



RIO GRANDE DO NORTE
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE PÚBLICA – SESAP

PLANO DE CONTINGÊNCIA REGIONAL PARA INFECÇÃO HUMANA PELO NOVO CORONAVÍRUS

PRIMEIRA REGIÃO DE SAÚDE
RIO GRANDE DO NORTE - 2021



GOVERNADORA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

MARIA DE FÁTIMA BEZERRA

**SECRETÁRIO-CHEFE DO GABINETE CIVIL DA GOVERNADORA DO
ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

RAIMUNDO ALVES JÚNIOR

**SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DO RIO
GRANDE DO NORTE**

CIPRIANO MAIA DE VASCONCELOS

**SECRETÁRIA-ADJUNTA DA SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DO RIO
GRANDE DO NORTE**

MAURA VANESSA SILVA SOBREIRA

SUBSECRETÁRIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

LYANE RAMALHO CORTEZ

COORDENADORA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

NEUMA LÚCIA DE OLIVEIRA

**COORDENADORA DE OPERAÇÕES DE HOSPITAIS E UNIDADES DE
REFERÊNCIA – COHUR DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

GILSANDRA DE LIRA FERNANDES

**ASSESSORA TÉCNICA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

MÁRCIA DA CUNHA SILVA PELLEENSE

GERENTE DA I UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

KRISTIANE CARVALHO FIALHO

**CHEFE DE GRUPO AUXILIAR EQUIPE TÉCNICO DA I UNIDADE
REGIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

CAMILA MATIAS NASCIMENTO

**COORDENADOR DO NÚCLEO ADMINISTRATIVO DA I UNIDADE
REGIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

JOÃO VENTURA DA SILVA

**FORÇA TAREFA INTERSETORIAL ADMINISTRATIVA PARA O
ENFRENTAMENTO AO NOVO CORONAVÍRUS (FIA/COVID-19)**

ALTAIR SOARES DA ROCHA FILHO (GAC)

DANIELLE CARVALHO ASSUNÇÃO (CONTROL)

FELIPE MICHAEL JUVÊNCIO SANTANA (SEAD)

JANNE MARIA DE ARAÚJO (PGE)

LUCIANA DALTRO DE PÁDUA CASTRO (COORDENADORA-GERAL - GAC)

LUÍS RENATO NOGUEIRA DA ROCHA (SEAD)

MARIA ANTÔNIA SALES DE OLIVEIRA (PGE)

THALES EGÍDIO MACEDO DANTAS (PGE)

THIAGO FRANKLIN LIMA DA SILVA (SEPLAN)

**EQUIPE DE ATUALIZAÇÃO DO PLANO DE CONTINGÊNCIA REGIONAL
PARA INFECÇÃO HUMANA PELO NOVO CORONAVÍRUS – PRIMEIRA
REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

KRISTIANE CARVALHO FIALHO (SESAP)

CAMILA MATIAS NASCIMENTO (SESAP)

IZABEL CRISTINA FIGUEIREDO DIAS EMERENCIANO (SESAP)

JUSSARA LISBOA VIANA (SESAP)

MARIA DE LOURDES COELHO (SESAP)

JANEIRO

2021

APRESENTAÇÃO

Diante do cenário de pandemia provocado pelo Novo Coronavírus (SARS-CoV-2) e a notificação dos primeiros casos no território nacional, o Governo do Estado do Rio Grande do Norte, em caráter ainda preventivo, lançou o Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana Pelo COVID-19 com vistas a minimizar os efeitos da disseminação de uma cepa pandêmica sobre a morbimortalidade e suas repercussões na economia e no funcionamento dos serviços essenciais.

Com a constatação dos primeiros casos no Estado, a rápida disseminação, bem como o estabelecimento de novas diretrizes internacionais e nacionais para combate ao vírus, foi lançada nove versões do Plano de Contingência Estadual, a última atualização em 10 de dezembro. Durante esse processo de atualização desse Plano foi identificada a necessidade de combinar diferentes estratégias de enfrentamento ao vírus focadas não só na intersectorialidade, mas também na primordialidade de coordenar ações de maneira descentralizada, considerando as especificidades e o contexto da organização assistencial para enfrentamento do vírus nas diferentes regiões de saúde do Estado.

Nessa perspectiva, esse plano foi elaborado, a partir da constituição do Comitê Regional de Enfrentamento de Emergências e Eventos de Importância de Saúde Pública, coordenado pela Direção da Unidade Regional de Saúde Pública (URSAP), representantes dos Secretários Municipais de Saúde e a Direção do Hospital Lindolfo Gomes Vidal, contando com o apoio da Secretaria de Estado da Saúde Pública, representado pela Coordenação de Controle e Sistema de Saúde, e da Força-Tarefa Intersetorial Administrativa para o Enfrentamento ao Novo Coronavírus (FIA/COVID-19).

Ainda mais, o Plano de Contingência Regional passou por uma fase de atualização de informações em setembro e foi aprovado na CIR em dezembro de 2020. Alguns dos principais dados recentes sobre o COVID-19 na região e por municípios foram atualizados, assim como procedimentos e fluxos para o enfrentamento a COVID-19. Também foi inserido estratégias para operacionalização da vacina contra COVID-19.

