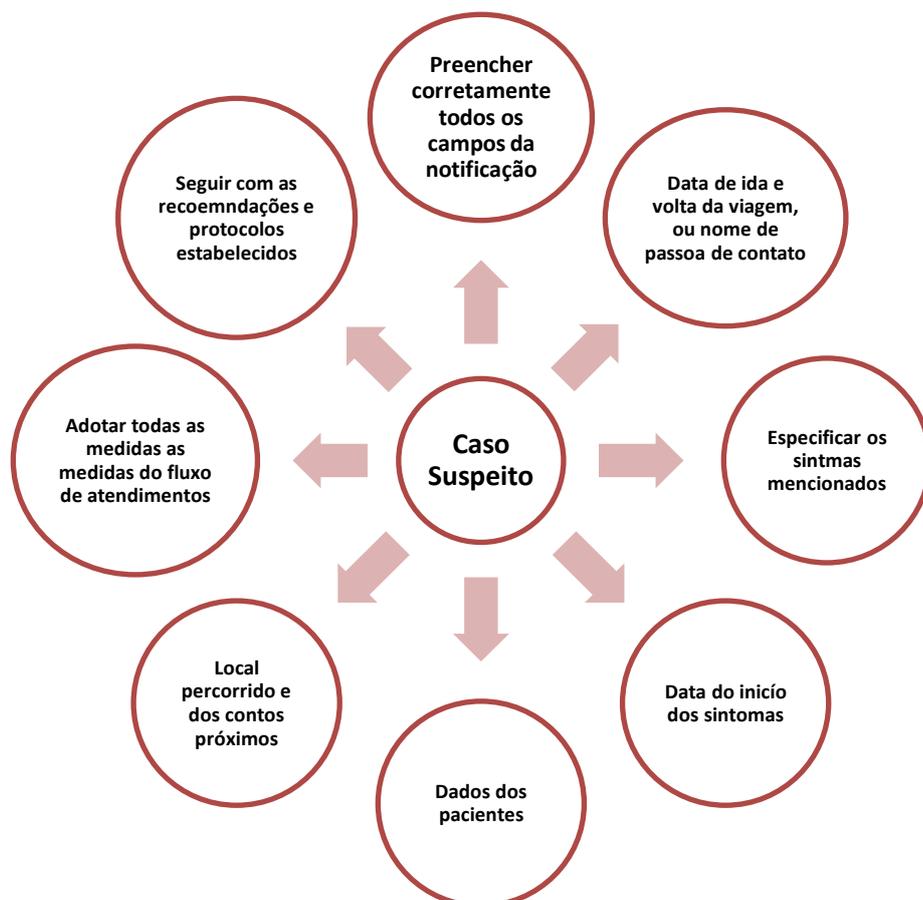
E-mail: cievsrn@gmail.com

5.5 Investigação de casos suspeitos

Todas as notificações de casos suspeitos de COVID-19 deverão ser investigadas, considerando a definição de casos apresentadas. Deve-se levar em consideração na investigação:

- Dados de identificação;
- Antecedentes de exposição;
- Existência de contato com casos semelhantes;
- Caracterização clínica do caso;
- Identificação de possíveis contatos, em particular os contatos íntimos;

Além disso, deverá ser realizada coleta de material clínico para diagnóstico laboratorial, com o intuito de confirmar ou descartar o caso, conforme recomendado, bem como assistência à saúde. A investigação de cada caso deverá ser deflagrada pela equipe da vigilância epidemiológica do município de residência e/ou ocorrência, com o apoio e suporte do CIEVS-RN. O processo de investigação de cada caso só será interrompido diante do encerramento do caso, com evolução para cura ou óbito.



Ressaltamos também a importância da realização da busca de possíveis contatos do paciente, ou até mesmo do caso índice, visando identificar a cadeia de sua transmissão, muito embora já seja constatada a transmissão comunitária sustentada em todo o território nacional. A realização do rastreamento dos contatos se torna uma das medidas mais efetivas no auxílio para a quebra da cadeia de transmissão viral, uma vez que a partir da identificação de um possível contato de caso confirmado, ou até mesmo suspeito, todas as orientações devem ser reforçadas junto a esses indivíduos visando a observação do surgimento de eventuais sinais e sintomas para início imediato do isolamento domiciliar, evitando assim a propagação do vírus

5.5.1 Investigação de Óbitos Suspeitos

Além dos casos suspeitos, a investigação de óbitos é crucial durante o período de pandemia. Todos os óbitos suspeitos de COVID-19 ou Síndrome Respiratória Aguda Grave, assim como todos os óbitos que apresentem como causa básica pneumonia, sepsis ou causa mal definida deverão ser investigados.

Na ocorrência de óbito por SRAG ou suspeito de COVID-19 mesmo sem todos os sintomas de SRAG deve ser feita a notificação imediata (dentro do prazo de 24 horas), por profissionais e instituições de saúde do setor público ou privado para a respectiva vigilância epidemiológica municipal e ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) pelo e-mail: cievsrn@gmail.com e/ou pelos telefones: 0800 281 2801 (84) 98102- 5948.

Os procedimentos de investigação de óbitos se assemelham aos da investigação de casos suspeitos. Vale lembrar que a ficha de notificação e a Declaração de Óbito – DO representam os instrumentos de base para o desencadeamento do processo de investigação. Caso o material para realização do teste laboratorial não tenha sido coletado em vida, deve-se proceder uma coleta *post-mortem* no serviço de saúde, por meio de swab na cavidade nasal e orofaringe em até seis horas. É válido atentar às orientações previstas no Manual de Manejo de Corpos no contexto do novo coronavírus do Ministério da Saúde, e a Nota Técnica Nº 2/2020 da SESAP.

No processo de investigação se deve coletar as informações solicitadas nos formulários, identificando a cronologia dos fatos, resultados de exames, procurando reunir informações para elucidar causas de morte, a cadeia de eventos que contribuíram ou não para o contágio. Enquanto não há orientação específica para investigação do óbito

por COVID-19 por parte do Ministério da Saúde, orienta-se além da Ficha de Notificação do SIVEP-Gripe e e-SUS VE.

5.6 Monitoramento dos Casos em Isolamento Social

Todos os casos suspeitos e ou confirmados, assim como seus familiares e contatos próximos, aos quais foram indicados a realização de medidas de isolamento social, devem ser monitorados pelas equipes de saúde da atenção básica.

O monitoramento deve ser feito, preferencialmente, por telefone a cada 48 horas. Poderá ser realizado atendimento presencial se houver necessidade, de preferência no domicílio do paciente. Em caso de agravamento do caso, encaminhar imediatamente para os demais níveis de cuidado.

Devem-se adotar os seguintes procedimentos no acompanhamento via telefone:

1. Anotar em prontuário o número de contato do paciente e de algum acompanhante (de preferência o cuidador que ficará responsável pelo paciente), durante a primeira avaliação na UBS;
2. Ligação deve ser realizada por profissional de saúde da ESF a cada 48 horas para acompanhamento da evolução do quadro clínico;
3. Não há necessidade de gravar a conversa;
4. Anotar informações sobre a conversa telefônica no prontuário – quadro clínico autorreferido do paciente, autoavaliação da necessidade de ir algum profissional à residência do paciente ou consulta presencial na UBS com paciente em uso de máscara, além do horário da ligação e queixas.

5.7 Rastreamento e monitoramento de contatos de casos de covid-19

Segundo o Ministério da Saúde (2020), rastreamento de contatos se propõe diminuir a propagação de doenças infectocontagiosas a partir da identificação de novas infecções resultantes da exposição a um caso conhecido.

No que se refere a contatos, se define como qualquer indivíduo que esteve em contato próximo a um caso confirmado de COVID-19 durante o seu período de transmissibilidade, ou seja, entre dois (02) dias antes e 10 dias após a data de início dos sinais e/ou sintomas do caso confirmado (BRASIL, 2020).

O rastreamento de contatos deve ser utilizado para todos os casos confirmados. É desejável que essa estratégia também seja feita para os casos suspeitos, conforme a capacidade local, priorizando-se os aglomerados de casos de COVID-19 em lugares bem delimitados (instituições fechadas, locais de trabalho em ambientes fechados ou confinados, casas de repouso, penitenciárias dentre outros). Já em lugares que há poucos ou os casos são esporádicos, é fortemente recomendada a realização do rastreamento e o monitoramento de contatos para todos os casos de COVID-19.

5.8 Critérios para investigação dos casos de reinfecção

Estudos recentes apontaram a possibilidade de ocorrência de casos de reinfecção pelo SARS-CoV2 (TILLET et al.,2020; LEE et al., 2020). O Rio Grande do Norte registrou um dos primeiros casos comprovados de reinfecção do Brasil. Desse modo, é importante a realização da investigação de casos suspeitos de reinfecção para compreender a dinâmica das linhagens virais circulantes. O estado tem o protocolo de investigação estabelecido pela Nota Técnica nº 25/2020 - SUVIGE/CPS/SECRETARIO (RIO GRANDE DO NORTE, 2020).

Segundo a Nota Técnica Nº 23/2020/SESAP - SUVIGE/SESAP sobre os casos passíveis de reinfecção, descreve que em até 90 dias após a infecção viral é possível que sejam detectados fragmentos virais nas cavidades de nasofaringe e orofaringe, levando a detecção de COVID-19 quando realizado novo teste de RT-PCR. Ressaltamos que até o presente momento não foram notificados pacientes com RT-PCR positivo para COVID-19 que tenha manifestado sintomas novamente e positivado em novo RT-PCR com intervalo superior a 90 dias

Assim, são considerados sujeitos de investigação para reinfecção todos os casos de pacientes que apresentem sintomas de síndrome gripal ou síndrome respiratória aguda grave após 60 dias do primeiro episódio de sinais e sintomas, e que tiveram diagnóstico confirmado para COVID-19 através de resultado de RT-PCR positivo.

Todos os casos de pacientes que se enquadrem no critério devem ser notificados regularmente de acordo com as recomendações dispostas no item 3.4, porém deverá ser preenchida notificação específica via FORMSUS:

(http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=60102)

para a investigação de reinfecção.

A ficha de notificação do E-SUS VE ou SIVEP-Gripe deverá ser encaminhada ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Norte (CIEVS-RN) por e-mail, acompanhada pela ficha devidamente preenchida do FORM SUS. Além disso, o CIEVS-RN deverá ser acionado via telefone pelo profissional de saúde que procedeu com a notificação.

5.9 Critérios para investigação dos casos de Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIMP)

No final de abril, a Sociedade de Pediatria do Reino Unido emitiu um alerta aos pediatras relatando a identificação de uma nova apresentação clínica em crianças, possivelmente associada com a COVID-19, caracterizada por uma Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) com manifestações clínicas similares às observadas em crianças e adolescentes com síndrome de Kawasaki atípica, Kawasaki incompleta e/ou síndrome do choque tóxico.

O Ministério da Saúde, reconheceu a necessidade deste alerta à comunidade pediátrica, reforçando a importância da necessidade de identificar e monitorar sistematicamente a ocorrência de casos da SIM-P temporalmente associada à COVID-19 no País, mediante contexto pandêmico vivenciado, no intuito de caracterizar o perfil epidemiológico dos casos para adoção de medidas que se façam necessárias, por meio da publicação da Nota Técnica Nº 16, definindo critérios para notificação e investigação de casos suspeitos para a Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P).

- Caso que foi hospitalizado ou óbito: com presença de febre elevada (considerar o mínimo de 38°C) e persistente (≥3dias) em crianças e adolescentes (entre 0 e 19 anos de idade);
 - Pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas: - Conjuntivite não purulenta ou erupção cutânea bilateral ou sinais de inflamação mucocutânea (oral, mãos ou pés), - Hipotensão arterial ou choque, - Manifestação de disfunções miocárdica, pericardite, valvulite, ou anormalidades coronárias (incluindo achados do ecocardiograma ou elevação de troponina / NT-proBNP);
-

- Marcadores de inflamação elevados, como VHS, PCR, ou procalcitonina, entre outros;
- Afastadas quaisquer outras causas de origem infecciosa óbvia de inflamação, incluindo sepse bacteriana, síndromes de choque estafilocócica ou streptocócica;
- Evidência de COVID-19 (Biologia Molecular, teste antigênico ou sorológicos positivos) ou história de contato com casos de COVID-19.

Todos os casos de pacientes que se enquadrem no critério devem ser notificados. A notificação da SIM-P temporalmente associada à COVID-19 deverá ser realizada preferencialmente, pelo serviço de saúde responsável pelo atendimento do caso, por meio do preenchimento da notificação individual diretamente no formulário online: <https://is.gd/simpcovid>. Além disso, faz necessário terem as amostras para investigação cadastradas no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) e enviadas ao Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN/RN) seguindo o fluxo estabelecido pela Nota Técnica Nº 01/2020 - AGUDAS/SUVIGE/CPS/SECRETARIO (RIO GRANDE DO NORTE, 2020). Como também, o CIEVS-RN deverá ser acionado via telefone pelo profissional de saúde que procedeu com a notificação.

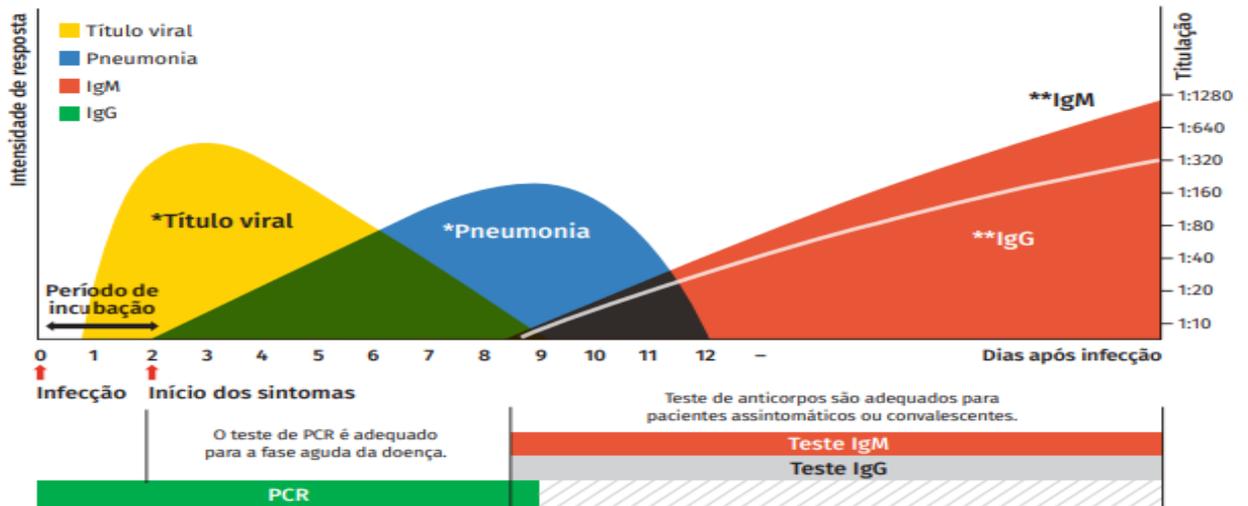
6. VIGILÂNCIA LABORATORIAL – POLÍTICA DE TESTAGEM

O diagnóstico laboratorial, desde o início da pandemia da doença causada pelo SARS-CoV-2, se destacou como uma importante ferramenta para confirmar os casos e, principalmente, para orientar estratégias de atenção à saúde, isolamento e biossegurança para profissionais de saúde.

O diagnóstico laboratorial e o conhecimento da circulação do vírus SARS-CoV-2 são fundamentais para o desenvolvimento das atividades da vigilância.

Abaixo, segue figura que apresenta o resumo das etapas para realização do RT-PCR em tempo real e recomendações técnicas.

Figura-2 Tipos de teste laboratoriais para vírus respiratório



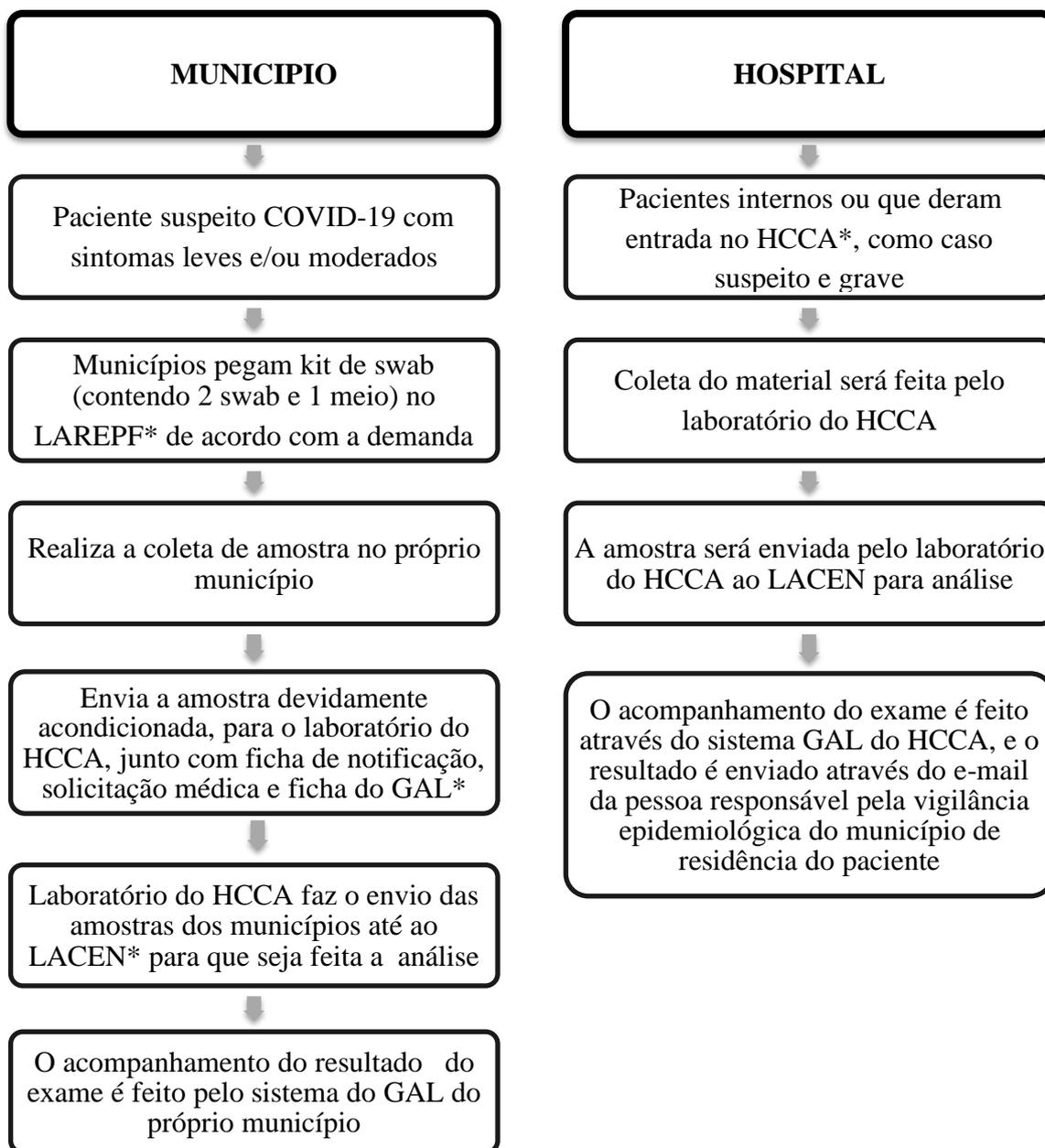
Fonte: BRASIL, 2020a

6.1 Teste Molecular - RT-PCR em Tempo Real (RT-QPCR)

A RT-QPCR (reação em cadeia da polimerase em tempo real precedida de transcrição reversa – RT-qPCR) é uma técnica molecular utilizada para a detecção do novo coronavírus (SARS-CoV-2), em amostras do trato respiratório considerada o padrão-ouro para diagnóstico em pacientes sintomáticos na fase aguda (entre o 3º e 7º dia da doença, preferencialmente) (BRASIL, 2020)

As amostras deverão ser encaminhadas para o LACEN/RN ou IMT/UFRN junto com **a ficha de solicitação médica, a ficha do SIVEP-Gripe (ficha do SRAG), ficha do GAL (Gerenciador de Ambiente Laboratorial)**, devidamente preenchidas.

Figura 3- Fluxograma de Coleta de Material para Teste Molecular - RT-PCR em Tempo Real (RT-QPCR)



*HCCA – Hospital Regional Dr. Cleodon Carlos de Andrade

*LAREPF – Laboratório Regional de Pau dos Ferros

*GAL – Gerenciador de Ambiente Laboratorial

*LACEN – Laboratório Central do Estado/RN

6.2 Testes imunológicos: teste rápido ou sorologia clássica para Detecção de Anticorpos Contra SARS-CoV-2

Os testes imunológicos (sorológicos) permitem conhecer o perfil sorológico da população, identificando a resposta imunológica (produção de Anticorpos IgA, IgM e/ou IgG) nos diferentes contextos para os grupos testados.

É um ensaio imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgG/IgM da síndrome respiratória aguda grave por coronavírus 2 (SARS-CoV-2), em amostras de sangue total, soro ou plasma humano. Este teste deve ser usado como uma ferramenta para auxílio no diagnóstico da COVID-19, resultados negativos não excluem a infecção por SARS-CoV-2 assim como resultados positivos não podem ser usados como evidência absoluta de SARS-CoV-2. O resultado deve ser interpretado por um médico com auxílio dos dados clínicos e outros exames laboratoriais confirmatórios.

Os pacientes serão testados seguindo alguns critérios:

- Sintomáticos, na fase convalescente da doença, com coleta da amostra recomendada a partir do 8º dia de início dos sintomas, por meio de coleta de sangue (gota de sangue ou soro);
- Assintomáticos, pode ser utilizado em toda população, a depender do objetivo da ação de cada município e/ou estado, sob supervisão das equipes de vigilância epidemiológica local, como por exemplo, na realização de inquéritos sorológicos para avaliar produção de anticorpos.

Os testes rápidos disponibilizados neste primeiro momento são os denominados ONE STEP COVID-2019 TEST® anticorpos IgM/IgG contra SARS-CoV-2, a empresa fabricante do teste no Brasil é a Celer Biotecnologia S/A . Esse teste foi analisado pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), da Fiocruz, e obteve parecer satisfatório.

A Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Norte, visando à ampliação da política de diagnóstico e vigilância laboratorial dos casos de COVID-19, estará ampliando a testagem para a população em geral, visando, a detecção de anticorpos contra o novo Coronavírus (SARSCoV-2).

6.3 Metodologia Utilizada

A metodologia utilizada é o imunoensaio por quimioluminescência in vitro para a determinação qualitativa de anticorpos de IgM e IgG para o novo Coronavírus, sendo a Imunoglobulina M mais associada a uma exposição recente ao vírus e a Imunoglobulina G a uma exposição mais tardia.

Os testes deverão ser realizados apenas em pacientes que não possuam previamente resultado positivo para detecção do vírus SARS-CoV-2 através da técnica RT-PCR. O resultado da sorologia indica a presença de anticorpos contra o SARSCoV-2, o que significa que houve exposição ao vírus. Ao resultado do teste é imprescindível a identificação de sinais e sintomas de Síndrome Gripal e o juízo clínico subsequente. Ressaltamos que para a testagem de pacientes com sintomas agudos, deve ser priorizada a realização dos testes de RTPCR considerado padrão-ouro para diagnóstico, conforme - Nota Técnica N° 15/2020/SESAP - SUVIGE/SESAP - CPS/SESAP.

6.4 Orientações Sobre Coleta e Envio de Amostras

Assim como os demais exames sorológicos, as recomendações para coleta, armazenamento e transporte das amostras seguem as mesmas já emitidas anteriormente pelo LACEN/RN. 5.2. O material biológico será o soro obtido após a coleta sanguínea por Nota Técnica 18 (6594296) SEI 00610041.001216/2020-99 / pg. 2 punção venosa. O cadastro, preparo, armazenamento e transporte da amostra seguirão os mesmos critérios e fluxos para outras sorologias já realizadas no LACEN e Laboratórios Regionais de Caicó, Mossoró e Pau dos Ferros.

Após a separação do soro, conservar o tubo com o soro sob refrigeração, na temperatura de +2° a +8°C, por no máximo 48 horas e enviar ao LACEN ou Laboratórios Regionais neste mesmo prazo, colocando o tubo em embalagem térmica com gelox (gelo reciclável). Caso um armazenamento mais longo seja necessário, congele as amostras a -20°C ou menos.

7. VIGILÂNCIA SAÚDE DO TRABALHADOR

Reconhecendo que os trabalhadores que atuam nos serviços de saúde apresentam um maior risco de exposição, contaminação e infecção por agentes biológicos patogênicos, incluindo o novo Coronavírus (SARS-CoV-2). Assim, é essencial a adoção de medidas de prevenção e controle durante todas as etapas de atendimentos a casos

suspeitos ou confirmados: antes da chegada do paciente ao serviço, na chegada, triagem e espera do atendimento e durante toda a assistência prestada.

Diante do atual contexto pandêmico o novo coronavírus, o CEREST/RN, vem instituindo, comunicação com as Vigilâncias Municipais e outras organizações sindicais, além do setor produtivo e MPT para obter de modo oportuno e preciso, as diretrizes dos desdobramentos de mitigação de novos casos da COVID-19 nesses ambientes.

O CEREST/RN vem revisando os protocolos e realizando vigilância sistematizada nos ambientes de trabalho diante de novas evidências ou recomendações do MS, reforçamos a importância da comunicação e notificação imediata de casos suspeitos para infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19), nesses ambientes, além, da notificação oportuna da COVID-19 relacionada ao trabalho, na FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO. Além disso, os serviços de saúde estão aptos a detecção, notificação, investigação e monitoramento de prováveis casos suspeitos para infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19) no ambiente de trabalho, conforme NOTA TÉCNICA N° 2/2020/SESAP - CEREST/SESAP - CPS/SESAP - SECRETÁRIO, a qual discorre sobre ORIENTAÇÕES TÉCNICAS PARA A INVESTIGAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DA COVID-19 RELACIONADA AO TRABALHO.

O monitoramento dos casos de COVID-19 se dará através de boletim epidemiológico de saúde do trabalhador, semanal produzido pela equipe do CEREST/RN, o qual discorre sobre os profissionais de saúde acometidos pela COVID-19 no Rio Grande do Norte. Este Centro reitera a importância da qualificação das notificações, para uma vigilância mais efetiva a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras na nossa VI Região de Saúde, o déficit de preenchimento do campo ocupação, nos impede de ter um diagnóstico ampliado de quais as categorias laborais que mais estão expostas ao adoecimento, além dos profissionais de saúde.

As orientações acerca das medidas a serem cumpridas visando à prevenção, controle e mitigação dos riscos de transmissão da COVID-19 nos ambientes de trabalho, estão contidas na NOTA TÉCNICA N° 8/2020/SESAP - CEREST/SESAP - CPS/SESAP - SECRETARIO, a qual refere medidas de vigilância, monitoramento com vistas à detecção precoce e afastamento imediato de trabalhadores e trabalhadoras com suspeita de COVID-19, além de recomendações ao ambiente de trabalho.

A orientação para que toda a equipe de vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador) seja envolvida em caso de surto de Covid19

ou descontrole do contágio nos ambientes de trabalho, assim como para a necessidade de suspensão temporária das atividades da empresa e o imediato afastamento de todos os trabalhadores nesses casos. As empresas devem, implantar rotina de testagem molecular RT-PCR associada à testagem sorológica (IgG/IgM), conforme avaliação médica, em trabalhadores que mantiverem rotina de trabalho presencial e desempenhem atividades em ambientes compartilhados, com vistas à adoção de estratégias de monitoramento, controle da cadeia de transmissão e redução de impacto, observados os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde. É exigido às empresas a emissão da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT), para fins estatísticos e epidemiológico, de acordo com o art. 336 do Decreto Federal nº 3.048/99, sempre que houver confirmação ou suspeito de infecção pela COVID-19, e a notificação ao SINAN, assinalando o campo ocupação nos sistemas de informação.

8. REDE ASSISTENCIAL

O fluxo da Rede de Assistência na VI Região de Saúde, segue as diretrizes estabelecidas pelo estado do Rio Grande do Norte. Os casos confirmados ou suspeitos para o COVID-19 que não necessitem de hospitalização deverão ser acompanhados pela Atenção Básica do município correspondente e pelos Centros de Atendimento COVID-19; isolados em domicílio por um período de 14 dias (diante da avaliação de presença ou ausência de sintomas).

Quadro 1. Critérios para descontinuar precauções e isolamento em pacientes com COVID19 confirmada.

Situação Clínica	Recomendações
Pacientes assintomáticos não gravemente imunossuprimidos..	10 dias após a data do primeiro teste RTPCR em tempo real positivo
Pacientes assintomáticos e gravemente imunossuprimidos	pelo menos 20 dias desde o primeiro teste RT-PCR em tempo real positivo.
Pacientes com quadro leve a moderado, não gravemente imunossuprimidos	pelo menos 10 dias desde o início dos sintomas E pelo menos 24 horas sem febre

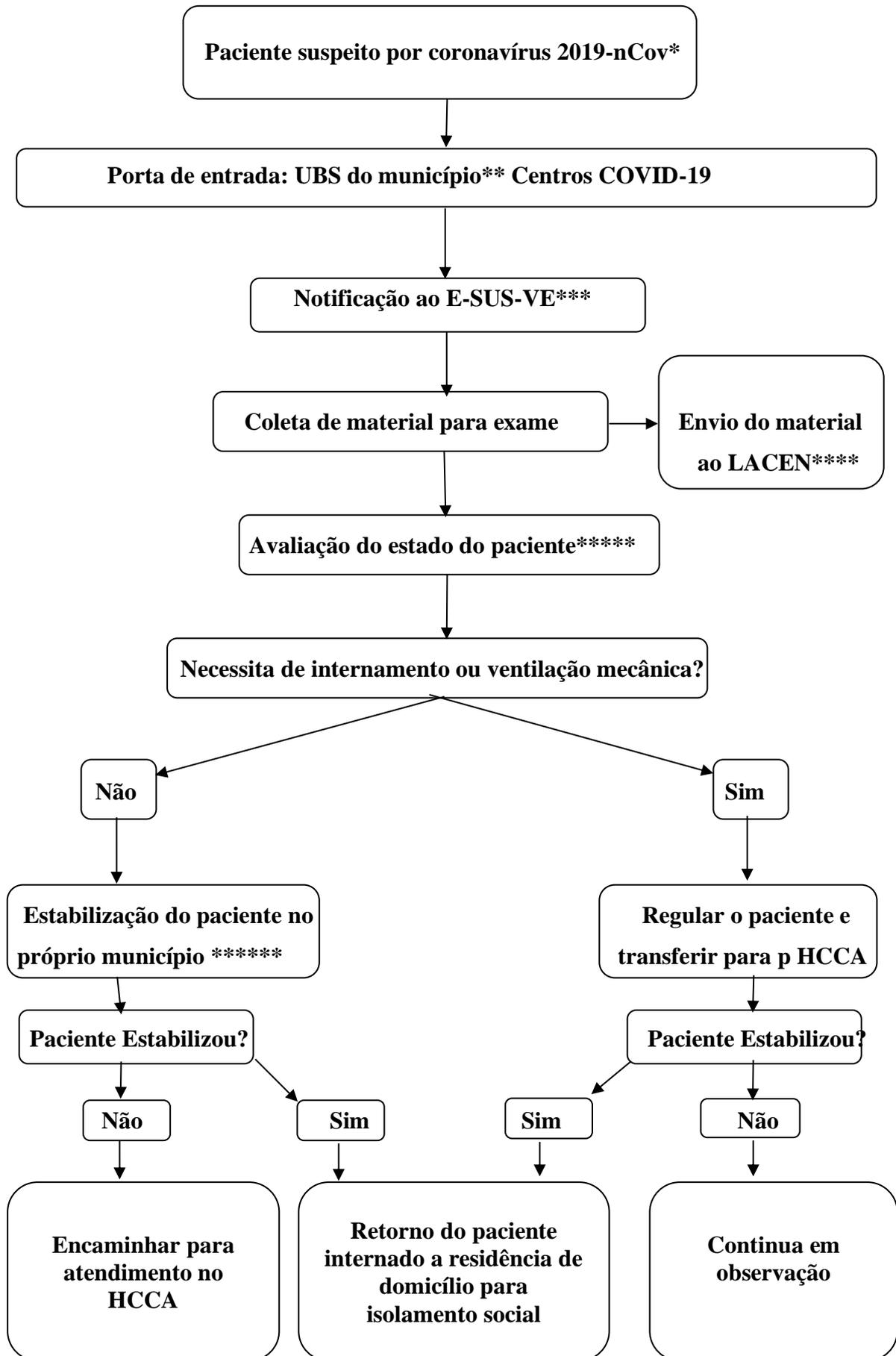
	(sem uso de antitérmicos) E melhora dos sintomas
Pacientes com quadro grave/crítico OU gravemente imunossuprimidos	pelo menos 20 dias desde o início dos sintomas E pelo menos 24 horas sem febre (sem uso de antitérmicos) E melhora dos sintomas

Fonte: BRASIL, 2020.

Em casos que apresentem complicações ou sinais de gravidade, os pacientes deverão ser encaminhados pelos municípios ao hospital de referência – Hospital Regional Dr. Cleodon Carlos de Andrade (HCCA), através de serviço de transporte sanitário próprio, ou ainda, o paciente poderá ser transportado até o hospital de referência via SAMU 192 RN, caso o município não disponha de transporte sanitário adequado ou necessite de transferência para outras unidades de referência estaduais, que disponham de especialidades e serviços não disponíveis no hospital regional. Vale ressaltar que especificamente para os casos agravados pelo COVID-19, o SAMU 192 RN atenderá até os casos de pacientes dos municípios que não possuem pactuação para o transporte.

Os casos graves, em que necessite de hospitalização, deverão ser previamente regulados diretamente com o médico do setor que atende pacientes com COVID-19 no HCCA, através do telefone (84)3351-9860. O fluxo de organização da rede assistencial encontra-se descrito na Figura 4.

Figura 4. Fluxograma de Atendimento para caso suspeito de COVID-19 na VI Região de saúde



***Paciente suspeito** é aquele que apresenta qualquer sintoma de síndrome gripal, como: Febre $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ (aferida ou referida), tosse, dor de garganta, dificuldade respiratória

** **A porta de entrada da UBS** que receberá esse paciente, irá realizar um acolhimento diferenciado e exclusivo para os casos de COVID 19

*** **A notificação ao CIEVS** será feita através do preenchimento do formulário de notificação disponível no E-SUS VE

**** **A amostra** deverá ser coletada e, preferencialmente, acondicionada e encaminhada imediatamente ao LAREPF para que seja realizado o transporte dela até o LACEN-Natal.

*****No momento de realizar a **avaliação do estado do paciente**, atentar para as condições clínicas de risco, definidas pelo Ministério da saúde, que indicam a avaliação do caso em um Hospital de referência, ou atenção especializada, tais como: doenças cardíacas descompensadas, doença cardíaca congênita, insuficiência cardíaca mal controlada, doença cardíaca isquêmica descompensada, doenças respiratórias descompensadas, DPOC e asma mal controlados, doenças pulmonares intersticiais com complicações, fibrose cística com infecções recorrentes, displasia broncopulmonar com complicações, crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade, doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5), pacientes em diálise, transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea, imunossupressão por doenças e/ou medicamentos (em vigência de quimioterapia/radioterapia, entre outros medicamentos), portadores de doenças cromossômicas e com estados de fragilidade imunológica (ex.: Síndrome de Down), diabetes (conforme juízo clínico), gestante de alto risco, doença hepática em estágio avançado e obesidade ($\text{IMC} \geq 40$)

***** **A estabilização do paciente** deverá acontecer em área de observação exclusiva para paciente COVID-19

Para maiores informações em relação ao fluxo de atendimento na Atenção Básica, poderá ser consultado o Fluxograma de Manejo Clínico na Atenção primária em

transmissão comunitária, presente na página 9 do “Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Básica”.

8.1. Regulação Para Acesso a Leitos Covid-19

A Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte, através do Complexo Estadual de Regulação (CER) estabelece o Protocolo de Regulação dos Leitos COVID utilizando o Sistema Regula RN - UFRN/LAIS como ferramenta de gerenciamento dos leitos conforme o Plano de Contingência/RN.

Atualmente em atividade no estado, temos a Central Metropolitana de Regulação - CMR, em cogestão com Secretaria Municipal de Natal, com abrangência nas I, III, IV, V e VII Regiões de Saúde e a Central de Regulação do Oeste, sob gestão do município de Mossoró, com abrangência da II, VI, e VIII Regiões de Saúde, e essas possuem os meios para otimizar a utilização dos leitos de forma organizada, hierarquizada, criteriosa e transparente.

A admissão e a alta hospitalar em “leitos COVID” são de atribuição e competência do médico responsável pela assistência do paciente, levando em consideração a indicação médica. As solicitações de vagas para “leitos COVID” deverão ser justificadas e registradas no prontuário do paciente pelo médico solicitante.

8.2 Caracterização da Rede de Assistência na VI Região

Diante da expansão da pandemia, foi adotado como hospital de referência à VI Região de Saúde no Hospital Regional Cleodon Carlos de Andrade (HCCA), na região do Alto Oeste Potiguar. O referido hospital, se localiza na Rodovia BR-405, Km 3, s/n - Arizona, Pau dos Ferros – RN.