Ressaltamos que este Plano de Contingência Regional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus da Primeira Região de Saúde do Estado, faz

parte de um conjunto de ações adotadas pelo Governo do Estado em parceria com os municípios do Rio Grande do Norte, visando conter a disseminação no vírus em todo o território potiguar.

CIPRIANO MAIA DE VASCONCELOS
Secretário de Estado da Saúde Pública

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
1. CARACTERIZAÇÃO DA PRIMEIRA REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE.....	9
2. PANORAMA GERAL DA DISSEMINAÇÃO DO NOVO CORONAVÍRUS NA PRIMEIRA REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE.....	17
3. ESCOPO SIMPLIFICADO PLANO DE CONTINGÊNCIA REGIONAL PARA INFECÇÃO HUMANA PELO NOVO CORONAVÍRUS.....	25
3.1 OBJETIVO GERAL.....	25
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
3.3 PROTOCOLOS E FLUXOS DE ATENDIMENTO.....	25
3.4 COMPETÊNCIA DOS ENTES FEDERADOS E A PROPOSTA ASSISTENCIAL PARA PRIMEIRA REGIÃO DE SAÚDE.....	26
4. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE PARA ENFRENTAMENTO AO COVID-19.....	29
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA I REGIÃO DE SAÚDE.....	29
4.2 MANEJO CLÍNICO NA APS/ESF.....	30
4.3 MEDIDAS PARA EVITAR CONTÁGIO POR VÍRUS CAUSADORES DE SÍNDROME GRIPAL NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.....	32
4.4 ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	33
4.4.1 PROCEDIMENTOS DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO.....	34
5. VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR E AMBIENTAL.....	35
6. A VACINA CONTRA COVID-19 NA PRIMEIRA REGIÃO DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO NORTE.....	38
6.1 FARMACOVIGILÂNCIA.....	42

6.2 PRECAUÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES À ADMINISTRAÇÃO DA VACINA.....	43
6.3 GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS PROVENIENTES DA VACINAÇÃO.....	44
6.4 ARMAZENAMENTO DAS VACINAS NA I REGIONAL DE SAÚDE E RECOMENDAÇÕES PARA AS SALAS DE VACINA NOS MUNICÍPIOS....	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50

INTRODUÇÃO

Este documento apresenta o Plano de Contingência Regional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus. Cabe destacar, inicialmente, que este Plano de Contingência Regional está vinculado ao Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus COVID-19, assim como ao Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana Pelo COVID-19, elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte.

Este Plano Regional tem como foco a Primeira Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte que é composta pelos municípios Arês, Baía Formosa, Brejinho, Jundiá, Canguaretama, Espírito Santo, Goianinha, Lagoa D'anta, Lagoa de Pedras, Lagoa Salgada, Montanhas, Monte Alegre, Monte das Gameleiras, Nísia Floresta, Nova Cruz, Passa e Fica, Passagem, Pedro Velho, Santo Antônio, São José do Mipibu, Senador Georgino Avelino, Serra de São Bento, Serrinha, Tibau do Sul, Várzea, Vera Cruz e Vila Flor.

Dessa forma, este Plano traz em seu escopo elementos norteadores para o enfrentamento ao Novo Coronavírus tanto para administração pública municipal, quanto para os profissionais de saúde, considerando as demandas específicas dos municípios que compõem a Primeira Região de Saúde e as características específicas da propagação do vírus nesta área do território potiguar.

Para isso, este plano subdivide-se em seis tópicos, além desta introdução, sendo eles: caracterização da Primeira Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte; Panorama geral da disseminação do Novo Coronavírus na Primeira Região de Saúde; Escopo simplificado do Plano, contendo objetivos geral e específicos, protocolos e fluxos de atendimentos, competências dos entes federados e a proposta assistencial para a Primeira Região de Saúde; Considerações Finais, Referências e Anexos.