Quadro 2. Distribuição de leitos COVID-19 na VI Região de Saúde

Hospital	UTI Ativa	UTI Pediátrica Ativa	Leito Clínico Ativo	Leito Suporte Ventilatório Pulmonar Ativo	UTI Expansão	Leito Clínico Expansão
Hospital Regional Cleodon Carlos de Andrade	10	0	10	2	0	7

Vale ressaltar, aos pacientes que se enquadrem na definição de caso suspeito deverão ser atendidos, preferencialmente, em seus respectivos municípios de residência, contudo devem ser observadas as especificidades do plano de contingência municipal e regional. Nesta perspectiva, todos os serviços de saúde no Estado do Rio Grande do Norte estão sensibilizados e aptos a realizarem os atendimentos aos pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19.

Em caso de indicativo de internamento, a admissão de pacientes suspeitos ou confirmados para covid-19 se dará por meio de regulação prévia, realizada pelo município de origem do paciente através de preenchimento de solicitação de vaga na Plataforma Regula RN, conforme ilustrado no fluxograma (Figura-5).

Após liberação de vaga, o paciente deverá ser transferido acompanhado por profissional de saúde em transporte adequado segundo a gravidade do caso e ser recepcionado na porta de entrada da unidade de isolamento.

Figura 5- Fluxograma de regulação para pacientes covid-19 com necessidade de internação hospitalar no HCCA*



* Fluxograma sujeito a alterações.

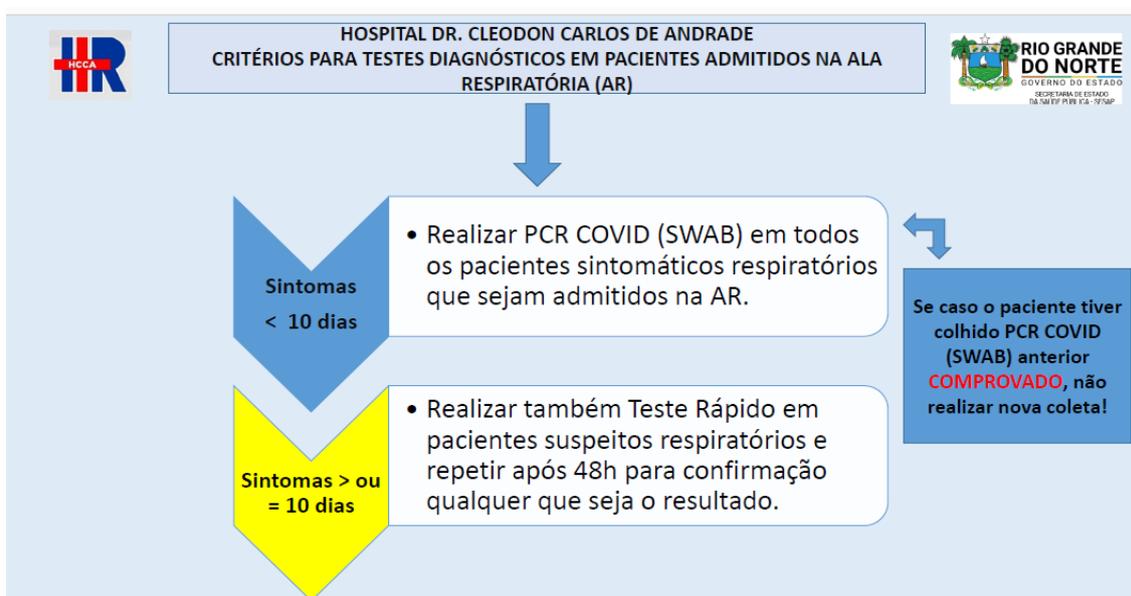
8.2.1 Assistência no Hospital Regional Dr Cleodon Carlos De Andrade

No HCCA, as medidas implantadas foram elencadas em três grandes eixos, os quais compõem a sigla PET: P (paciente), E (estrutura) e T (trabalhadores), e coexistem de maneira profundamente interligada, conectada e interdependente. Detalhamos abaixo os três eixos mencionados.

1. EIXO P- PACIENTE:

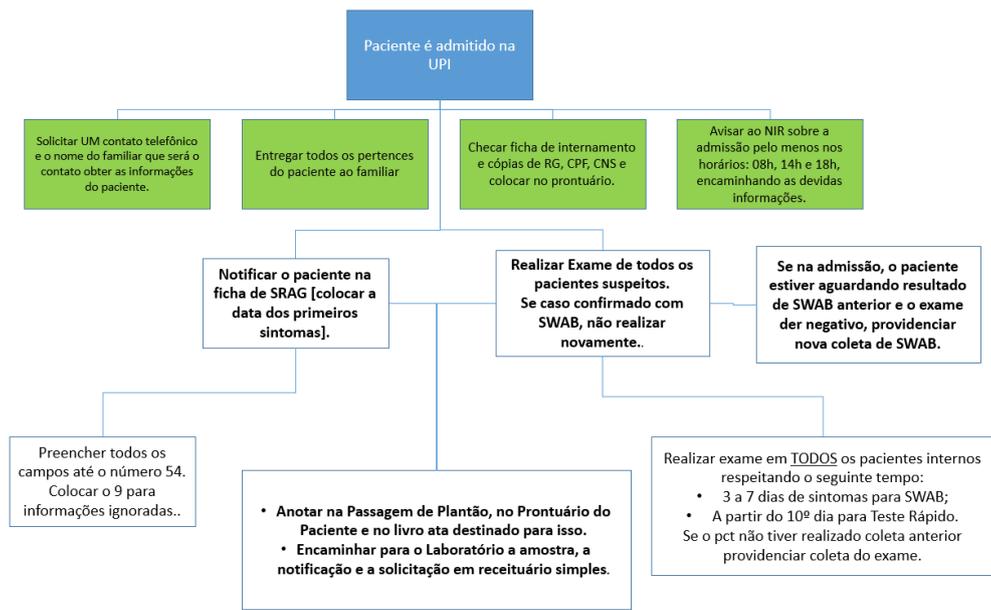
Compreende as recomendações referentes ao atendimento de casos suspeitos ou confirmados para COVID-19. Neste tocante, foram estabelecidos protocolos de tratamento clínicos, critérios de classificação de casos e admissão de pacientes na unidade de isolamento e normas e rotinas gerais quanto à assistência de pacientes na unidade de isolamento.

Figura 6. Critérios para testes diagnósticos de pacientes admitidos na UPI

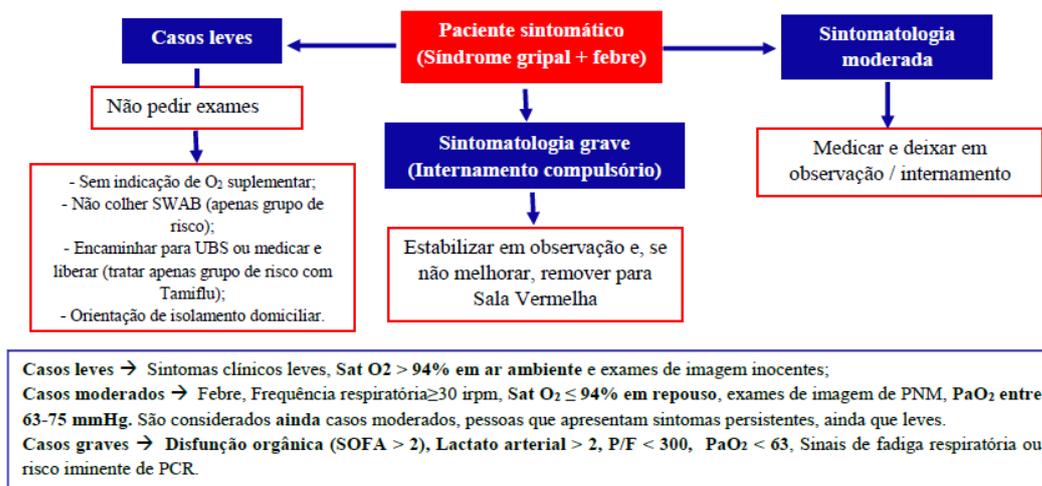


Fonte: HCCA, 2020

Figura 7- Protocolo de admissão de pacientes na UPI



PROTOCOLO URGÊNCIA ADULTO COVID-19



Fonte: HCCA, 2020

Ainda sobre a admissão de pacientes, é sabido que os casos confirmados ou suspeitos para o novo coronavírus que apresentem sintomatologia leve, deverão ser monitorados pela Atenção Básica correspondente e isolados em domicílio por um período de 14 dias.

2. EIXO T- TRABALHADORES

Compreende as medidas protetivas dos trabalhadores adotadas pelo HCCA. Considerando-se que os profissionais de saúde estão diretamente expostos à disseminação do vírus, preocupando-se com a minimização do risco de exposição ocupacional,

elaboraram-se estratégias de disposição dos materiais no setor, emprego de equipamentos de proteção individual e coletivo, reordenamento dos fluxos de circulação e medidas de higienização e distanciamento social.

3. EIXO E- ESTRUTURA

Desde o advento da pandemia, o HRCCA vem adaptando sua estrutura para atendimento às demandas advindas desta, conforme recomendações da ANVISA (ANVISA, 2020).

Em um primeiro momento, realizou-se abertura de unidade de isolamento voltada para o atendimento de pacientes respiratórios potenciais suspeitos ou confirmados para covid-19, em espaço isolado, o qual contava com 06 (seis) leitos de terapia intensiva e 02 (duas) enfermarias. Para tanto, foi adaptada a estrutura onde anteriormente funcionava a pediatria e o alojamento conjunto do hospital, de maneira que os dois foram remanejados para outras partições hospitalares, a fim de ceder espaço para a ocupação do novo setor.

Na segunda fase de ampliação, o HCCA estendeu seus leitos COVID para a dependência da localização do então alojamento conjunto, totalizando 10 (dez) leitos de terapia intensiva e 06 (seis) leitos de enfermaria para pacientes suspeitos ou confirmados para o covid-19.

8.2.2 Assistência às Gestantes

Nesta perspectiva, ante a necessidade de abranger mais espaços no hospital, desmembrou-se os serviços de obstetrícia para a Maternidade Santa Luíza de Marilac, mediante parceria entre o HCCA, o Ministério Público e a própria maternidade. Desta forma, estabeleceu-se novo fluxo de atendimento para gestantes, priorizando-se a segurança deste público e determinou-se uma nova referência para obstetrícia.

Segue-se o fluxo de atendimento:

- Gestantes sem suspeita para COVID-19 que não estão em trabalho de parto: serão atendidas na Maternidade Santa Luíza de Marilac, no município de Pau dos Ferros;
 - Gestantes suspeitas e/ou confirmadas para COVID-19 (de risco habitual) apresentando sintomas leves: serão atendidas na Maternidade Santa Luíza de Marilac;
-

- Gestantes em trabalho de parto pleno, suspeitas ou não para COVID-19: serão atendidas na Maternidade Santa Luíza de Marilac;
- O setor de obstetrícia será transferido para a Maternidade Santa Luiza de Marilac e o Hospital Nelson Maia se encarregará do atendimento de pediatria com suspeita e/ou confirmação de COVID-19;
- Gestantes suspeitas e/ou confirmadas para COVID-19 sem trabalho de parto, apresentando sinais de gravidade: deverá ser realizada previamente solicitação de leito COVID na Plataforma Regula RN e, em caso de agravamento, será encaminhada para o Hospital Almeida Castro em Mossoró- RN;

OBS: Grávida com caso COVID suspeito ou confirmado, que não esteja em trabalho de parto e necessite de hospitalização, será atendida na Maternidade Santa Luiza de Marilac e, se necessário, transferida para o Hospital Almeida Castro- Mossoró.

8.2.3 Assistência nos Municípios da VI Região De Saúde

A seguir, segue a estimativa da quantidade de leitos presentes nos hospitais de pequeno porte ou unidades básicas dos municípios da VI Região de Saúde, que poderão ser usados como ambiente para acolhimento e estabilização do paciente suspeito e/ou confirmado de COVID-19. No entanto, há de se destacar que houve mudança de gestores municipais, conseqüentemente, mudanças no cenário de assistência aos casos de COVID-19.

Tabela 3. Distribuição de leitos clínicos para COVID-19 na VI Região de Saúde

Município	População do município	Serviços de saúde	Número de leitos	Leitos de internamento	Leitos para COVID – 19*
Água Nova	3230	Atenção Básica	-	-	-
Alexandria	13602	Hospital Maternidade Guiomar Fernandes	56	56	2
			53	53	2

		Hospital Maternidade Joaquina Queiroz			
Almino Afonso	4761	Hospital Abel Belarmino de Amorim	50	46	4
Antônio Martins	7137	Hospital Maternidade Justino Ferreira	17	17	0
Cel. João Pessoa	4908	Unidade Mista	09	09	02
Dr. Severiano	7080	Unidade mista José Desílio Fernandes	12	12	03 Com um dos leitos equipado com VMI
Encanto	5608	Hospital Municipal	12	10	02
Francisco Dantas	2836	UBS	03	03	0
Frutuoso Gomes	4095	Hospital Maternidade Severina Carlos de Andrade	11 (Internament os e Observação)	07	0
Itaú	5858	02 UBS 01 Hospital Municipal	18	18	0
João Dias	2.655	Unidade Mista de saúde.	05	05	01
José Da Penha	5957	Hospital Municipal	4	4	1
Lucrécia	3 966	Unidade Mista de Saúde	06	04	02
Luis Gomes	10086	Atenção Básica	-	-	-
Major Sales	3978	HOSP. MAT. MÃE TETÊ	12	12	02
Marcelino Vieira	8358	UBS Dona Laura	13	0	0
Martins	8692	Unidade Mista	30	30	01
Olho D'Água Do Borges	4.272	4 UBS 1 Unidade Mista	09	09	0
Paraná	4232	Atenção Básica	09	09	0
Patu	12701	Hospital	20	20	1
Pau Dos Ferros	30183	HCCA	118	92	26
Pilões	3806	Atenção Básica e Hospitalar	12	09	0
Portalegre	7827	Hospital Maternidade Dr.	31	31	01

		Antônio Martins (APAMI)			
Rafael Fernandes	5067	Atenção Básica	0	0	0
Rafael Godeiro	3194	02 UBS 01 Hospital 24hs	08	08	01
Riacho Da Cruz	3543	Hospital Vicente do Rêgo Filho	21	21	06
Riacho De Santana	4209	Atenção Básica	0	0	0
Rodolfo Fernandes	4.472	Hospital Mamãe Socorro	05	05	0
São Fco do Oeste	4200	Atenção Básica	-	-	-
São Miguel	23380	Hospital Municipal Aurea Maia Figueiredo	16	09	07
Serrinha Dos Pintos	4784	04 (03 UBS e 01 Unidade Mista de Saúde)	11	11	0
Severiano Melo	2799	Hospital Maternidade Bevenuto Holanda Neto	16	16	0
Taboleiro Grande	2545	Hospital Maternidade Raimunda Bessa	10	08	02
Tenente Ananias	10715	Hospital	20	20	3
Umarizal	10591	05 UBS 01 Unidade de Pronto Atendimento	36	0 Temos Leito de Observação	0
Venha Ver	4149	Atenção Básica	-	-	-
Viçosa	1.712	Atenção Básica	13	13	0

*Dados sujeitos a alterações

9. ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

As equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), seja Estratégia de Saúde da Família (ESF) e/ou seja da Atenção Primária (EAP), devem estar estruturadas para atuar em suas Unidades Básicas de Saúde (UBS), para ofertar uma assistência efetiva. Dessa forma, deve-se acessar e qualificar as informações para melhor orientar a comunidade

sobre os riscos de transmissão e as formas de evitá-la, bem como coordenar o cuidado e o acesso aos serviços de referência, de acordo com os protocolos técnicos e clínicos pré-definidos para a organização do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

As equipes de Atenção Primária à Saúde terão como responsabilidades:

- Participar da elaboração dos planos municipais e do planejamento das ações de enfrentamento à pandemia da COVID-19, no âmbito municipal, na detecção precoce de casos suspeitos, a fim de interromper a cadeia de transmissão do coronavírus no menor tempo possível e proporcionar uma resposta oportuna;
 - Implantar/implementar os protocolos instituídos pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (SAPS/MS) e pela SESAP, que devem ser acessados através da Página do Ministério da Saúde, bem como na página da Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP/RN), e obter também as atualizações sobre a epidemia/pandemia nas páginas já citadas;
 - Promover ações intersetoriais, por meio de parcerias com organizações públicas, privadas, movimentos sociais, igrejas, ONG e outras existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados;
 - Avaliar e adaptar as estruturas das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e processos de trabalho das equipes, quanto ao risco de transmissão do coronavírus e necessidade de isolamento dos casos suspeitos (sintomáticos-respiratórios), realizando a busca ativa dos contatos, a fim de orientar e adotar medidas de higiene, prevenção e isolamento;
 - Realizar monitoramento dos casos suspeitos e confirmados em isolamento domiciliar para identificação de sinais de agravamento, como baixa saturação de O₂, em tempo oportuno e encaminhamento para outros níveis de atenção;
 - Estabelecer, se possível, uma Sala de Priorização, local na UBS reservado aos usuários com sintomas respiratórios enquanto aguardam o atendimento, e um consultório para servir exclusivamente para o atendimento de pessoas com sintomas respiratórios;
 - Orientar a população sobre a necessidade de só acessar a UBS em casos que não possam ser adiados, o que poderá ser feito por meio das mídias sociais (instagram, facebook, whatsapp) e outros serviços de comunicação como rádios locais e/ou comunitárias. A população deve ser orientada a ficar em isolamento voluntário e
-

adotar medidas de higiene, entre as quais, a lavagem de mãos e uso de álcool em gel para situações em que não haja acesso à água e sabão;

- Garantir os Avanços da Política de Saúde da Criança, Saúde da Mulher e Aleitamento Materno nas orientações às boas práticas na assistência ao parto ao nascimento e que o incentivo ao aleitamento materno, seja mantido nesse cenário;
 - Estimular a realização das consultas de pré-natal, otimizando o tempo e organizando agendamento de forma que as gestantes permaneçam o mínimo de tempo necessário na Unidade Básica de Saúde (UBS), evitando assim aglomerações em sala de espera;
 - Observar as orientações repassadas às Equipes de Saúde através das Notas Técnicas do Ministério da Saúde e SESAP/RN, para o cuidado vigilante às gestantes, parturientes, puérperas, lactantes e recém-nascidos, considerando a necessidade de uma melhoria na qualidade da assistência prestada à mulher no seu ciclo gravídico-puerperal e ao recém-nascido diante da pandemia da COVID 19;
 - Acolhimento e organização do cuidado à criança, garantindo a manutenção e permanência das consultas de seguimento por agendamento da consulta, visita domiciliar ou demanda espontânea, realizando de forma agrupada os procedimentos essenciais, acompanhamento da puericultura, Ações do 5º dia, vacinação, triagem Neo / teste do pezinho; com segurança tanto para o profissional de saúde como para o binômio;
 - Manter o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A nas crianças de 6 a 59 meses, tendo em vista que esse micronutriente é fundamental para evitar o agravamento de doenças infecciosas, pois ajuda a fortalecer a imunidade e melhorar o crescimento e desenvolvimento da criança;
 - Estimular os recursos para o acompanhamento remoto (Mensagem, telefone e videochamada) para orientar e apoiar a mãe para os sinais de alerta de adoecimento, a importância na vigilância do crescimento e desenvolvimento e orientações à família;
 - Manter a busca ativa das gestantes para o devido acompanhamento e cadastro no Programa Bolsa Família, a fim de garantir o Benefício Variável à gestante;
 - Potencializar ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) para a população (por meio de mídias sociais, atendimento remoto, rádios comunitárias, grupos de Whatsapp, etc), sobretudo para os grupos de pacientes
-

com doenças crônicas (diabetes, hipertensão, pacientes acompanhados pela Linha de Cuidado do Paciente com Sobrepeso e Obesidade), a fim de estimular uma alimentação com mais alimentos naturais, que ajudam a melhorar o sistema imunológico e a manter a saúde como um todo e previne agravos nutricionais, conforme Nota Técnica Nº 18/2020/SESAP - SUAS/SESAP - CPS/SESAP - SECRETARIO, que trata sobre a PAAS no contexto da pandemia;

- Dispor de um espaço de acolhimento na UBS reservado para pessoas idosas, de modo que todos os procedimentos sejam realizados com o máximo de precaução. Importante considerar que as pessoas idosas não apresentam todos os sintomas clássicos comuns em casos de infecções respiratórias, como febre, por exemplo;
 - Realizar visitas às pessoas com deficiência/outras condições, idosos, puérperas, em tratamento para doenças crônicas como câncer, entre outros, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pelo menos duas vezes por semana, de acordo com o mapeamento do território, para o monitoramento de sua condição de saúde, adotando as medidas de higiene recomendadas (uso de álcool em gel, luvas e máscaras);
 - Fazer o registro e agendar visitas da equipe de ESF para os casos em que forem identificadas pessoas com sintomas respiratórios que se encaixem nos critérios de notificação para a COVID-19, entre outras situações urgentes, para as orientações e encaminhamentos;
 - Participar intensamente da organização e realização de campanhas de vacinas, capacitando profissionais e mantendo-os informados quanto à doença, dose da vacina, esquema vacinal, contraindicações, entre outros aspectos;
 - Realizar imunização no domicílio para pessoas idosas com mobilidade reduzida, pessoas imunocomprometidas, com doenças crônicas agudizadas, com necessidades especiais e outras situações que forem identificadas pela equipe;
 - Identificar os locais em que haja maior risco para a população de suas áreas de abrangência, como escolas, creches, orfanatos, Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), Unidades Socioeducativas de Internação, Unidades Prisionais, entre outros;
 - Realizar ações efetivas voltadas para as pessoas idosas institucionalizadas, potencializando as orientações de isolamento social, medidas de higiene e proteção, qualificando os profissionais das ILPI para o monitoramento dos
-

sintomas respiratórios sugestivos de COVID-19 e necessidade de encaminhamento urgente aos serviços de referência;

- Apoiar os profissionais das Unidades Socioeducativas (com adolescentes em regime de internação) para a adoção de medidas de higiene, criação de condições de isolamento dos sintomáticos respiratórios (cumprimento da quarentena) e orientações para o encaminhamento dos casos mais complicados para os serviços de referência;
 - Identificar, acompanhar e articular ações de proteção e cuidado, em parceria com a Assistência Social e, outros segmentos da sociedade civil, voltadas para populações específicas e/ou tradicionais como: População em situação de Rua, Ciganos, trabalhadores rurais sem terra, quilombolas, índios, povos de matrizes africanas, população do campo, outras;
 - Manter as salas de vacina, curativos e nebulização abertas e organizar o atendimento, de modo que não haja aglomeração na UBS. Não se pode permitir que outros problemas de saúde ocorram por ausência de acesso da população às UBS.
 - Suspender todas as atividades em grupos (gestantes, hipertensos e diabéticos, tabagismo, outros);
 - Encaminhar as pessoas com sintomas respiratórios suspeitas de infecção por coronavírus para o serviço de referência, de acordo com o Plano de Contingência do Município/Região;
 - Assegurar o transporte adequado e seguro dos casos suspeitos sem complicações para unidades de pronto atendimento para diagnóstico e seguimento;
 - Assegurar o transporte adequado e seguro dos casos suspeitos, nas formas graves, para hospitais de referência, após avaliação médica, evitando complicações e óbitos;
 - Monitorar os casos de usuários regulados que apresentaram complicações clínicas, que estão nas UPAS e/ou internados nos Hospitais de Referência;
 - Registrar no sistema de informação (e-SUS AB), ressaltando sinais e sintomas suspeitos e, nos casos confirmados, referir CID 10 – Infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19): B34.2 – Infecção pelo novo coronavírus de localização não especificada;
-

- Realizar busca ativa da população mais vulnerável, assim como os casos suspeitos do COVID-19. Notificar e informar, imediatamente, os casos suspeitos à Vigilância Epidemiológica para as devidas providências;
 - Realizar busca ativa de todas as pessoas que tiveram ou têm contato com pessoas suspeitas ou confirmadas de COVID-19 e, juntamente com a equipe da vigilância, notificar os sintomáticos respiratórios e realizar ações de cuidado para o encaminhamento pela rede;
 - Investigar e encerrar os casos notificados, seguindo os critérios e protocolos estabelecidos pela SESAP/Ministério da Saúde;
 - Monitorar, acompanhar e assistir os usuários recuperados de COVID-19 que se encontram no território e retornando de outros níveis de atenção a fim de cuidar de eventuais sequelas da covid-19;
 - Compartilhar com as equipes dados epidemiológicos sobre a circulação de COVID-19 e outros vírus respiratórios. As informações estão atualizadas e disponíveis no site do Ministério da Saúde, por meio do link saude.gov.br/listacorona <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/listacorona>
 - As ações e protocolos para uso na Atenção Primária à Saúde estão constantes no CADERNO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO RN 1, disponibilizado em <http://www.adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC00000000236912.PDF>
 - Dúvidas sobre manejo clínico em APS serão esclarecidas por meio do Canal de Telessaúde: 0800 644 6543 e pelo site do Ministério da Saúde, por meio do link coronavirus.saude.gov.br .<https://coronavirus.saude.gov.br/>;
 - Quanto ao atendimento odontológico, as ESB - Equipes de Saúde Bucal devem manter apenas os atendimentos de urgências nas unidades de saúde. Dito isso, visto que as demandas por atendimentos dentro do consultório odontológico irão diminuir e reforçando o papel da ESB como responsáveis pelo cuidado em saúde no território junto a EAP. Segundo nota do Ministério da Saúde, os profissionais de odontologia de nível técnico (Auxiliar de Saúde Bucal e Técnico de Saúde Bucal) deverão auxiliar no atendimento através do FAST-TRACK COVID-19 na fase inicial de identificação de pacientes sintomáticos, e os profissionais de nível superior (Cirurgiões Dentistas) deverão auxiliar no atendimento através do FASTTRACK COVID-19 na fase de avaliação de sintomas e notificação (se
-

necessário), colaborando com os profissionais de enfermagem de nível superior, ambos tomando os devidos cuidados de proteção e isolamento;

- Quando houver atendimento odontológico, este deverá ocorrer individualmente, evitando-se o compartilhamento de espaços devido à transmissão de microrganismos, principalmente quando há uso de equipamentos que produzam aerossóis. Atentar para atendimentos com maiores intervalos entre as consultas, proporcionando maior tempo para realizar adequada descontaminação dos ambientes, além da utilização de todo o EPI necessário (Máscara N95/Cirúrgica, gorro, protetor facial, luvas, avental cirúrgico ou descartável);
- Os Casos de urgência que não consigam ser atendidos na APS deverão ser encaminhados ao Serviço de Urgência Odontológica do município, quando houve, ou aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), estes devem atender também apenas urgências e tomar as mesmas precauções orientadas à ESB;
- Neste momento é importante que mesmo sem o atendimento eletivo, sejam feitas escalas para os atendimentos de urgência e um plano de trabalho em educação em saúde com temas selecionados a partir das necessidades do território. É necessário utilizar as redes sociais, a comunicação remota como ferramenta de orientação para conscientizar a população sobre os devidos cuidados em saúde bucal e incentivar o isolamento social. A dimensão educativa é fundamental principalmente em momentos de emergência de saúde pública, dada a necessidade de mudanças do comportamento coletivo imediato. Diante disso, é imperativo a atuação dos profissionais das ESB na propagação de informações que contribuam para a construção de consciência sanitária na população. Paralelo a isso, caso necessário, e seguindo as orientações da última nota divulgada 04 de junho pelo CFO, acompanhar através de telemonitoramento, os pacientes que estejam em tratamento ou os casos mais graves da área de abrangência da sua unidade de saúde.

10. ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS UNIDADES HOSPITALARES (PRONTO SOCORRO, CLÍNICA MÉDICA E UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA)

- Identificar precocemente pacientes suspeitos; direciona-los a ala COVID;
-

- Oferecer máscara cirúrgica aos pacientes suspeitos, desde o momento em que forem identificados na classificação de risco, até sua chegada ao local de isolamento;
- Os profissionais de saúde que estão em contato com o caso suspeito deverão utilizar EPI (preferencial máscara N95, nas exposições por um tempo mais prolongado e procedimentos que gerem aerossóis; máscara cirúrgica em exposições eventuais de baixo risco; protetor ocular ou protetor de face; luvas; capote/avental). Deverão ser utilizadas máscaras de proteção respiratória (respirador particulado) com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até 0,3 μ (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3), sempre que realizar procedimentos geradores de aerossóis como, por exemplo, intubação ou aspiração traqueal, ventilação não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, indução de escarro, coletas de amostras nasotraqueais e broncoscopias;
- Realizar adequadamente e periodicamente a higienização das mãos;
- Os insumos como sabão líquido, álcool gel e EPI deverão ser providos pela Instituição.

O caso suspeito de COVID-19 poderá ser detectado na classificação de risco do Pronto Socorro, já que o período de incubação é de até 15,2 dias e eventualmente também pode não ter sido detectado nas demais portas de entrada do sistema de saúde. Após identificado, deverá ser ofertada a máscara cirúrgica e isolado imediatamente nas melhores condições possíveis, desde o momento em que for identificado na triagem até sua chegada ao local de isolamento, que deve ocorrer o mais rápido possível.

Após a identificação, deverá ser isolado imediatamente nas melhores condições possíveis e oferecer máscara cirúrgica, desde o momento em que for identificado na triagem até sua chegada ao local de isolamento, que deve ocorrer o mais rápido possível. Caso o paciente apresente sinais de gravidade, o profissional deverá contatar o Núcleo Interno de Regulação para solicitar internação, e logo que liberado a vaga o mesmo deverá ser removido ao Hospital, utilizando medidas de precauções no transporte. Se o paciente não apresentar sinais de gravidade, deverá proceder o isolamento domiciliar até a melhora dos sintomas, com as recomendações e medidas de precaução e monitorar os contactantes, ação essa que deverá ser desencadeada pelas equipes de vigilância epidemiológica (CEVS-RN e Municípios), para isso a realização da anamnese detalhada do paciente é

imprescindível. O caso deverá ser notificado imediatamente ao Núcleo de Epidemiologia Hospitalar, assim como ao CIEVS-RN, que, por sua vez, notificará o Ministério da Saúde. As autoridades sanitárias do Município, Estado e do Ministério da Saúde realizarão a avaliação epidemiológica do evento e no caso de enquadramento como caso suspeito de novo Coronavírus (COVID-19) desencadearão as medidas previstas no fluxo, diante disso ressalta-se a importância do correto preenchimento da ficha de notificação com as informações coletadas pelos profissionais que prestaram atendimento ao paciente.

11. MEDIDAS QUE EVITAM A TRANSMISSÃO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

De acordo com a OMS, Ministério da Saúde e com o Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pelo novo Coronavírus 2019-nCoV, até o presente momento não há outras maneiras de prevenção mais efetivas do que a não exposição ao vírus. Contudo, as precauções recomendadas para o público em geral são:

- Lavagem de mãos frequente com água e sabão, com duração mínima de 20 segundos e na indisponibilidade de água e sabão, uso álcool em gel a 70%;
- Evitar tocar nos olhos, nariz e boca, com as mãos não lavadas;
- Evitar contato próximo com pessoas doentes;
- Ficar em casa quando possível, saindo somente em situações essenciais;
- Cobrir boca e nariz ao tossir ou espirrar com lenço de papel descartável, jogando-o no lixo após uso;
- Manter os ambientes bem ventilados;
- Limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência;
- Não compartilhar objetos de uso pessoal (talheres, pratos ou garrafas);
- Evitar aglomeração de pessoas.

Atualmente, recomenda-se o uso de máscaras de tecido com três camadas de (tecido- TNT-tecido) para uso da população em geral, devendo atender para o uso correto dessas máscaras, bem como para o cuidado no armazenamento e correta higienização com hipoclorito de sódio diluído em água.

12. IMUNIZAÇÃO

No Brasil, desde o início do século XIX, as vacinas são utilizadas como medida de controle de doenças. No entanto, somente a partir do ano de 1973 é que se formulou o Programa Nacional de Imunizações (PNI), com o objetivo de organizar toda a política nacional de vacinação da população brasileira e a missão de controlar, erradicar e eliminar as doenças imunopreveníveis.

O PNI oferece, no Calendário Nacional de Vacinação, todas as vacinas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), além de imunobiológicos especiais de alto custo financeiro, para grupos em situação de maior risco nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE). Com a aprovação pela Anvisa e um rígido controle de qualidade pelo Instituto Nacional de Controle da Qualidade em Saúde – INCQS, segue os padrões dos mais eficientes e confiáveis programas de vacinação do mundo.

No atual cenário de grande complexidade sanitária mundial, uma vacina eficaz e segura é reconhecida como uma das principais medidas para o controle da pandemia. De acordo com o panorama da OMS, atualizado em 10 de dezembro de 2020, existem 52 vacinas covid-19 candidatas em fase de pesquisa clínica e 162 candidatas em fase pré-clínica de pesquisa (BRASIL, 2020a). A interrupção da circulação da covid-19 no território nacional depende de uma vacina altamente eficaz sendo administrada em parcela expressiva da população (>70%). Em um momento inicial, onde não existe ampla disponibilidade da vacina no mercado mundial, o objetivo principal da vacinação é contribuir para a redução de morbidade e mortalidade pela covid19, de forma que existe a necessidade de se estabelecer grupos prioritários. Nesse cenário, os grupos de maior risco para agravamento e óbito, caso venham a se infectar, devem ser priorizados. Além disso, no contexto pandêmico que se vive, com a grande maioria da população ainda altamente susceptível à infecção pelo vírus, também é prioridade a manutenção do funcionamento e da força de trabalho dos serviços de saúde incluindo os trabalhadores da saúde entre os grupos prioritários para vacinação contra a covid-19.

Objetivo Geral

Definir as ações e estratégias para a operacionalização da vacinação contra a covid-19 na VI Regional de Saúde do Rio Grande do Norte.

Objetivos Específicos

- Apresentação das medidas adotadas pela Secretaria de Estado da Saúde Pública para estruturação da rede de frio estadual;
-

- Expor o público-alvo para vacinação contra COVID-19, a partir da análise do cenário epidemiológico;
- Otimizar os recursos existentes por meio de planejamento e programação.
- Descrever os aspectos logísticos envolvidos no armazenamento e distribuição dos imunobiológicos;
- Orientar os municípios da VI Regional de Saúde do estado do Rio grande do Norte, serviços de saúde e população, quanto à realização de campanha durante a pandemia de COVID-19;
- Vacinar os grupos prioritários, com vistas a reduzir o contágio, complicações, internações e mortalidade decorrentes das infecções pelo vírus da COVID-19.

12.1 VACINAS COVID-19

Das vacinas candidatas em estudos clínicos, 13 em ensaios clínicos fase 3 para avaliação de eficácia e segurança, a última etapa antes da aprovação pelas agências reguladoras e posterior imunização da população (BRASIL, 2020a). No atual cenário, onde busca-se o desenvolvimento de tecnologias diversas para produção de vacinas em larga escala e com eficácia comprovada contra a Covid-19, inúmeros esforços vêm sendo despendidos pela indústria e várias nações, e é possível observar que os diversos estudos em curso estão se utilizando de diferentes estratégias: de vacinas com vírus inativados à de ácido nucleico (Quadro 01).

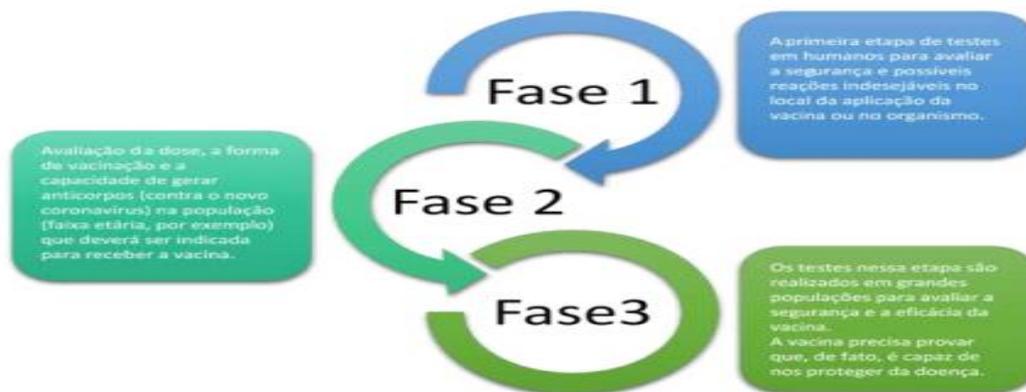
Quadro 1 - Plataformas tecnológicas utilizadas para vacinas covid-19

Tipo de Vacina	Descrição	Prós	Contra	Exemplo
Vacinas de Vírus Inativado	Versão inativada do patógeno alvo. O vírus é detectado pelas células imunes, mas não consegue causar doença.	Induz uma forte resposta imunológica.	Requer muitos vírus.	Sinovac, Sinopharm/Wuhan Institute of Biological Products e Sinopharm/Beijing Institute of Biological Products.
Viva-atenuada	Composta por uma versão viva, mas enfraquecida, do patógeno-alvo.	Mesma resposta que infecção natural.	Não recomendado para gestantes e imunocomprometidos	
Vacinas de vetor viral (replicante e não replicante)	Vírus geneticamente fabricado ou modificado para conter antígenos do patógeno-alvo. Quando o ácido nucleico é inserido nas células humanas, elas produzem cópias da proteína do vírus, que estimulam uma resposta de proteção por parte do sistema imunológico do hospedeiro.	Desenvolvimento rápido	Exposição prévia ao vetor viral pode reduzir a imunogenicidade	Oxford/AstraZeneca (adenovírus de chimpanzé); CanSino (adenovírus humano 5 - Ad5); Janssen/J&J (adenovírus humano 26 - Ad26) e Gamaleya (adenovírus humano 26 - Ad26 na primeira dose seguida de adenovírus humano 5 - Ad5 na segunda dose).
Vacinas de ácido Nucleico	As vacinas de RNA ou DNA incluem uma proteína do patógeno-alvo, que permite uma resposta imune. Quando o ácido nucleico é inserido em células humanas, o RNA ou DNA é convertido em antígenos.	Forte imunidade celular, desenvolvimento rápido.	Resposta de anticorpos relativamente baixa.	Moderna/NIH e Pfizer/BioNTec.
Vacina e partículas semelhantes ao vírus	Cápsulas virais vazias semelhantes ao patógeno-alvo, sem material genético. As cápsulas virais estimulam uma resposta de proteção por parte do sistema imunológico do hospedeiro.	Rápida e relativamente barata.	Pode ser menos imunogênica.	Medicago Inc.
Vacinas de subunidade proteica	Essas vacinas usam fragmentos do patógeno-alvo que são importantes para a imunidade.	Podem ter menos efeitos colaterais que vírus inteiro.	Pode ser um processo pouco imunogênico e complexo.	Novavax.