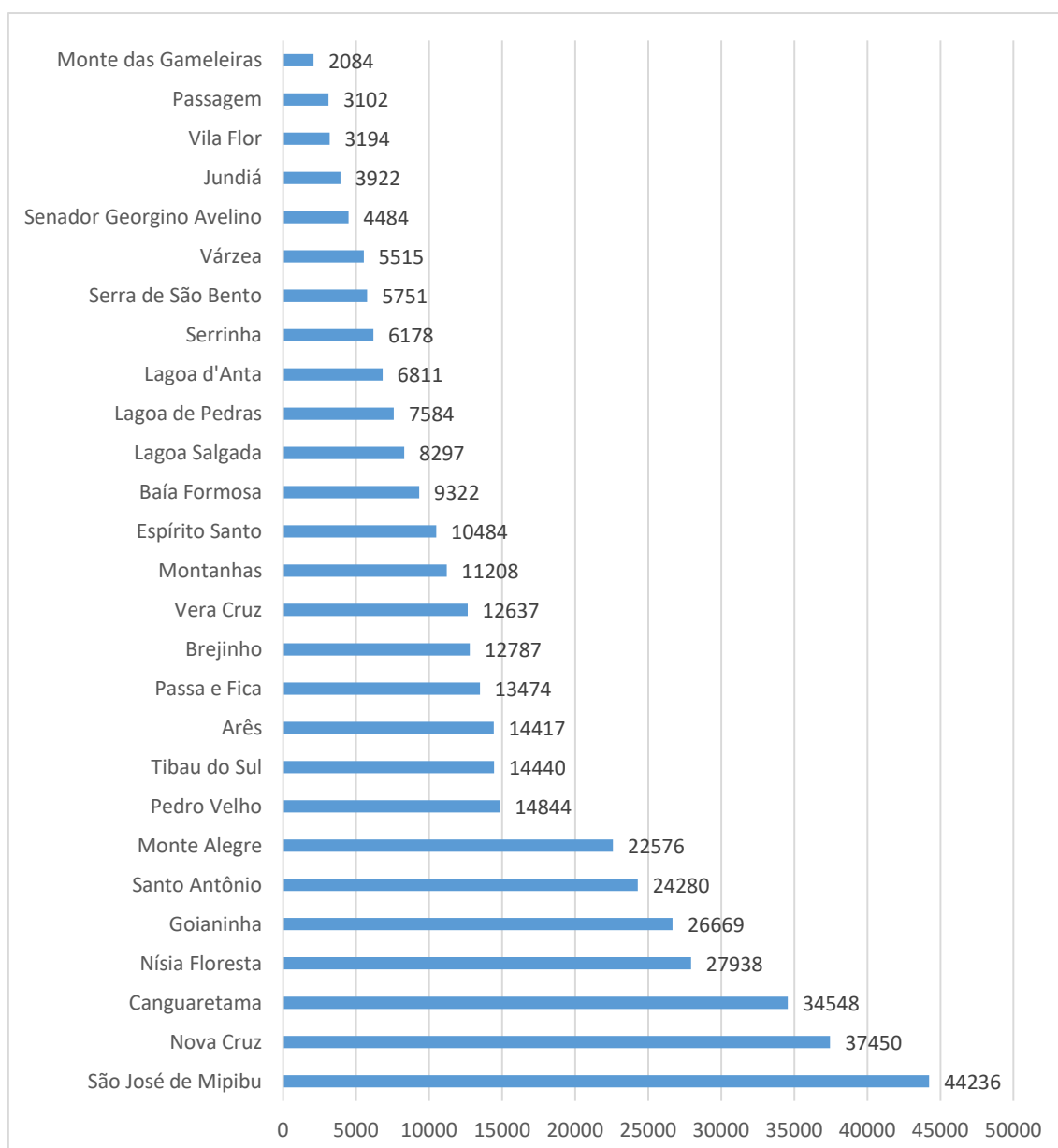
1. CARACTERIZAÇÃO DA PRIMEIRA REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

No que tange à estrutura de saúde, o Estado do Rio Grande do Norte divide-se, atualmente, em seis Unidades Regionais de Saúde Pública – URSAP e em oito Regiões de Saúde. Tomando como base a Portaria Nº 399, de Fevereiro de 2006 que explicita que “*A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores*”, a utilização desse mecanismo de regionalização e descentralização das competências das demandas torna o processo de medidas adotadas mais ágil e eficaz pelos entes federativos.

A Primeira Região de Saúde abrange uma área territorial de 3.783,5 KM², com uma população estimada pelo IBGE em 2020 de 388.232 habitantes, e é composta por 27 municípios, incluindo o município sede da regional São José de Mipibu, sendo eles: Arês, Baía Formosa, Brejinho, Canguaretama, Espírito Santo, Goianinha, Jundiá, Lagoa D’anta, Lagoa de Pedras, Lagoa Salgada, Montanhas, Monte Alegre, Monte das Gameleiras, Nísia Floresta, Nova Cruz, Passa e Fica e Passagem, Pedro Velho, Santo Antônio, São José do Mipibu, Senador Georgino Avelino, Serra de São Bento, Serrinha, Tibau do Sul, Várzea, Vera Cruz, Vila Flor.

No gráfico 1, é possível identificar o número total de população em cada município da I região de saúde, por ordem crescente. Monte das Gameleiras, Passagem e Vila Flor são as cidades com os menores números de habitantes, em contradição está São José de Mipibu, Nova Cruz e Canguaretama que tem os maiores números.

Gráfico 1. Número de habitantes por município da I Região de Saúde do Rio Grande do Norte



Fonte: IBGE. População Estimada [2020]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/panorama>. Acesso em: 16/09/2020. Elaboração própria.

Essas cidades também pertencem há três microrregiões geográficas, que são a metropolitana, a zona da mata (também denominada de litoral sul) e o agreste. A maioria desses municípios tem a agricultura e a carcinicultura como principais atividades produtivas. O monocultivo do açúcar destaca-se com participação expressiva na agricultura norte-rio-grandense. Essas cidades também têm destaque nacional na produção de camarão.