Fonte: BRASIL, 2020a.

Sabe-se que a produção dessas vacinas perpassa por diferentes fases de testes (Figura 1), e que há voluntários que foram recrutados no Brasil para participarem dos estudos em andamento, em diferentes partes do território nacional, incluindo o Rio Grande do Norte (Figura 2).

Figura 1 - Fases dos estudos necessários para comprovação da eficácia das vacinas.



Fonte: Adaptação - ANVISA, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/fique-por-dentro-do-mapa-das-vacinas-em-teste-no-brasil>>. Acesso em 12 de dezembro de 2020.

Figura 2 - Mapa das vacinas de acordo com país de origem e os locais em que foram testadas no território nacional.

CORONAVÍRUS • COVID - 19
MAPA DAS VACINAS EM TESTE NO BRASIL

VACINA	LABORATÓRIO	ORIGEM	TECNOLOGIA EMPREGADA	Nº DE VOLUNTÁRIOS BRASIL* E NO MUNDO (TOTAL)	FAIXA ETÁRIA	LOCOS DE TESTES NO BRASIL	TRANSFERÊNCIA DE TECNOLOGIA	FASE DOS TESTES
CHADOX1 NCOV-19	AstraZeneca e Universidade de Oxford	Reino Unido	Adenovírus Vetor	Brasil: 10.000 Mundo: Não aplicável	≥ 18 anos	SP, RJ, BA, RS e RN	Sim, para Biomanguihos	Em andamento Submissão contínua 1/10
CORONAVAC	Sinovac e Instituto Butantã	China	Vírus Inativado	Brasil: 13.080 Mundo: Não aplicável	≥ 18 anos	SP, RS, MG, PR, RJ e DF	Sim, para o Instituto Butantã	Em andamento Submissão contínua 2/10
VACINAS BNT162 COM RNA ANTI-VIRAL PARA IMUNIZAÇÃO ATIVA CONTRA COVID-19 (PF-07302048)	Pfizer-Wyeth	Estados Unidos e Europa	RNA	Brasil: 3.100 Mundo: -44.000	≥ 18 anos	SP e BA	Não	Em andamento Submissão contínua 25/11
AD26.COVI2.5 (VAC31518)	Janssen-Cilag	Europa	Adenovírus Vetor	Brasil: 7.560 Mundo: -60.000	≥ 18 anos	SP, RJ, RS, PR, MG, BA, RN, DF, MT, MS e SC	Não	Em andamento Submissão contínua 27/11

* Para os estudos que estão sendo conduzidos em mais de um país, o número de voluntários no Brasil pode ser alterado sem necessidade de aprovação prévia da Anvisa a menos que a quantidade total de voluntários no estudo (tamanho total da amostra) seja alterada.

Informações atualizadas em 27/11/20 2020

Fonte: ANVISA, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/fique-por-dentro-do-mapa-das-vacinas-em-teste-no-brasil>>. Acesso em 12 de dezembro de 2020.

No Brasil, o registro e licenciamento de vacinas é de atribuição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, pautados na Lei nº 6.360/1976 e regulamentos técnicos como a RDC nº 55/2010, e para a efetivação da vacinação no território nacional o acompanhamento dos registros na ANVISA torna-se imprescindível (Figura 3). Entende-se por registro a revisão de todos os documentos técnicos e regulatórios, verificação dos

dados de segurança e eficácia, avaliação da qualidade da vacina. De acordo com a ANVISA, é necessário que os pacotes (são grupos de documentos apresentados pelas empresas à Anvisa) sejam entregues de forma oportuna, os quais podem ser apresentados parcialmente, contudo são indispensáveis de serem apresentados em sua totalidade quando solicitado o devido registro. Complementa-se que a análise documental também é realizada durante a fase de Certificação de Boas Práticas de Fabricação, a qual também compreende uma avaliação realizada para garantir que uma fábrica cumpra com os requisitos determinados pela legislação brasileira.

Figura 3 - Status do pedido de registro na ANVISA de cada vacina.

TIPO DE INFORMAÇÃO VACINA	FASE I	FASE II	FASE III	CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS DE FABRICAÇÃO	PEDIDO DE USO EMERGENCIAL	PEDIDO DE REGISTRO
ASTRAZENECA / FIOCRUZ	Sim (Pacote 2). Resultados-chave parciais resumidos (segurança). Data: 04/12/2020 Status: documentação apresentada, em análise	Sim (Pacote 2). Dados parciais resumidos (segurança). Data: 04/12/2020 Status: documentação apresentada, em análise	Sim (Pacote 2). Resultados-chave parciais resumidos (segurança). Data: 04/12/2020 Status: documentação apresentada, em análise	Inspeção realizada 7 a 11/12/2020 processo em andamento	Não solicitado	Não solicitado
JANSSEN	Sim (Pacote 1). Data: 30/11/2020 Status: documentação apresentada, em análise	Sim (Pacote 1). Data: 30/11/2020 Status: documentação apresentada, em análise	Documentos não apresentados	Solicitada, em análise	Não solicitado	Não solicitado
PFIZER	Sim (Pacote 1). Dados parciais do estudo Fase 1/2. Data: 26/11/2020 Status: Concluído	Sim (Pacote 1). Dados parciais do estudo Fase 1/2. Data: 26/11/2020 Status: Concluído	Sim (Pacote 2). Resultados parciais de segurança e eficácia. Data: 16/12/2020 Status: Em análise	Solicitada, em análise	Não solicitado	Não solicitado
SINOVAC / BUTANTAN	Sim (Pacote 2). Dados parciais resumidos dos estudos de Fase 1/2. Data: 30/11/2020 Status: documentação apresentada, em análise	Sim (Pacote 2). Dados parciais resumidos dos estudos de Fase 1/2. Data: 30/11/2020 Status: documentação apresentada, em análise	Documentos não apresentados	Inspeção realizada 30/11 a 4/12/2020 processo em andamento	Não solicitado	Não solicitado

Fonte: ANVISA, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/fique-por-dentro-do-mapa-das-vacinas-em-teste-no-brasil>>. Acesso em 17 de dezembro de 2020.

Reforçamos que mesmo com a sinalização do Estado do Rio Grande do Norte da intenção de aquisição dos imunobiológicos ao Instituto Butantan, através da emissão de ofício, o qual está em fase de análise, reiteramos a importância da realização da imunização da população desde que seja realizada de forma segura e em conformidade com a ANVISA.

12.2 População Prioritária Para Vacinação Contra a Covid-19

Para a definição da estratégia de vacinação faz-se necessário a observância dos eixos prioritários definidos pelo Ministério da Saúde. Com base na análise do cenário epidemiológico, e tendo como base a campanha nacional de vacinação contra influenza, entende-se que a definição de grupos prioritários (Quadro 2) torna-se oportuna para operacionalização da vacinação contra Covid-19, de modo que, a priori, foram definidos como grupos prioritários: trabalhadores da área da saúde (incluindo profissionais da saúde, profissionais de apoio, cuidadores de idosos, entre outros), pessoas de 60 anos ou mais institucionalizadas, população idosa (60 anos ou mais), indígena aldeado em terras demarcadas aldeados, comunidades tradicionais ribeirinhas e quilombolas, população em situação de rua, morbidades (Diabetes mellitus; hipertensão arterial grave - difícil controle ou com lesão de órgão alvo; doença pulmonar obstrutiva crônica; doença renal; doenças cardiovasculares e cérebro vasculares; indivíduos transplantados de órgão sólido; anemia falciforme; câncer; obesidade grau III), trabalhadores da 20 educação, pessoas com deficiência permanente severa, membros das forças de segurança e salvamento, funcionários do sistema de privação de liberdade, trabalhadores do transporte coletivo, transportadores rodoviários de carga, população privada de liberdade (BRASIL, 2020b).

Quadro 2 – Estimativa populacional, com base em critérios definidos pelo Programa Nacional de Imunização, Rio Grande do Norte.

GRUPO	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO*	FONTE DAS INFORMAÇÕES
Trabalhadores de Saúde	79.638	Doses aplicadas do ano de 2019, atualizadas como nova meta quem alcançou acima de 100%, as outras metas permaneceram as mesmas
Indígenas	2.447	Disponibilizada pelo DESAI em fev. de 2020
75 anos ou mais	133.621	IBGE - Estimativa 2021
60 a 74 anos	328.236	IBGE - Estimativa 2021
Com comorbidades	186.439	Comorbidades 2 a 59 anos de idade 2019. Somente doses aplicadas não possui denominador válido
Professores - Ensino Básico ao Superior	46.831	Somente doses aplicadas não possui denominador válido
Privados de Liberdade (Adolescentes e jovens sob medida socioeducativa)	5.869	Somente doses aplicadas não possui denominador válido
Funcionários do sistema prisional	2.981	Somente doses aplicadas não possui denominador válido
Forças de segurança e salvamento	17.852	Censo IBGE Estimativa TCU 2014. Somente doses aplicadas
TOTAL*	803.914	-

Fonte: SUVIGE/CVS/SESAP-RN.

*Estimativas dos demais grupos encontram-se em revisão pelo Ministério da Saúde, e serão atualizados em breve.

Vale ressaltar que os grupos previstos são preliminares, passíveis de alteração a depender das indicações da vacina após aprovação da Anvisa, assim como as possíveis contraindicações. Destaca-se ainda que há outros grupos populacionais considerados prioritários, a serem incluídos dentre as fases apresentadas, discutidos no âmbito da câmara técnica, a exemplo das populações Ribeirinhas e Quilombolas, cuja estimativa populacional está em atualização pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para avaliação de qual fase esses grupos estarão inseridos, de acordo com o cenário de disponibilidade de vacinas e estratégia de vacinação (BRASIL, 2020a). Assim, inicialmente para a operacionalização da vacinação, pretende-se realizá-la em três fases distintas (Quadro 3), as quais ainda aguardam mais informações sobre os devidos registros na ANVISA dos agentes imunizantes, assim como a conclusão das estimativas populacionais pelo Ministério da Saúde, para que o cronograma/calendário de vacinação possa ser divulgado. Destaca-se ainda que há intenção de oferta da vacina Covid-19 à toda a população para qual o imunobiológico esteja licenciado, de maneira escalonada considerando primeiramente a manutenção dos serviços essenciais (BRASIL, 2020b).

Quadro 3 - A definição de Fases da vacinação contra Covid-19.

Fases	Populações Alvo
1ª Fase	Trabalhadores de Saúde
	Pessoas de 75 anos e mais
	Pessoas de 60 anos ou mais institucionalizadas
	População indígena aldeada em terras demarcadas aldeada, povos e comunidades tradicionais ribeirinhas.
2ª Fase	Pessoas de 60 a 74 anos
3ª Fase	Diabetes mellitus; hipertensão; doença pulmonar obstrutiva crônica; doença renal; doenças cardiovasculares e cerebrovasculares; indivíduos transplantados de órgão sólido; anemia falciforme; câncer; obesidade grave (IMC \geq 40)

Fonte: BRASIL, 2020b.

Aplicadas as fases as estimativas populacionais que já dispomos no RN, é possível inferir que inicialmente pretende-se vacinar nas 3 fases pelo menos 730.381 potiguares.

12.3 Esquema Vacinal

Atualmente as informações que dispomos indicam para o esquema vacinal composto por duas doses (Figura 4), assim se fazendo necessária as adequações de gerenciamento dos imunobiológicos para a garantia das duas 22 doses do mesmo fabricante, isto que provavelmente serão disponibilizados imunobiológicos de fabricantes diferentes visando atender a demanda nacional. Figura 4 – Esquema vacinal de acordo com vacina, plataforma tecnológica, faixa etária de aplicação, via de administração e temperatura de conservação de vacinas COVID-19.

Figura 4 - Esquema vacinal de acordo com vacina, plataforma tecnológica, faixa etária de aplicação, via de administração e temperatura de conservação de vacinas COVID-19.

Vacina	Plataforma	Faixa etária	Esquema Vacinal	Via de aplicação	Conservação
1. Coronavac	Inativada	> 18 anos	2 doses, intervalo 14 dias	IM	2°C a 8°C
		18-59 anos			
		18-59 anos			
2. Wuhan Institute of Biological (cepa WIVD4)	Inativada	> 18 anos > 18 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2°C a 8°C
3. Beijing Institute of Biological Products (cepa HB02)	Inativada	18-85 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2°C a 8°C
4. Novavax (NVX-CoV2373)	Subunidade proteica	18-84 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2°C a 8°C
5. CanSino Biological Inc (Ad5-nCoV)	Vetor viral não replicante	> 18 anos	1 dose	IM	2°C a 8°C
		18-85 anos			
6. Janssen (Ad26.COVS.2)	Vetor viral não replicante	> 18 anos	2 doses, intervalo 56 dias.	IM	2°C a 8°C (3 meses)
7. University of Oxford/AstraZeneca (ChAdOx1nCoV-19)	Vetor viral não replicante	18-59 anos	1 dose	IM	2°C a 8°C
		> 18 anos	1 ou 2 doses, intervalo 4-12 semanas	IM	
		> 18 anos	2 doses, intervalo 28 dias	IM	
8. Gamaleya Research Institute (Gam-COVID-Vac)	Vetor viral não replicante (rAd26-S+rAd5-S)	> 18 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	-18°C (uma formulação) e 2°C a 8°C (liofilizada)
9. Pfizer/BioNTech/Fosun Pharma (BNT162b2)	mRNA que codifica SARS-CoV-2 (SaRNA)	> 12 anos	2 doses, intervalo 21 dias		-70°C e 2°C a 8°C (até 5 dias)
10. NIAID Vaccine Research Center/ Moderna (mRNA-1273)	RNA mensageiro	> 18 anos	2 doses, intervalo 29 dias	IM	-20°C por (até 6 meses) e 2°C a 8°C (até 30 dias)
11. Bharat Biotech: Covaxin (BBV152)	Virus vivo inativado com adjuvante agonista de TLR7/8	> 18 anos	2 doses	IM	2°C a 8°C

Fonte: BRASIL, 2020a.

12.4 Meta Para Vacinação

Apesar da meta para vacinação não ter sido definida ainda pelo PNI, acredita-se que com base em campanhas anteriormente definidas esta seja de pelo menos, 95% de cada um dos grupos prioritários contra a COVID-19.

❖ ESFERA FEDERAL

Na esfera federal, o PNI está sob responsabilidade da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) do Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis (DEVIT) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde. Constituem competências da esfera federal:

- a coordenação do PNI (incluindo a definição das vacinas nos calendários e das campanhas nacionais de vacinação), as estratégias e as normatizações técnicas sobre sua utilização;

- o provimento dos imunobiológicos definidos pelo PNI, considerados insumos estratégicos; e
- a gestão do sistema de informação do PNI, incluindo a consolidação e a análise dos dados nacionais e a retroalimentação das informações à esfera estadual.

❖ **ESFERA ESTADUAL**

Na esfera estadual, a vacinação está sob responsabilidade da Coordenação Estadual do Programa de Imunizações, da Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica (SUVIGE) da Coordenadoria de Promoção à Saúde (CPS) da Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP). Constituem competências da esfera estadual:

- a coordenação do componente estadual do PNI;
- o provimento de seringas e agulhas, itens que também são considerados insumos estratégicos;
- a gestão do sistema de informação do PNI, incluindo a consolidação e a análise dos dados municipais, o envio dos dados ao nível federal dentro dos prazos estabelecidos e a retroalimentação das informações à esfera municipal.

❖ **ESFERA MUNICIPAL**

- Coordenar e executar as ações de vacinação integrantes do PNI, incluindo as diversas estratégias de vacinação e a notificação e investigação de eventos adversos pós-vacinação e de óbitos temporalmente associados à vacina;
 - Realizar a gerência do estoque municipal de vacinas e outros insumos, incluindo o armazenamento e o transporte para seus locais de uso, de acordo com as normas vigentes;
 - Garantir o descarte e a destinação final de frascos, seringas e agulhas utilizados, conforme as normas técnicas vigentes;
 - Manter a qualidade e segurança das vacinas em condições adequadas de conservação e temperatura desde o transporte, armazenamento e estratégias (salas de vacinas e atividades extra muro), atentando para o correto monitoramento da temperatura e identificando os possíveis desvios de qualidade dos imunobiológicos;
-

- Realizar a gestão do sistema de informação do PNI, incluindo a coleta, processamento, consolidação e avaliação dos dados das salas de vacinas, obedecendo ao fluxo de envio à base nacional de acordo com os prazos definidos;
- Notificar, investigar e encerrar todos os EAPV relacionados à vacinação contra Covid-19; · Elaborar plano operacional local para vacinação contra a Covid-19.

12.5 Farmacovigilância

Frente à introdução de novas vacinas de forma acelerada, usando novas tecnologias de produção e que serão administradas em milhões de indivíduos, pode haver um aumento no número de notificações de eventos adversos pós-vacinação (EAPV). Assim, torna-se premente o fortalecimento dos sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária no Brasil, em especial no manejo, identificação, notificação e investigação de EAPV por profissionais da saúde. Estas atividades requerem notificação e investigação rápida do evento ocorrido. Os três principais componentes de um sistema de vigilância de EAPV são:

- Detecção, notificação e busca ativa de novos eventos;
- Investigação (exames clínicos, exames laboratoriais, etc.) e;
- Classificação final dos EAPV. Todos os eventos, não graves ou graves, compatíveis com as definições de casos, estabelecidas no Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós- Vacinação, deverão ser notificados, seguindo o fluxo estabelecido pelo PNI.

Todos os profissionais da saúde que tiverem conhecimento de uma suspeita de EAPV, incluindo os erros de imunização (programáticos), como problemas na cadeia de frio, erros de preparação da dose ou erros na via de administração, entre outros, deverão notificar os mesmos às autoridades de saúde, ressaltando-se que o papel a ser desempenhado pelos municípios, E estados para a plena efetivação do protocolo.

Atenção especial e busca ativa devem ser dadas à notificação de eventos adversos graves, raros e inusitados, óbitos súbitos inesperados, erros de imunização (programáticos), além dos Eventos Adversos de Interesse Especial (EAIE), que estão devidamente descritos no Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação e, os que não constam do Manual estão descritos no Protocolo. Para os

eventos adversos graves, a notificação deverá ser feita em até 24 horas, conforme portaria nº 33, de 14 de julho de 2005 (BRASIL 2020a).

Recomendamos aos municípios do Estado do Rio Grande do Norte que sinalizem ao Programa Estadual de Imunização as unidades de referência e contrarreferência para atendimento de EAPV, assim como sensibilizem os profissionais de saúde para realização de vigilância ativa.

Informamos que a nível estadual, para investigação de EAPV que necessitem de investigação e internação, contando com os cuidados da alta complexidade, foram eleitos como referência os hospitais: **Hospital Giselda Trigueiro - localizado no município de Natal; Hospital Rafael Fernandes – localizado no município de Mossoró; Hospital Regional Telecila Freitas Fontes – localizado no município de Caicó.**

Precauções e Contraindicações à administração da vacina Como a(s) vacina(s) covid-19 não puderam ser testadas em todos os grupos de pessoas, pode haver algumas precauções ou contraindicações temporárias até que surjam mais evidências e se saiba mais sobre a(s) vacina(s) e que seja(m) administrada(s) de forma mais ampla a mais pessoas. Após os resultados dos estudos clínicos de fase 3, essas precauções e contra indicações poderão ser alteradas.

Precauções e contra indicações relacionadas até o presente momento dos imunobiológicos contra Covid-19.

12.6 Precauções

- Em geral, como com todas as vacinas, diante de doenças agudas febris moderadas ou graves, recomenda-se o adiamento da vacinação até a resolução do quadro com o intuito de não se atribuir à vacina as manifestações da doença;
 - Não há evidências, até o momento, de qualquer preocupação de segurança na vacinação de indivíduos com história anterior de infecção ou com anticorpo detectável pelo SARS-COV-2. É improvável que a vacinação de indivíduos infectados (em período de incubação) ou assintomáticos tenha um efeito prejudicial sobre a doença. Entretanto, recomenda-se o adiamento da vacinação nas pessoas com infecção confirmada para se evitar confusão com outros diagnósticos diferenciais. Como a piora clínica pode ocorrer até duas semanas após a infecção, idealmente a vacinação deve ser adiada até a recuperação clínica
-

total e pelo menos quatro semanas após o início dos sintomas ou quatro semanas a partir da primeira amostra de PCR positiva em pessoas assintomáticas;

- A presença de sintomatologia prolongada não é contraindicação para o recebimento da vacina, entretanto, na presença de alguma evidência de piora clínica, deve ser considerado o adiamento da vacinação para se evitar 25 a atribuição incorreta de qualquer mudança na condição subjacente da pessoa.

12.8 Contra Indicações

- Pessoas menores de 18 anos de idade;
- Gestantes;
- Para aquelas pessoas que já apresentaram uma reação anafilática confirmada a uma dose anterior de uma vacina covid-19;
- Pessoas que apresentaram uma reação anafilática confirmada a qualquer componente da (s) vacina(s).
- Atenção: recomenda-se que, antes de qualquer vacinação, seja verificada nas bulas e respectivo(s) fabricante(s), as informações fornecidas por este(s) sobre a(s) vacina(s) a ser(em) administrada(s). Ressalta-se que informações e orientações detalhadas encontram-se no Protocolo de Vigilância Epidemiológica e Sanitária de Eventos Adversos Pós-Vacinação.

12.9 Gerenciamento de Resíduos Provenientes da Vacinação

O gerenciamento de resíduos de serviços de saúde deve estar em conformidade com as definições estabelecidas na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 222, de 28 de março de 2018, que dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e a Resolução Conama nº 358, de 29 de abril de 2005, que dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS).

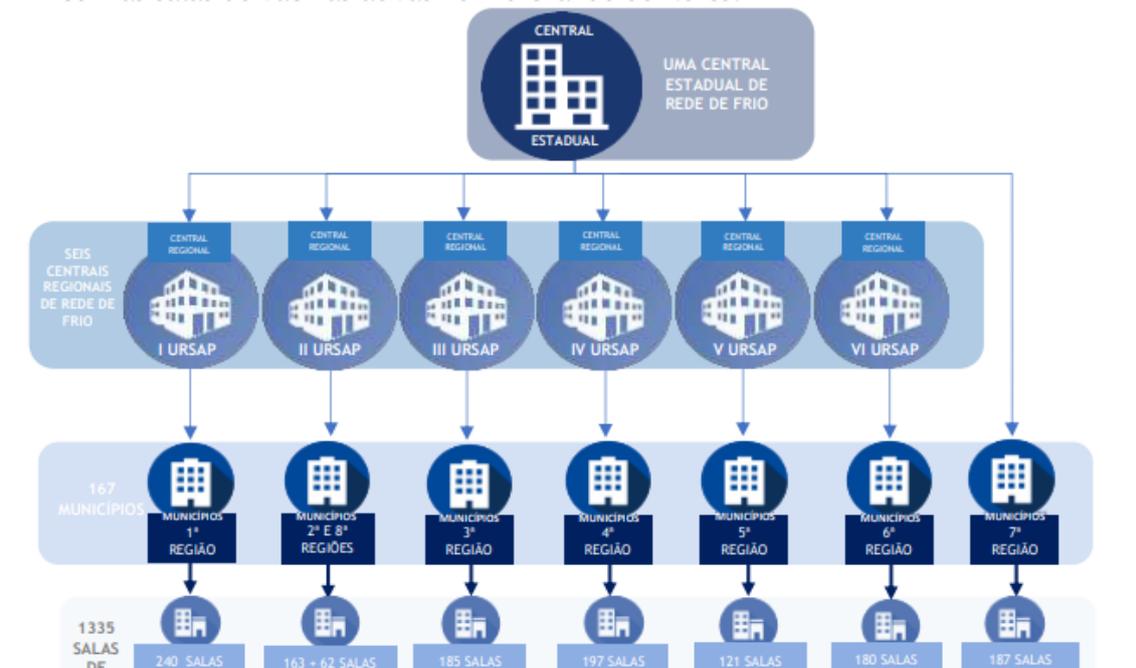
12.9.1 Rede de Frio do Rio Grande do Norte

O Programa Estadual de Imunizações atua com suas ações de vacinação nas 8 Regiões de Saúde do Estado, contando com uma Central Estadual de Rede de Frio localizada no município de Natal, e com suas Gerências de Imunização distribuídas pelas

6 Regionais de Saúde, constituindo assim seis Centrais Regionais de Rede de Frio vinculadas as Unidades Regionais de Saúde Pública (URSAP), localizadas nos municípios de: João Câmara, São José do Mipibu, Mossoró, Pau dos Ferros, Santa Cruz e Caicó.

O Programa recebe mensalmente imunobiológicos que compõem o calendário nacional de imunização, além das doses de vacinas destinadas às campanhas de vacinação, as quais são distribuídos às Centrais Regionais de Rede de Frio, que por sua vez distribuem aos municípios, alcançando suas 1335 salas de vacinação ativas no Sistema de Informação do PNI, presentes em todos os 167 municípios do Estado (Figura 5), além do Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais que se localizado na capital potiguar.

Figura 5 - Caracterização da cadeia de frio das Regiões de Saúde, de acordo com as salas de vacinas ativas no Rio Grande do Norte.



Fonte: IMUNIZAÇÃO/SUVIGE/CVS/SESAP-RN, 05 de dez. de 2020.

Esta cadeia de frio mantém rigoroso monitoramento e controle da temperatura, desde o acondicionamento na rede estadual até a instância local, onde acontece a vacinação dos usuários. Fazendo-se necessária a manutenção de tal controle rigoroso, visto que dentre todos os imunobiológicos que atualmente compõem o calendário nacional de imunização, estes são termo sensíveis e precisam ser armazenados em temperaturas entre +2°C e +8°C, visto que a exposição à temperaturas diferentes das

recomendadas, ou ainda a exposição à luz de forma inadequada, podem resultar na perda de potência em caráter permanente do imunizante (Manual Rede de Frio, 2017).

Por essa razão é indispensável que não somente a Central Estadual da Rede de Frio e Centrais Regionais estejam estruturadas, mas como também as centrais municipais e cada uma de suas salas de vacinas. No que diz respeito às novas tecnologias que exigem Ultra Low Temperature (ULT), está em estudo pelo Ministério da Saúde soluções para a viabilização da adequada incorporação dos imunizantes que demandam tais condições, visto que uma das vacinas para Covid-19 tem sinalizado a necessidade deste tipo de acondicionamento.

A seguir a descrição do número de vacinas dos municípios da VI Região de Saúde:

Quadro 4 - Salas de Vacinas – MUNICÍPIOS DA VI URSAP

Município	Quantidade	Sala de Vacina
Água Nova	01	CS Água Nova
Alexandria	01	CS DE ALEXANDRIA
Almino Afonso	01	CS DE ALMINO AFONSO
Antonio Martins	01	CS DE ANTONIO MARTINS
Coronel João Pessoa	01	CS DE CORONEL JOAO PESSOA
Doutor Severiano	01	CS DE DOUTOR SEVERIANO
Encanto	01	CS DE ENCANTO
Francisco Dantas	01	CS DR GENIBALDO BARROS
Frutuoso Gomes	01	CS DE FRUTUOSO GOMES
Itaú	01	CS DE ITAU
João Dias	01	CS DE JOAO DIAS
José da Penha	02	CS DE JOSE DA PENHA CS VILA MAJOR FELIPE
Lucrecia	01	UNIDADE MISTA DE LUCRECIA
Luis Gomes	02	CS DE LUIS GOMES PS DE SAO BERNARDO
Major Sales	01	PS DE MAJOR SALES
Marcelino Vieira	01	CS DE MARCELINO VIEIRA
Martins	02	CS DE MARTINS PS DE LAGOA NOVA
Olho D'Água do Borges	01	CENTRO DE SAUDE DE OLHO DAGUA DO BORGES
Paraná	02	MAT MAE MARIA TEREZA UM MAE JOAQUINA
Patu	04	CS LOURIVAL ROCHA PS JOAO INACIO PS NOVA PATU UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA ROSALITA FORTE DANTAS
Pau dos Ferros	14	CS MARIA LUCICLEIDE DE Q DIAS CLEIDE QUEIROZ COMP PENIT REG DE P.DOS FERROS CS ANTONIA BERNADETE COSMIRO CS CAETANO B. NASCIMENTO CS DANIEL GAMA DA SILVA CS DE JOAO XXIII CS DE PAU DOS FERROS CS DR CLEODON CARLOS CS DR PEDRO D JUNIOR CS MAE CRISTINA CS MARIA FIEL DE SOUZA CS PARAISO CS SAO JUDAS TADEU HOSP CLEODON CARLOS ANDRADE
Pilões	01	CS DE PILOES
Portalegre	01	CS DE PORTALEGRE
Rafael Fernandes	01	CS DE RAFAEL FERNANDES

Rafael Godeiro	01	UM FRANCISCA J CAMPOS
Riacho da Cruz	01	CS JULIA DE P NOBRE
Riacho de Santana	02	CENTRO DE SAUDE ANTONIO GABRIEL NETO PS DE POCO DE PEDRA
Rodolfo Fernandes	01	CS DE RODOLFO FERNANDES
São Francisco do Oeste	01	CENTRO DE SAUDE FRANCISCA EMILIA LEITE
São Miguel	05	CENTRO DE SAUDE ALTO SANTA TEREZA CS DR DARIO VIEIRA DE ALMEIDA CENTRO DE SAUDE DR JOSE TORQUATO CENTRO DE SAUDE MANOEL VIEIRA CENTRO DE SAUDE SABINO LEITE
Serrinha dos Pintos	01	UM TEREZINHA MARIA DE JESUS
Severiano Melo	05	CS DE MALHADA VERMELHA CS DE SEVERIANO MELO PS DE BOA VISTA PS DE FLORESTA PS DE SANTO ANTONIO
Taboleiro Grande	01	PS DE TABULEIRO GRANDE
Tenente Ananias	02	CS DE TENENTE ANANIAS PS DE VILA MATA DE SAO BRAS
Umarizal	02	CS DE UMARIZAL US DA FAMILIA VERA LUCIA DIAS DA COSTA
Venha Ver	01	CS MARIA LEODONA-VENHA VER
Viçosa	02	CS DE ANTONIO F MARTINS US DA FAMILIA BRAZ DE SOUZA BARRA

12.9.2 Recomendações para Garantia da Qualidade do Armazenamento das Vacinas em todo o Território do Rio Grande do Norte

Com o objetivo de manter a confiabilidade da temperatura de armazenamento dos imunobiológicos nas diversas unidades de rede de frio orienta-se o registro da temperatura em mapas de controle, no início e término do expediente. Os sensores aplicados à medição devem ser periodicamente calibrados e certificados por Laboratórios de Calibração da Rede Brasileira de Calibração do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia – Inmetro.

Adicionalmente, para a garantia do desempenho dos equipamentos de armazenamento e das condições de manuseio dos imunobiológicos é convencionado o uso de ar-condicionado nos ambientes. No que se refere à segurança do funcionamento dos equipamentos, para preservação das condições de armazenamento, a depender da unidade de rede de frio, recomenda-se o emprego de geradores de energia elétrica, nobreak, ou ainda câmaras refrigeradas com autonomia de 24 a 72 horas.

Na indisponibilidade de câmaras frias, os municípios que ainda fazem uso de geladeiras domésticas em suas respectivas salas de vacinas devem observar todas as recomendações dispostas no Manual de Rede de Frio (BRASIL, 2007). Observadas todas as medidas de segurança adotadas em orientação única à Rede de Frio Estadual, nos casos de ocorrência de mau funcionamento no abastecimento de energia elétrica e/ou exposição dos imunobiológicos, ou ainda constatação de desvio da qualidade dos imunobiológicos

da rede é orientado o registro em formulário padronizado em banco unificado para registro do histórico dos produtos, devendo ser comunicado imediatamente à coordenação do Programa Estadual de Imunização e/ou Unidade Regional de Saúde Pública, além de proceder com o preenchimento do formulário de imunobiológico sob suspeita.

Estes deverão ser armazenados em separado dos demais que estejam em uso, devidamente identificados e contados.

11.9.3 Recomendações Quanto ao Funcionamento das Salas de Vacinas

É oportuno que todos os municípios do estado do Rio Grande do Norte procedam com a avaliação da atual capacidade de armazenamento de imunobiológicos em sua rede de frio, considerando que as vacinas para Covid19 serão doses adicionais aos pedidos de rotina. Assim, visando facilitar o processo de verificação dos recursos disponíveis, orientamos verificar:

- Atualizar quantitativo de salas de vacinas que dispõe e possibilidade de ampliação;
 - Disponibilidade de câmara frias ou geladeiras domésticas em plenas condições de funcionamento, garantindo que não haja oscilação de temperatura diferente da faixa recomendada de +2°C a +8°C;
 - Disponibilidade de tomadas em quantitativo equivalente aos equipamentos da referida sala de vacinas, garantindo o não uso de extensões ou dispositivos que permitam o funcionamento de mais de um equipamento na mesma tomada;
 - Disponibilidade de caixas térmicas em condições de uso para as salas de vacina, ações extra-muros das unidades de saúde, e transporte das vacinas das centrais regionais ao município;
 - Disponibilidade de termômetros em quantitativo suficiente para atender a todas as câmaras frias/geladeiras e caixas térmicas, bem como quantitativo reserva;
 - Disponibilidade de pilhas reserva para os termômetros; ○ Disponibilidade de bobinas de gelo reutilizável; ○ Disponibilidade de caixas de descarte de materiais perfuro cortantes;
 - Disponibilidade de álcool, luvas e algodão;
 - Disponibilidade de pias, água, sabonete, papel toalha, lixeiras com pedal e sacos plásticos;
-

- Quantitativo de condicionadores de ar em plenas condições de funcionamento para atender a todas as salas de vacinas ativas, garantindo funcionamento dos equipamentos 24 horas por dia;
- Condições estruturais de funcionamento das salas de vacina de acordo com as normas sanitárias vigentes;
- Disponibilidade de câmaras frias ou geladeiras domésticas na central municipal de rede de frio para situações de necessidade de remanejamento de imunobiológicos por problemas técnicos em outros equipamentos;
- Quantidade de profissionais de saúde disponíveis para realização da vacinação;
- Estruturação das equipes de saúde da família para realização de mapeamento da população por área que se enquadra nos grupos 30 prioritários, e organização de estratégias para realização de busca ativa e monitoramento;
- Quantidade de salas de vacinas que estão operacionalizando a vacinação atualmente que estão em conformidade a todas as normativas do PNI e Programa Estadual de Imunização;
- Disponibilidade de suporte logístico para retirada das vacinas nas centrais regionais ou estadual, a depender do fluxo estabelecido, bem como distribuição oportuna dos imunobiológicos a todos os postos de vacinação;
- Rotina de higienização das salas de vacina padronizada;
- Disponibilidade de computadores em todas as salas de vacinas;
- Disponibilidade de internet, de modo que haja acesso com qualidade pelos computadores dispostos nas salas de vacina;
- Possibilidade de funcionamento de postos de vacinação em horários estendidos e aos sábados, facilitando e ampliando o acesso da população;
- Fluxo estabelecido para descarte de resíduos advindos das salas de vacinas.

12.9.4 Ampliação da Capacidade De Armazenamento de Vacinas no Rio Grande do Norte

Recursos vêm sendo destinados à Estados e Municípios pelo governo federal, de modo a propiciar a reestruturação da cadeia de frio nacional, e para além disso, adequações estruturais e demais aquisições de equipamentos e insumos têm sido realizadas pelo Governo Estadual. Assim, haja vistas ao aumento da demanda com o recebimento de imunobiológicos destinados à vacinação contra a Covid-19 torna-se

imprescindível o aumento da capacidade de armazenamento. Corroborando com este cenário, torna-se oportuno reequipar a central de rede de frio Estadual e Regionais, e assim, esforços vêm sendo despendidos para a efetivação de melhores condições de armazenamento e aumento da capacidade.