Outra atividade que influência na economia da região é o turismo, pelas praias, pela religião (Santos Mártires de Cunhaú) e pelas serras. Assim se

destacam as cidades de: a) Baía Formosa; b) Canguaretama; c) Monte das Gameleiras; d) Nísia Floresta; e) Serrinha; f) Senador Georgino Avelino; g) Tibau do Sul.

A partir das características dos municípios é possível mensurar aqueles que produzem mais e menos riqueza. O gráfico 2 identifica o valor do Produto Interno Bruto (PIB) per capita de cada cidade. Pela Unidade Estiva de cana-de-açúcar, Arês é considerada a cidade com maior PIB da região, seguida por Senador Georgino Avelino e Tibau do Sul, que recebem turistas pelos seus litorais. Enquanto isso, Espírito, Lagoa d' Anta Santo e Várzea são as cidades com os menores valores do PIB.

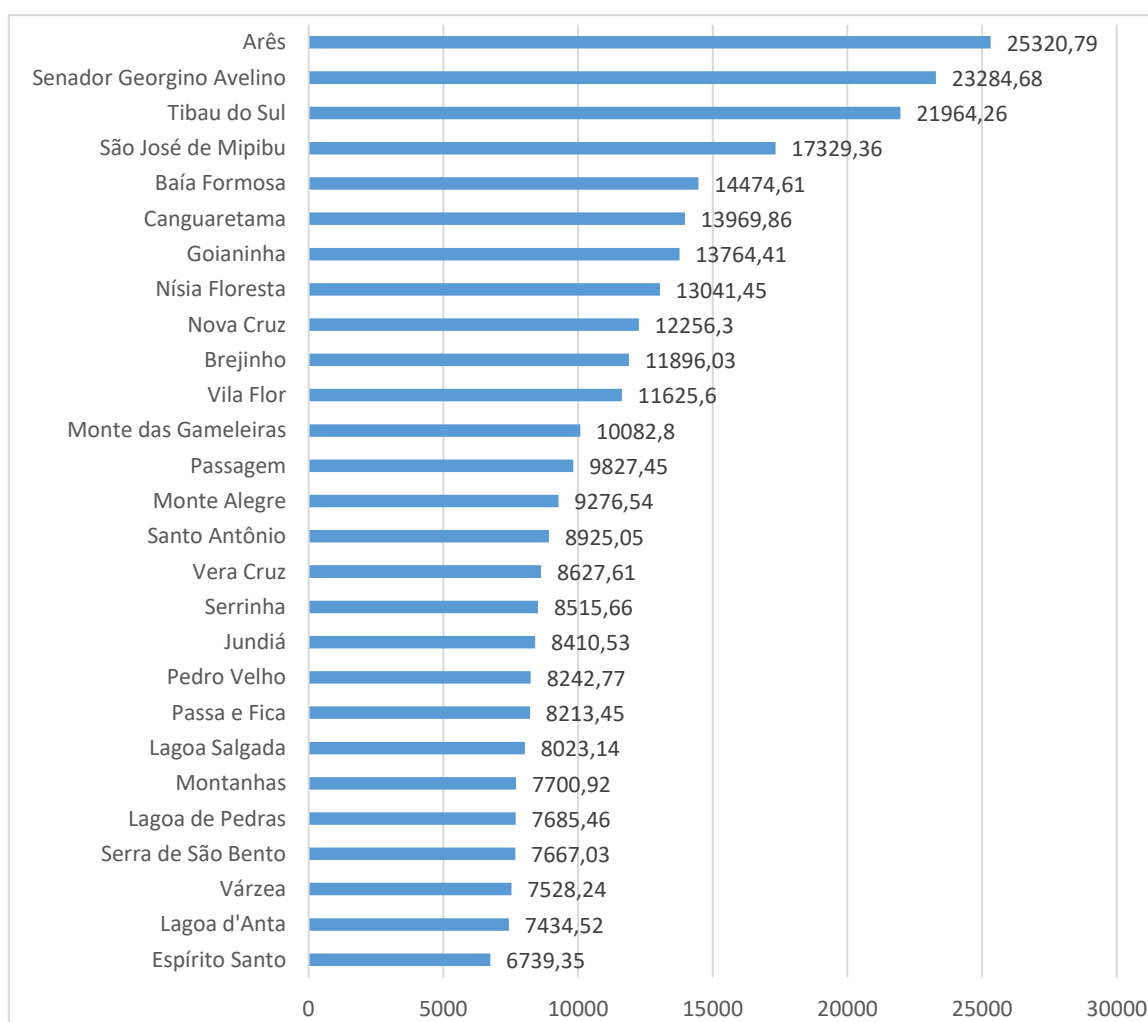
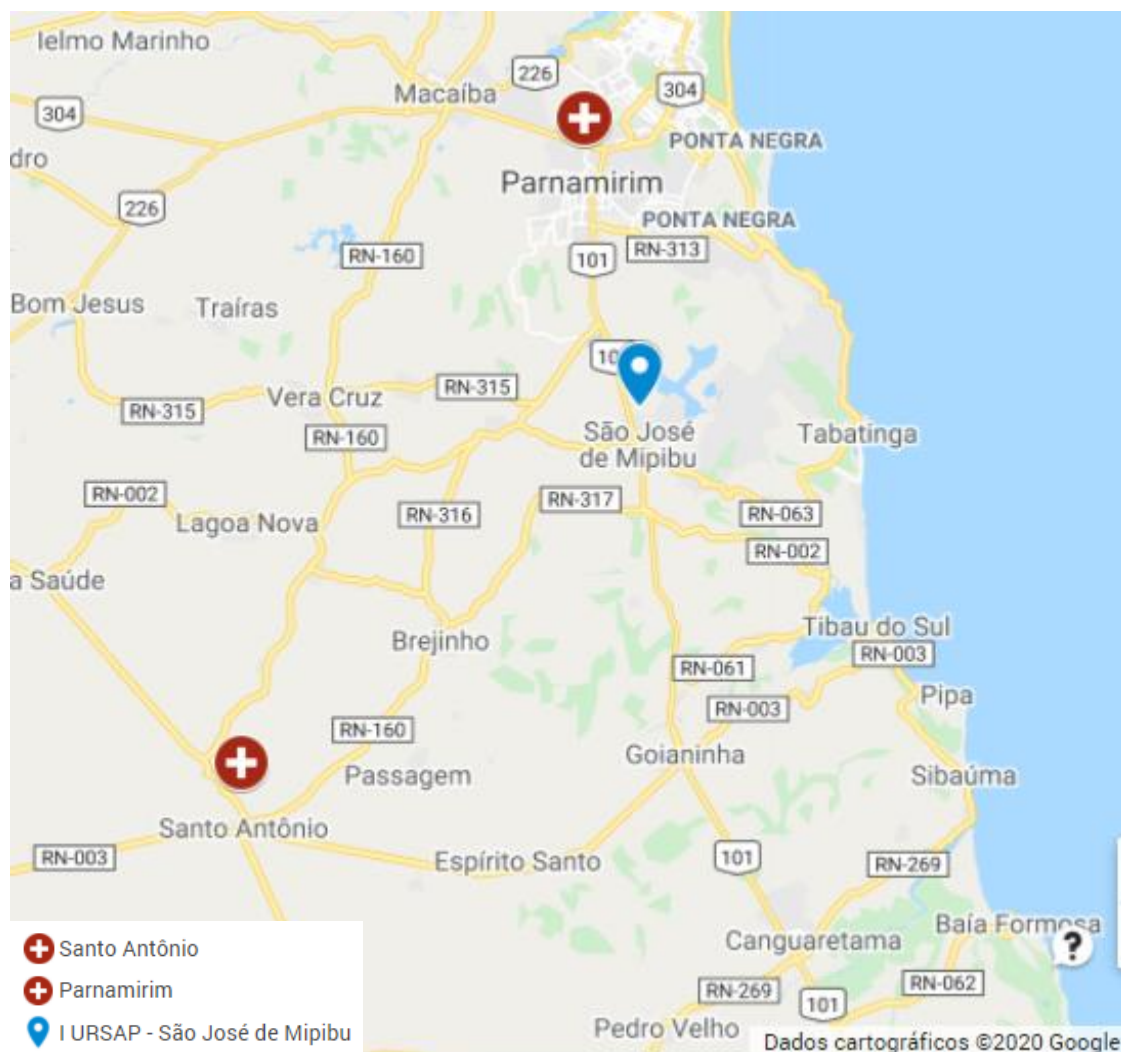