Quadro 5 - Equipamentos e insumos de acordo com o status de tramitação da aquisição.

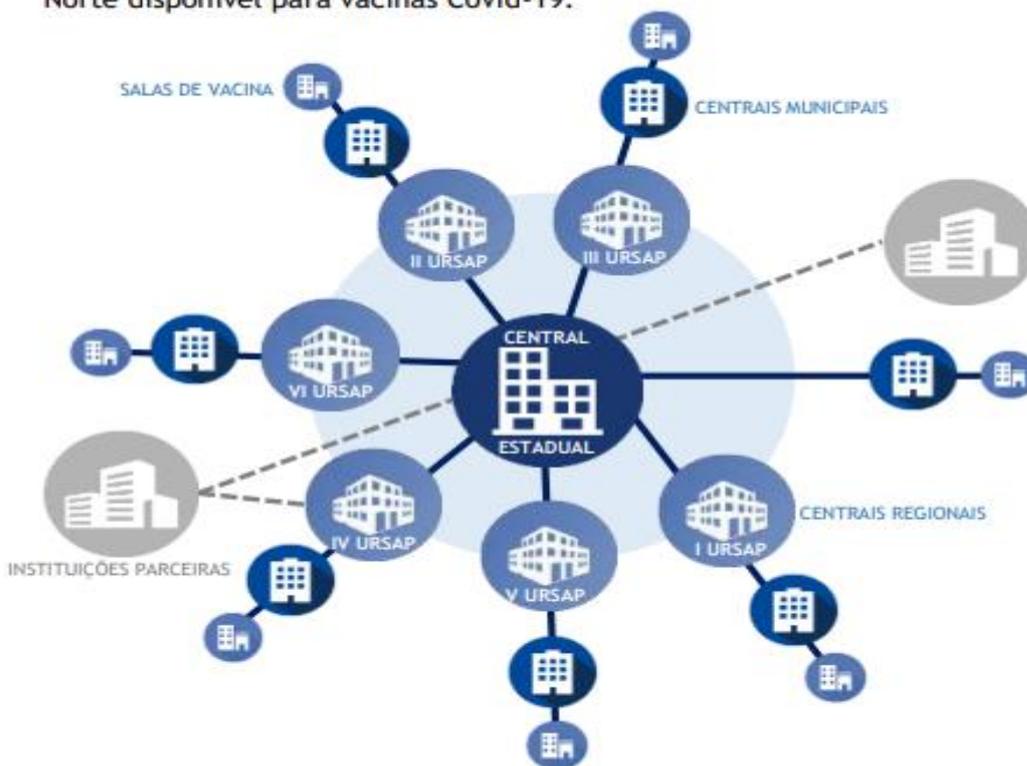
Itens	Quantidade	Fonte de Recursos	Status de tramitação
Câmaras refrigeradas 400l (destino: municípios acima de 100 mil hab.- Natal, Mossoró, Parnamirim e São Gonçalo do Amarante)	14	Federal - Portaria nº 3.248, de 02 de dezembro de 2020	Processo de aquisição em tramitação
Câmaras refrigeradas 1.000l (destino: Centrais Regionais de Rede de Frio)	18	Federal - Portaria nº 3.248, de 02 de dezembro de 2020	Processo de adesão à ata de registro de preços em tramitação
Câmaras refrigeradas 1.000l (destino: Central Estadual de Rede de Frio)	07	Federal - Portaria nº 3.248, de 02 de dezembro de 2020	Processo de adesão à ata de registro de preços em tramitação
Câmaras refrigeradas 1.000l (destino: Centrais de Rede de Frio Municipais, para municípios acima de 100 mil habitantes - Natal, Mossoró, Parnamirim e São Gonçalo do Amarante)	08	Federal - Portaria nº 3.248, de 02 de dezembro de 2020	Processo de adesão à ata de registro de preços em tramitação
Câmaras refrigeradas para o CRIE com a capacidade de armazenamento de 1.000L	02	Federal - Portaria nº 3.248, de 02 de dezembro de 2020	Processo de adesão à ata de registro de preços em tramitação
Câmaras refrigeradas para o CRIE com a capacidade de armazenamento de 400L	01	Federal - Portaria nº 3.248, de 02 de dezembro de 2020	Processo de aquisição em tramitação
Ar-condicionado (destino: Central Estadual de Rede de Frio)	03	Federal - Portaria nº 3.248, de 02 de dezembro de 2020	Processo de aquisição em tramitação
Ar-condicionado (destino: Centrais Regionais de Rede de Frio - 24.000Btu)	06	Federal - Portaria Nº 3.301, de 26 de Dezembro de 2013,	Aquisição finalizada - aguardando instalação
Ar-condicionado (destino: Centrais Regionais de Rede de Frio - 36.000Btu)	01	Federal - Portaria Nº 3.301, de 26 de Dezembro de 2013,	Aquisição finalizada - aguardando instalação
Freezer horizontal	12	Federal - Portaria Nº 3.301, de 26 de Dezembro de 2013,	Processo de aquisição em tramitação
Freezer - 80°C	01	Estadual	Processo de aquisição em tramitação
Containers refrigerados	02	Federal - Portaria Nº 3.301, de 26 de Dezembro de 2013,	Processo de aquisição em tramitação
Seringas com agulha 25x6 destinadas especificamente à vacinação contra Covid-19	2.000.000	Estadual	Processo de aquisição em tramitação
Seringas com agulha 20 x 5,5 destinadas especificamente à vacinação contra Covid-19	150.000	Estadual	Processo de aquisição em tramitação

Fonte: SUVIGE/CVS/COAS/SESAP-RN

Informamos que está em fase de finalização a última avaliação das centrais regionais de rede de frio, de modo a atualizar o planejamento de aquisição dos demais equipamentos necessários ao pleno funcionamento das unidades, com vistas a otimizar o uso dos recursos. Assim, destacamos que o planejamento acima exposto sofrerá alterações com a complementação de mais equipamentos se necessário. Vale ressaltar que a Secretaria de

Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte está realizando parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, Campus Central localizado na capital potiguar e na Escola Multicampi de Ciências Médicas localizada em Caicó, para caso seja necessário dispor de mais freezers que atinjam temperaturas negativas para acondicionamento das vacinas (Figura 6).

Figura 6 - Organização da cadeia de Rede de Frio no Estado do Rio Grande do Norte disponível para vacinas Covid-19.



Fonte: IMUNIZAÇÃO/SUVIGE/CPS/SESAP-RN, 05 de dez. 2020.

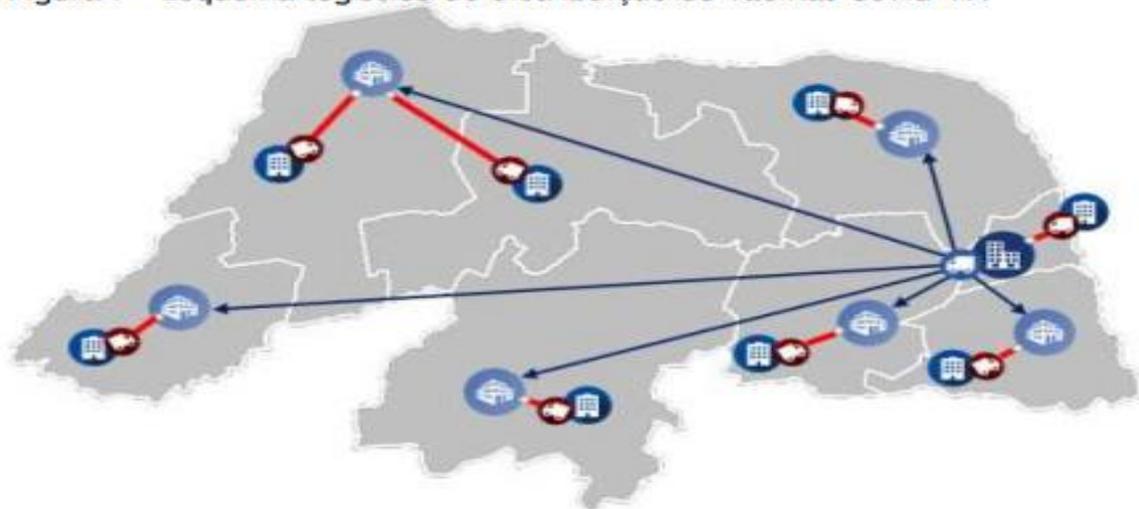
Ainda é importante registrar que está em curso um novo levantamento do quantitativo de salas de vacinas disponíveis no estado, para favorecer a identificação de quantos municípios possuem câmaras frias em sua rede de frio, CENTRAIS MUNICIPAIS I URSAP V URSAP IV URSAP VI URSAP II URSAP III URSAP CENTRAL SALAS DE VACINA CENTRAIS REGIONAIS ESTADUAL INSTITUIÇÕES PARCEIRAS de modo a buscar novas estratégias para auxiliar os municípios que ainda estão operacionalizando as salas de vacinas com geladeiras domésticas possam substituí-las por câmaras frias. Destacamos ainda que está em curso a avaliação da capacidade energética de cada central, seja estadual ou regional em parceria com a Companhia Energética do Rio Grande do Norte - COSERN, para o

recebimento dos novos equipamentos. Dessa forma, recomendamos aos municípios que serão contemplados com novos equipamentos ou que estejam procedendo com aquisição, que também procedam com esta avaliação, garantindo assim condições de instalação e uso destes equipamentos com segurança.

12.10 Logística de Distribuição dos Imunobiológicos

A logística de distribuição dos imunobiológicos no estado do Rio Grande do Norte seguirá o esquema já realizado para as vacinas da rotina do calendário nacional de imunização, de modo que compete à Central Estadual de Rede de Frio distribuir os imunobiológicos às Centrais Regionais, e compete aos municípios da região metropolitana (7ª Região de Saúde) a retirada direta nesta central. Aos demais municípios compete a retirada dos quantitativos de suas vacinas nas Centrais Regionais de Rede de Frio, de acordo com o desenho do Plano Diretor de Regionalização (Figura 7).

Figura 7 - Esquema logístico de distribuição de vacinas Covid-19.



Fonte: IMUNIZAÇÃO/SUVIGE/CVS/SESAP-RN.

Contudo, destacamos que a busca por novas tecnologias e as parcerias firmadas com o Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS/UFRN trazem um novo formato para o controle dos estoques e organização das remessas de vacinas, de modo que diante da conclusão do desenvolvimento da ferramenta proposta pela equipe da SESAP-RN em parceria com o LAIS/UFRN será possível ter um maior e melhor controle sob os imunobiológicos distribuídos e aplicados em todo o território potiguar. Assim, a ferramenta também visa auxiliar os municípios e Estado quanto ao correto gerenciamento de estoque das remessas enviadas, de modo a garantir que haja disponibilidade de

primeira e segunda dose de vacina do mesmo fabricante ao usuário. Tornando mais oportuno o controle de todas as doses administradas, com a prestação de contas rigorosa ao Programa Estadual de Imunização em caso de extravio, perda técnica, expiração de prazo de validade ou quebra de frasco, tudo em tempo real.

12.10.1 Entrega dos Imunobiológicos

Com o intuito de garantir a segurança no transporte dos referidos imunobiológicos, há a articulação para realização de escolta policial quando programado o cronograma de entrega das doses, cabendo ao Governo do Estado efetivar o atual planejamento. Informamos que o envio dos imunobiológicos se dará por meio de remessas, na medida em que estes forem sendo recebidos, devidamente contados e armazenados na Central Estadual da Rede de Frio (Figura 8). Ou seja, somente deverá ocorrer solicitação de imunobiológico, diante da necessidade de remanejamento de doses para suprir as necessidades do referido município em caso de falta.

Figura 8 - Previsão de entrega/retirada das vacinas no Rio Grande do Norte.



Fonte: IMUNIZAÇÃO/SUVIGE/CVS/UNICAT/SESAP-RN

Desta forma, cabe aos municípios do estado do Rio Grande do Norte dispor de veículos preferencialmente refrigerados, para a retirada dos imunobiológicos, ao qual também compete dispor de caixa térmica, devidamente ambientada com bobinas de gelo reutilizáveis e com controle de temperatura por meio de termômetro acoplado. Reforçamos que os imunobiológicos somente serão enviados se todos os parâmetros estabelecidos para o correto transporte de vacinas forem atendidos.

12.11 Sistemas de Informações Para Registros das Doses Aplicadas

Para a campanha nacional de vacinação contra a covid-19 o registro da dose aplicada, será nominal/individualizado. Os registros deverão ser feitos no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) em todos os pontos de vacinação da rede pública e privada de saúde. Uma solução tecnológica está em desenvolvimento, por meio do DATASUS, com o objetivo de simplificar a entrada de dados e agilizar o tempo médio de realização do registro do vacinado no SI-PNI, além de considerar aspectos de interoperabilidade com outros Sistemas de Informação e integração com a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). Um recurso que será colocado à disposição é o QR-Code para identificar o cidadão a ser vacinado. Este deverá ser gerado pelo próprio cidadão no Aplicativo Conecte SUS. Vale destacar que o cidadão que faz parte dos grupos prioritários elegíveis para a vacinação, mas que chega ao serviço de saúde sem o seu QR-Code em mãos não deixará de ser vacinado.

Para isso, o profissional de saúde terá uma alternativa de busca no SI-PNI, pelo CPF e/ou Cartão Nacional de Saúde (CNS), a fim de localizar o cidadão na base de dados nacional de imunização e tão logo avançar para o ato de vacinar e de execução do registro da dose aplicada. Algumas alternativas de pré-cadastro da população-alvo estão em discussão, tendo em vista que é provável que tenhamos como grupo prioritário categorias profissionais e portadores de comorbidades, e não somente grupos etários. Bases de dados serão importadas para habilitar o cidadão automaticamente para receber a vacina.

Entretanto, caso o cidadão comprove que faz parte do grupo prioritário e não está listado na base de dados do público-alvo, o profissional de saúde poderá habilitá-lo no SI-PNI para receber a vacina. A ausência do nome do cidadão na base de dados o público-alvo não deve ser impedimento para ele receber a vacina, desde que comprove que integra algum grupo prioritário. No caso das salas de vacina que ainda não estiverem informatizadas e/ou sem uma adequada rede de internet disponível, a nova solução tecnológica perde a chance de uso em tempo oportuno. Para essas, o registro deverá ser nominal e individualizado, com registro tardio no Sistema de Informação. Os dados deverão ser coletados e registrados em formulário contendo as nove variáveis mínimas padronizadas.

São elas: CNES - Estabelecimento de Saúde; CPF/CNS do vacinado; Data de nascimento; Sexo; Grupo-alvo (idoso, profissional da saúde, comorbidades, etc.); Data da vacinação; Nome da Vacina/fabricante; Tipo de Dose; e Lote/validade da vacina. Para

as salas de vacina sem conectividade com a internet está previsto um módulo off-line. Essas salas farão registros off-line e depois submeterão seus registros para o servidor assim que a conexão com a internet estiver disponível. Dessa forma, recomendamos aos municípios do Estado do Rio Grande do Norte a ampla divulgação do App ConectSUS com comunicações direcionadas aos cidadãos e profissionais de saúde, de modo a somar com as estratégias de comunicação que serão lançadas pelo Governo do Estado nas redes sociais. Recomendamos ainda aos gestores municipais que priorizem a informatização das salas de vacinas em todo seu território, uma vez que o registro das doses torna-se imprescindível para o gerenciamento do estoque dos imunobiológicos disponíveis à população potiguar.

12.11.1 Gestão Da Informação

Para a análise e o desempenho da Campanha, informações de doses aplicadas e coberturas vacinais serão visualizadas a partir de um painel, em desenvolvimento pelo Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS). Está previsto a disponibilização de diferentes Dashboards, assim como a opção de extração de diferentes dados. A Notificação e Investigação de EAPV deverão ser realizados no E-SUS Notifica, uma vez que esta será a única via de entrada de dados, já acordado entre a ANVISA e a Coordenação Geral do PNI. A gestão do Programa Estadual de Imunização ainda aguarda maiores informações sobre o fluxo da referida notificação de EAPV, para que maiores detalhes possam ser repassados aos profissionais de saúde e equipes de vigilância em saúde.

12.11.2 Capacitações Previstas pelo PNI

Serão necessárias capacitações direcionadas às diversas tecnologias que venham a ser incorporadas à Rede, bem como acerca de processos de trabalho, considerando a possibilidade do uso de diversas estratégias para garantia da vacinação. Está prevista a oferta de capacitação voltada para a qualificação de profissionais de saúde do SUS que atuarão nas campanhas de vacinação contra a covid-19, em especial aos profissionais inseridos na Atenção Primária em Saúde e nas mais de 38 mil salas de vacina existentes no país, pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em parceria com a CGPNI. O curso denominado “Vacinação para Covid-19: protocolos e procedimentos” será na modalidade

de Educação a Distância (EaD), em conteúdo adequado ao perfil dos profissionais da rede do SUS, será ofertado no âmbito do Campus Virtual Fiocruz, em acesso público e gratuito, visando alcançar de forma rápida e em escala nacional, os profissionais de todo o país que atuarão na campanha de vacinação. O PNI segue em processo de convênio com o Conasems, a fim de capacitar através de sua capilaridade, todos os municípios do Brasil, ofertando a todos os gestores e profissionais de saúde do país, a oportunidade de se capacitarem e se aperfeiçoarem por meio da disponibilização de ferramentas educacionais de ensino a distância – EAD e semipresencial de Entomologia aplicada à Saúde Pública, Vigilância em Saúde e Integração da Vigilância em Saúde e Atenção Básica.

12.12 Orientações para os Postos de Vacinação

- Realizar a administração das vacinas em áreas bem ventiladas e desinfetadas com frequência;
- Garantir a disponibilidade de local para lavagem adequada ou desinfetantes para as mãos, pelos usuários;
- Limitar o número de familiares que acompanham a pessoa que será vacinada (1 acompanhante);
- Realizar a triagem de pessoas que apresentam sintomas respiratórios antes da entrada na sala de vacinação para evitar a propagação do SARSCoV-2 e proceder com as recomendações previamente dispostas em notas técnicas;
- Evitar aglomerações na sala de espera.

12.12.1 Recomendações para os Vacinadores

- Realizar a higiene das mãos com frequência, não havendo a necessidade do uso obrigatório de luvas;
 - Evitar o uso do celular durante o atendimento aos usuários;
 - Monitorar os estoques de vacinas e insumos, assim como o funcionamento da cadeia fria;
 - Comunicar às instâncias superiores sempre de acordo com o fluxo pré-determinado pelo PNI;
 - Se apresentar sintomas como tosse ou febre, não deve comparecer ao trabalho e deve procurar atenção médica.
-

12.13 Orientações para Adoção de Estratégias de Comunicação

Sabe-se que para o enfrentamento da pandemia torna-se imprescindível a participação efetiva da população, de modo que a comunicação se torne a estratégia mais importante a ser fortalecida, pois esta estabelece o canal direto de troca de informações entre a gestão e seu público-alvo. Assim, além da divulgação massiva das medidas sanitárias que precisam permanecer sendo adotadas pela população (praticar o distanciamento social, higienizar as mãos com frequência utilizando água e sabão, utilizar álcool a 70%, fazer uso de máscara, dentre outros), a divulgação sobre as ações implementadas para enfrentamento à Covid-19 é mais do que necessária, sendo a vacinação neste momento uma das mais importantes a serem comunicadas à população.

A comunicação clara e objetiva, esclarecendo sobre cada etapa de planejamento e execução é fundamental para melhor compreensão de como se dará o processo de vacinação, bem como para colaborar com a sensibilização da população para adesão a essa estratégia. Além disso, destacamos ser de fundamental importância a divulgação das tecnologias que serão utilizadas para validar o processo de vacinação dos grupos prioritários, ferramentas as quais proporcionaram melhor controle sobre as doses aplicadas e reduzirá o tempo de espera nas filas para vacinação, que normalmente tendem a se formar nos postos de vacinação. Deste modo, a SESAP-RN reuniu todas as informações essenciais aos profissionais de saúde, serviços e população em uma página específica do Portal Covid RN, a qual será amplamente divulgada.

Corroborando a esta iniciativa, indicamos que sejam utilizadas ferramentas que ampliem o acesso da população à informação:

- Disponibilizar avisos nos serviços de saúde em formatos de cartazes, ou até mesmo na modalidade de QR – Code, em conformidade com o modelo fornecido pelo Estado nos serviços de saúde e dependências da Secretaria Municipal de Saúde prioritariamente, mas também indicamos a parceria com outras instituições para massiva divulgação; o Recomenda-se evitar materiais impressos para serem entregues à população, pois podem se tornar um meio que facilite a contaminação;
 - Utilizar as rádios comunitárias para divulgação das informações, bem como se utilizar dos equipamentos sociais disponíveis na comunidade para facilitar o processo de repasse dessas;
-

- Divulgar conteúdos relacionados à vacinação nas redes sociais e sites oficiais da Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura;
 - Potencializar as equipes de estratégia de saúde da família, por meio dos agentes comunitários de saúde, para sensibilização da população para a vacinação, bem como para esclarecimento de todas eventuais dúvidas.
-

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19**. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública | COE-COVID-19, Brasília/DF: fevereiro de 2020. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>>

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 561/GM/MS**, de 26 de março de 2020. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-561/gm/ms-de-26-de-marco-de-2020-*-251705923>

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 454**, de 20 de março de 2020. Disponível em <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587>>.

_____. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (covid-19) na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/20200318-ProtocoloManejo-ver002.pdf>>

_____. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 58p.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (covid-19) na Atenção Primária à Saúde**. Brasília – DF: Versão 8, abril de 2020. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200422_ProtocoloManejo_ver08.pdf>

GUAN, Wei-jie et al. Características clínicas da doença de coronavírus 2019 na China. **Revista de Medicina da Nova Inglaterra**, 2020.

HUANG, CHAOLIN et al. Características clínicas de pacientes infectados com o novo coronavírus de 2019 em Wuhan, China. **The Lancet** , v. 395, n. 10223, p. 497-506, 2020.

LI Q., GUAN X., WU P., WANG X., ZHOU L., TONG Y., et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. **N Engl J Med** [Internet]. 2020 Mar 26;382(13):1199–207. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa20013164>.

LIU Y., GAYLE A.A., Wilder-Smith A, Rocklöv J. The reproductive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus. **J Travel Med.** 2020;27(2):1–4. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa021>

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte. **Nota Técnica nº 09/2020/SESAP-SUVIGE/SESAP-CPS/SESAP-SECRETÁRIO.** 20 de março, 2020. Disponível em: <<http://www.adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000227886.PDF>>.

_____. Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte. **Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pelo COVID-19.** Natal: versão preliminar, 13 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2020/02/13_fev_PLANO_RN_COVID-19.pdf>

_____. Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte. **Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pelo COVID-19.** Natal: 2ª Versão, 02 de abril de 2020. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/08/Plano-de-Contingencia--Segunda-Versao.pdf>>

_____. **Plano Regional de Contingência para o Enfrentamento da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2) – 4ª Região de Saúde.** Caicó/RN: VI URSAP, 2020

_____. Secretaria de Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte. **Boletim Epidemiológico nº 69 – COVID – 19. Monitoramento dos casos de COVID-19.** Disponível em: <<http://www.adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000231736.PDF>>.

_____. Secretaria de Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte. **Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pelo COVID-19 - 9ª Versão.** Natal: SESAP, 2020. 223 p.

_____. Secretaria de Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte. **Plano de Operacionalização para a Vacinação Contra Covid-19 no Rio Grande do Norte.** Natal: SESAP. 2020. 46 p.

_____. Secretaria de Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte. **Plano de Contingência Emergencial para Enfrentamento da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (Covid-19) do Hospital Regional Cleodon Carlos De Andrade.** Pau dos Ferros: HCCA, 2020. 30 p.

WANG, CHEN et al. Um novo surto de coronavírus que preocupa a saúde global. **The Lancet** , v. 395, n. 10223, p. 470-473, 2020.

WHO. World Health Organization-
<https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/situationreports>.
Centers for Disease Control and Prevention <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/about/transmission.html>>.

ZHU, N. et al. Um novo coronavírus de pacientes com pneumonia na China, 2019. **New England Journal of Medicine**, 2020.

ANEXOS

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Como higienizar as mãos com álcool em gel?

Duração do procedimento: 20 a 30 seg



Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.



Friccione as palmas das mãos entre si.



Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.



Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



Friccione o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa.



Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

Como higienizar as mãos com água e sabonete?

Duração do procedimento: 40 a 60 seg



Molhe as mãos com água.



Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos.



Ensaboe as palmas das mãos friccionando-as entre si.



Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais.



Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta,

segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



Esfregue o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão

direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa.



Enxágue bem as mãos com água.



Seque as mãos com papel toalha descartável.



No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha.



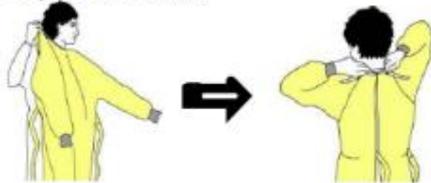
Agora suas mãos estão seguras.

PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE:

(1) Sequência de colocação dos EPI

- I. Reunir todo o equipamento de proteção individual necessário
- II. Higienizar as mãos

1. Capote ou avental



2. (a) Máscara cirúrgica ou (b) Máscara PFF-2, N-95 ou similar



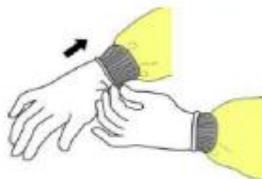
- Adapte a haste flexível ao nariz (ponta do nariz);
- Adapte a máscara à face e abaixo do queixo;
- Confira a adaptação do respirador/máscara.

3. Gorro (procedimentos de maior risco)

4. (a) Protetor ocular (a) ou (b) protetor de face



5. Luvas **Calçar duas luvas de procedimento**



- Use luvas não estéreis para isolamento e precaução;
- Selecione as luvas de acordo com o tamanho da mão;
- Ao calçar a luva estenda-a até cobrir o punho do avental de precauções.

(2) Sequência de retirada dos EPI

Remova o EPI à porta antes de deixar a sala ou quarto do paciente, ou na anti-sala

1. Luvas

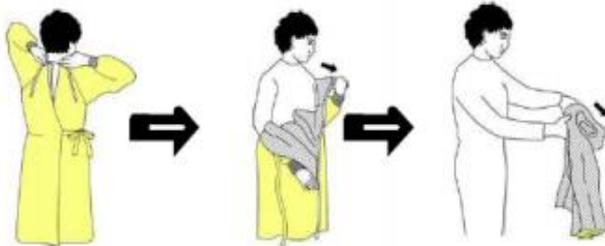
A primeira luva deverá ser retirada e descartada no quarto e a segunda luva na antessala.



- Segure o lado de fora da luva com a mão oposta enluvada e remova-a.
- Segure a luva removida com a mão não enluvada.
- Introduza os dedos da mão não enluvada no punho da luva e remova-a de dentro para fora.

2. Capote ou Avental

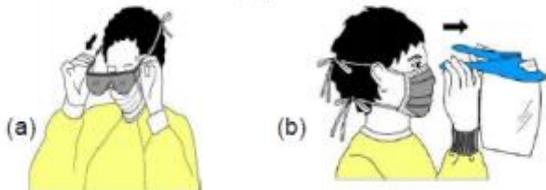
- Higienizar as mãos após retirar o capote ou avental



- Solte o laço do pescoço e depois o da cintura.
- Remova o avental de dentro para fora, sem tocar o exterior.
- Após removê-lo, descarte-o na lixeira ou Hamper no caso de ser reprocessado.

3. Gorro (se utilizado)

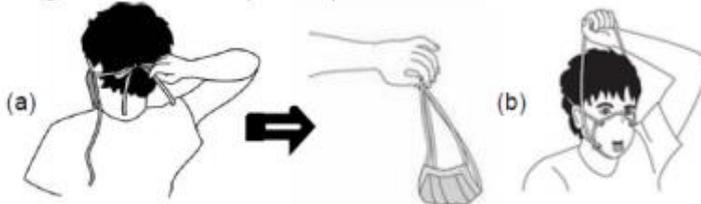
4. Protetor ocular ou (b) Protetor facial



- O lado externo dos óculos é contaminado.
- Para removê-los, segure-o pelas pernas.
- Coloque no recipiente para reprocessamento.

5. (a) Máscara cirúrgica ou (b) Máscara PFF-2, N-95 ou similar

- Evitar tocar a área externa da máscara - descartar
- Higienizar as mãos após desprezar a máscara



- Puxe apenas as alças inferiores e após as superiores e remova.
- Descarte na lixeira.

USO DE MÁSCARA NO CONTEXTO DA COVID-19

Tabela 1. Uso de máscara em locais de assistência à saúde, dependendo do cenário de transmissão, população-alvo, contexto, atividade e tipo*

Cenário de transmissão	População-alvo (quem)	Contexto (onde)	Atividade (o quê)	Tipo de máscara (qual)*
Transmissão comunitária suspeita ou confirmada ou aglomerados de casos de SARS-CoV-2	Trabalhadores da saúde e cuidadores	(incluindo atenção primária, secundária, terciária, atendimento ambulatorial e instituições de longa permanência)	Para qualquer atividade em áreas de atendimento a pacientes (COVID-19 ou não-COVID-19) ou em qualquer área comum (por ex., lanchonete, salas de funcionários)	Máscara cirúrgica (ou respirador em caso de procedimentos com geração de aerossóis)
	Outros funcionários, pacientes, visitantes, prestadores de serviços		Para qualquer atividade em áreas comuns	Máscara cirúrgica ou de tecido
	Pacientes internados	Em quartos individuais ou enfermarias	Quando não for possível manter distância física de pelo menos 1 metro	
	Trabalhadores da saúde e cuidadores	Comunidade	Visita domiciliar (por ex., para cuidados pré-natais ou pós-natais, ou para doença crônica)	Quando em contato direto com pacientes ou quando não for possível manter distância de pelo menos 1 metro.
Programas assistenciais comunitários/ serviços essenciais de rotina				
Transmissão esporádica confirmada ou suspeita de casos de SARS-CoV-2	Trabalhadores da saúde e cuidadores	(incluindo atenção primária, secundária, terciária, atendimento ambulatorial e instituições de longa permanência)	Área de enfermaria – independentemente de serem casos confirmados ou suspeitos de COVID-19	Máscara cirúrgica
	Outros funcionários, pacientes, visitantes,		Sem atividade de rotina em áreas de pacientes.	Não é necessário usar máscara cirúrgica. O uso
	prestadores de serviços e todos os outros			de máscara cirúrgica é necessário quando houver contato ou distância física de menos de 1 metro em relação aos pacientes, ou de acordo com a avaliação de risco local
	Trabalhadores da saúde e cuidadores	Comunidade	Visita domiciliar (por ex., para cuidados pré-natais ou pós-natais, ou para doença crônica)	Quando em contato direto ou quando não for possível manter distância de pelo menos 1 metro.
Programas assistenciais comunitários (por ex. rede de distribuição de leitos)				
Nenhum registro de transmissão do SARS-CoV-2	Trabalhadores da saúde e cuidadores	(incluindo atenção primária, secundária, terciária, atendimento ambulatorial e instituições de longa permanência)	Prestação de qualquer tipo de cuidados a pacientes	Uso de máscara cirúrgica de acordo com precauções padrão e baseadas na transmissão
		Comunidade	Programas assistenciais comunitários	
Qualquer cenário de transmissão	Trabalhadores da saúde	Serviços de saúde (incluindo atenção primária, secundária e terciária, atendimento ambulatorial e instituições de longa permanência para idosos), em ambientes onde são realizados procedimentos com geração de aerossóis (PGA)	Ao realizar PGA em pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19, ou atendimento em um contexto de PGAs em pacientes de COVID-19	Respirador (N95 ou N99 ou PFF2 ou PFF3)

*Esta tabela refere-se apenas ao uso de máscaras cirúrgicas e respiradores. O uso de máscaras cirúrgicas e respiradores talvez precise ser combinado a outros equipamentos de proteção individual e outras medidas, conforme apropriado, e sempre com higienização das mãos.

Tabela 2. Uso de máscaras em locais comunitários, dependendo do cenário de transmissão, contexto, população-alvo, finalidade e tipo*

Cenário de transmissão	Situações/contextos (onde)	População-alvo (quem)	Finalidade da máscara (por quê?)	Tipo de máscara (qual)
Transmissão comunitária confirmada ou suspeita, ou aglomerados de casos de SARS-CoV-2	Ambientes internos, quando a ventilação for inadequada ou impossível de avaliar, ou quando a manutenção do sistema de ventilação for insatisfatória, independentemente da possibilidade de se manter distanciamento físico de pelo menos 1 metro	População geral em locais públicos* como lojas, locais de trabalho compartilhados, escolas, igrejas, restaurantes, academias, etc. ou em locais fechados, como transportes públicos. Para domicílios, em ambientes internos, quando houver visitantes que não residam no local	Possível benefício de controle de fonte	Máscara de tecido
	Ambientes internos com ventilação adequada ¹ , mas sem possibilidade de distanciamento físico de pelo menos 1 metro			
	Ambientes externos sem possibilidade de distanciamento físico	População geral em ambientes como mercados abertos lotados, filas do lado de fora de edifícios, durante protestos, etc.		
	Ambientes sem possibilidade de distanciamento físico, em caso de indivíduos com maior risco de infecção e/ou desfechos negativos	Indivíduos/pessoas com maior risco de complicações graves da COVID-19: <ul style="list-style-type: none"> • Pessoas com idade ≥60 anos • Pessoas com comorbidades, como doença cardiovascular ou diabetes mellitus, doença pulmonar crônica, câncer, doença cerebrovascular, imunossupressão, obesidade, asma 	Proteção	Máscara cirúrgica
Transmissão esporádica confirmada ou suspeita ou nenhum registro de transmissão de casos de SARS-CoV-2	Abordagem baseada em risco	População em geral	Potencial benefício de controle de fonte e/ou proteção	Depende da finalidade (ver detalhes no conteúdo desta orientação)
Qualquer cenário de transmissão	Qualquer contexto na comunidade	Qualquer pessoa com suspeita ou confirmação de COVID-19, independentemente de ter sintomas ou não, ou aguardando resultados de testes virais, quando na presença de outras pessoas	Controle de fonte	Máscara cirúrgica

*Locais públicos fechados incluem qualquer ambiente fechado fora do domicílio

¹ Para conhecer os parâmetros de ventilação adequada, consulte as instituições regionais ou nacionais ou organizações que emitem normas de aquecimento, refrigeração e ar condicionado. Caso essas orientações não se apliquem ou não estejam disponíveis, deve-se considerar uma taxa de ventilação recomendada de 10 l/s/pessoa (exceto em locais de assistência à saúde, que têm requisitos específicos). Para mais informações, consulte "Coronavirus (COVID-19) response resources from ASHRAE and others" [Materiais para resposta ao novo coronavírus (COVID-19) da ASHRAE e outras organizações] <https://www.ashrae.org/technical-resources/resources>

ORIENTAÇÕES SOBRE MÁSCARAS NÃO CIRÚRGICAS (DE TECIDO)

Uma máscara não cirúrgica, também chamada de máscara de tecido, não é um produto de uso médico nem um equipamento de proteção individual. Máscaras não cirúrgicas são destinadas à população em geral, principalmente para a proteção de terceiros contra gotículas infectadas expelidas pelo usuário da máscara. Tais máscaras não são reguladas por autoridades locais de saúde ou organizações de saúde ocupacional, nem é exigido de seus fabricantes o cumprimento de normas estabelecidas por organizações reguladoras. Máscaras não cirúrgicas podem ser caseiras ou manufaturadas. Os parâmetros básicos de desempenho incluem boa respirabilidade, filtração das gotículas geradas pelo usuário, e ajuste firme no nariz e boca. O uso de válvulas de exalação nas máscaras não é recomendado, pois isso faz com que a máscara não cumpra

sua função de filtração. Máscaras não cirúrgicas são feitas de uma variedade de materiais tecidos e não- tecidos, como algodão, misturas de algodão e tecidos sintéticos, poliéster e polipropileno respirável de fiação contínua. Elas podem ser feitas com várias combinações de tecidos, sequências de camadas e formatos diferentes. Atualmente sabemos mais sobre os tecidos e combinações de tecidos geralmente usados para a produção de máscaras não cirúrgicas que atendam aos critérios de eficiência de filtração e respirabilidade (119, 146-150). Poucas desses tecidos e combinações já foram sistematicamente avaliados, e não há um único desenho, material de escolha, sequência de camadas ou formato recomendado entre as máscaras não cirúrgicas disponíveis e consideradas apropriadas. Ainda que haja estudos sobre tecidos únicos ou combinações de tecidos, poucos se focaram em um formato e ajuste universal para usuários. A combinação ilimitada de tecidos e materiais disponíveis resulta em filtragem e respirabilidade variáveis. Diante da escassez global de máscaras cirúrgicas e EPIs, incentivar o público a produzir suas próprias máscaras de tecido pode promover o empreendedorismo individual e a integração com a comunidade. Além disso, a produção de máscaras não cirúrgicas pode criar uma fonte de renda para os que passam a produzir máscaras dentro de suas comunidades. As máscaras de tecido podem ser também uma forma de expressão cultural, incentivando a aceitação pública das medidas de proteção em geral. A reutilização segura de máscaras de tecido também reduz custos e desperdício, contribuindo para a sustentabilidade.