Gráfico 2. Produto Interno Bruto per capita por município da I região de Saúde do Rio Grande do Norte

Fonte: IBGE. Censo Demográfico, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/panorama>. Acesso em: 16/09/2020. Elaboração própria.

No mapa 1, é possível identificar que a I Região de Saúde faz fronteira com a VII Região (Região Metropolitana de Natal) mais especificamente com o município de Parnamirim, fluxo natural de trânsito de quem se dirige para a capital do estado. Esse município tem uma rede de serviços e complexidade um pouco mais estruturada do que os municípios da I Região. Assim, considerando essa proximidade geográfica, a rede de atenção do município de Parnamirim e a necessidade assistencial da primeira região, esse município comporá este plano de contingência regional para a COVID 19, especificamente em relação a leitos.

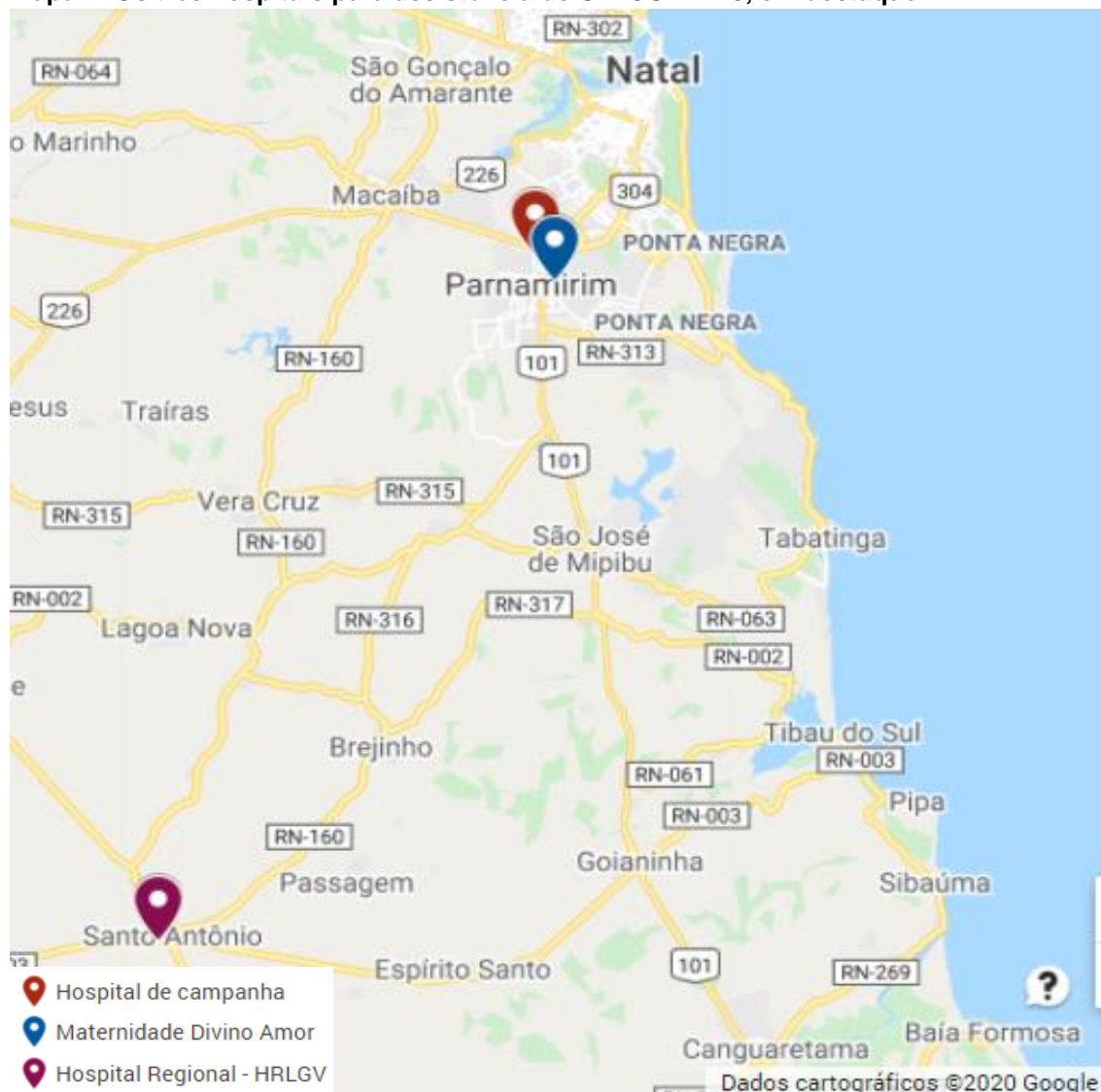
Mapa 1: A sede administrativa da I Região de Saúde, São José de Mipibu, e os municípios referência para assistência de UTI COVID 19, em destaque



Fonte: dados cartográficos Google, 2020. Elaboração própria.

Em reunião da CIR, houve negociação e pactuação com Gestores da Região, aprovada na Comissão Intergestores Regional (CIR), para credenciar o município de Parnamirim como referência Micro Regional para assistência de Alta Complexidade, especificamente Leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Leitos Críticos, no Hospital de Campanha de Parnamirim e Hospital Maternidade do Divino Amor, como também, o Hospital Regional Lindolfo Gomes Vidal, de Santo Antônio, como sinalizado no mapa 2. Para essa pactuação houve formalização jurídica, mediada pelo MP-RN, através de um termo, assinado por prefeitos e procuradores municipais, que definiu a transferência de recursos entre os municípios referenciados e os demais para financiamento desse nível de assistência.

Mapa 2: Os três hospitais para assistência de UTI COVID 19, em destaque



Fonte: dados cartográficos Google, 2020. Elaboração própria.

Sobre o contingente populacional, a I Região de Saúde tem uma população em situação de vulnerabilidade social, minorias sociais e/ou grupos específicos integrada entre outros pela população: a) LGBT; b) população em regime de privação da liberdade, há dois presídios, localizados em Nísia Floresta e Nova Cruz, e uma população carcerária de aproximadamente 2.349 e 197, respectivamente; c) doze assentamentos rurais, localizados em Nova Cruz, Lagoa de Pedras, Santo Antônio e São José de Mipibu (há outros, mas não identificamos); d) três acampamentos de população sem-terra, localizados em Canguaretama (há outros, mas não identificamos); e) sete comunidades quilombolas, localizados em Jundiá (150 famílias), Santo Antônio (233 famílias), Tibau do Sul (165 famílias); f) três comunidades indígenas, localizados em Baía Formosa (205 famílias) e Canguaretama/Goianinha (226 famílias); g) uma comunidade cigana, localizada em Santo Antônio (8 famílias); h) juventude em situação de desemprego e exposição às drogas; i) idosos abrigados em instituições, localizadas em Arês, São José de Mipibu e Vera Cruz; j) população residente próximo a rios, lagos e mangues, portanto, expostas a riscos de contaminação ambiental; k) cinco Comunidades Terapêuticas, localizada em Canguaretama e São José de Mipibu.

Ainda mais, a população em situação de rua foi identificada nessas cidades: Canguaretama; Espírito Santo; Montanhas; Nova Cruz; Santo Antônio; São José de Mipibu; e Serra de São Bento. Vale ressaltar que esses grupos podem migrar para outras regiões.

Para atender a esses grupos sociais foram elaborados pela Secretaria de Estado da Saúde Pública uma série de Planos Emergenciais, o link de acesso está no quadro 1, objetivando nortear as ações de enfrentamento ao Novo Coronavírus, considerando as especificidades e demandas de cada um desses grupos minoritários e/ou em situação de vulnerabilidade social.

Quadro 1. Planos Emergenciais para atenção a população específica e seus respectivos links de acesso

Planos Emergenciais	Link
População em situação de rua, refugiados, apátridas e migrantes	http://www.adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000234821.PDF
População indígena	http://www.adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000234819.PDF
População do campo, das águas e das florestas	http://www.adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000234255.PDF
População negra, quilombola e de periferia	http://www.adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000234259.PDF
População LGBT+	http://www.adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000234266.PDF

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte, 2020. Elaboração própria.

Em relação aos equipamentos de saúde pública para atender a população da I Região de Saúde, o Estado do Rio Grande do Norte conta com um Sistema Estadual de Vigilância Epidemiológica que abrange os 167 municípios que compõem o Estado e são coordenados pela SUVIGE-CPS/SESAP-RN. Dentro dessa estrutura, tem-se os núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS).

Em relação as demais estruturas, a I Região conta com serviços de assistência a Atenção Básica que serão destacados em outros capítulo, e os demais estabelecimentos são: a) cinco Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); b) cinco Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); c) um Hospital Geral; d) um Hospital Maternidade; e) uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA); f) um Pronto Atendimento (PA); g) 92 ambulâncias; h) sete Unidades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com suporte básico e uma com suporte avançado.

2. PANORAMA GERAL DA DISSEMINAÇÃO DO NOVO CORONAVÍRUS NA PRIMEIRA REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

A COVID-19 consiste em uma infecção respiratória aguda causada pelo Coronavírus 2 (SARS-CoV-2), o Novo Coronavírus. De acordo com o manual BMJ Best Practice (2020), os primeiros casos foram diagnosticados em pessoas que frequentaram um mercado de animais vivos no sul da China e o vírus foi detectado, a partir de amostras desses pacientes.

O CoV é um grupo viral que ocasiona de sintomas do resfriado comum à uma pneumonia viral grave. O grupo CoV é composto por diferentes tipos de vírus que possuem sintomas parecidos. O SARS-CoV foi primeiro vírus do grupo a ser identificado, ainda no ano de 2002, quando causou um surto de síndrome respiratória aguda grave (SARS). O segundo foi o MERS-CoV, identificado em 2012, quando foi classificado como a causa da síndrome respiratória do Oriente Médio (BMJ BEST PRACTICE, 2020; RIO GRANDE DO NORTE, 2020).

O SARS-CoV-2, Novo Coronavírus, gera sintomas parecidos com os outros vírus da classe do CoV, porém possuiu efeitos mais avassaladores, não só pela alta taxa de letalidade, sobretudo em pessoas classificadas como pertencentes ao grupo de risco, mas também pela forma de transmissão do vírus, que ocorreu de animais (hospedeiros intermediários) para humanos e, em seguida, passou a ocorrer de humano para humano em meados de dezembro de 2019 (BMJ BEST PRACTICE, 2020).

Ainda de acordo com o BMJ Best Practice (2020), infere-se que a transmissão do vírus de pessoa para pessoa ocorre através do contato pessoal, por intermédio de espirro, tosse, gotículas de saliva e catarro; do contato pessoal próximo (toque ou aperto de mão); e do contato com objetos ou superfícies contaminadas, seguido de contato com a boca, nariz ou olhos. O período de incubação do vírus varia de 1 a 14 dias, geralmente ficando em torno de 5 dias. Cabe destacar que, ainda durante o período de incubação, já pode ocorrer a disseminação pré-sintomática do vírus, além da ocorrência de

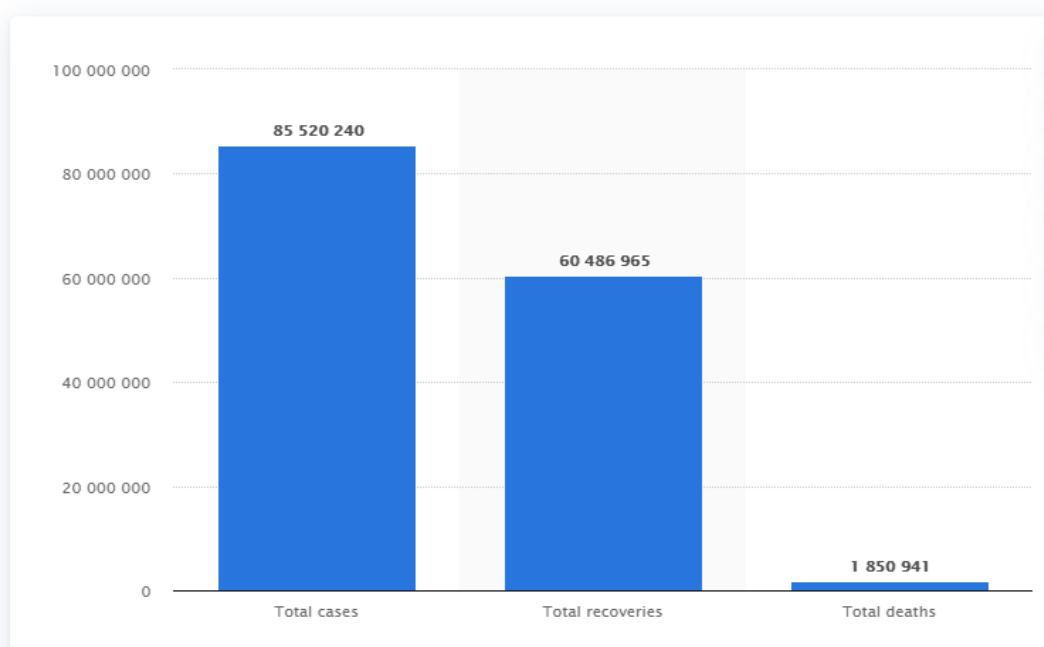
casos de pacientes assintomáticos que não desenvolvem sintomas, mas transmitem o vírus.

Devido à rápida disseminação do vírus, em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu a declaração de emergência de saúde pública de importância internacional e, em 11 de março de 2020, declarou pandemia, devido a forma como a doença se expandiu em escala global (BMJ BEST PRACTICE, 2020).

Os dados acerca da disseminação do vírus demonstram a complexidade da doença e seus males acarretados. De acordo com o mecanismo de monitoramento da propagação da COVID-19, criado pelo statista, no dia 04 de Janeiro de 2021, o Novo Coronavírus infectou 85.520.240 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo 60.486.965 milhões de casos recuperados e 1.850.941 milhão de óbitos como pode ser observado no gráfico abaixo:

Gráfico 3: Número total de casos, de pessoas recuperadas e de óbitos por Coronavírus (COVID-19) em todo o mundo, até 04 de Janeiro/2021

Number of coronavirus (COVID-19) cases, recoveries, and 2021



Fonte: STATISTA, 2020. Disponível em: <https://www.statista.com/statistics/1087466/covid19-cases-recoveries-deaths-worldwide/>. Acessando em: 04/01/2021 em 12h

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (Portaria n.º 454, de 20 de março de 2020), existe a transmissão comunitária do vírus em todo o território nacional. Em 04 de Janeiro de 2021, um total de 7.700.578 casos confirmados, 6.855.372 de recuperados e 195.411 mil óbitos. (Fonte: Acesso em: <https://portalcovid19.saude.rn.gov.br/> no dia 04/01/2021 às 12h).

Segundo o Boletim da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP), o Estado, no mesmo período, possui um total de 118.691 mil pessoas confirmadas infectadas pelo vírus, 58.509 suspeitos, 59.105 pessoas recuperadas, e 2.876 óbitos em investigação no dia 04 de Janeiro de 2021.

Diante do cenário de pandemia instaurado pela COVID-19, fez-se necessária a elaboração de um conjunto de estratégias pelo poder público com vistas a possibilitar o enfrentamento da pandemia e minimizar os seus impactos na sociedade. No contexto brasileiro, mesmo com as medidas de prevenção a disseminação e enfrentamento ao Novo Coronavírus (SARS-CoV-2) delineadas por parte do governo central, os governos locais (Estados e Municípios) também precisaram elaborar estratégias ainda mais eficazes na ponta.

Esse contexto de pandemia em virtude da COVID-19 fez com que o Estado do Rio Grande do Norte tomasse para si a responsabilidade de coordenar ações eficazes logo quando começaram a aparecer os primeiros casos no Brasil, a partir da elaboração do Plano de Contingência Estadual. Essas iniciativas foram pensadas para abarcar todo o território potiguar que é composto por 167 municípios, tanto no que tange à saúde pública, quanto no que diz respeito aos aspectos sociais e econômicos. Dessa forma, o Governo do Estado do Rio Grande do Norte tem demonstrado seu compromisso com a população potiguar criando medidas eficazes de enfrentamento à COVID-19.

O aumento do número de casos no território potiguar fez com que fossem pensadas novas formas de enfrentar a doença e, a partir de então, percebeu-se a imprescindibilidade de formular soluções que considerassem o Estado como um todo, assim como especificidades das diferentes regiões de saúde do Estado.

A tabela 1, abaixo, apresenta as estatísticas da COVID-19 por Regiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte, no período de 17 de maio de 2020. Esse período representa a primeira versão do plano de contingência da I Região de Saúde.

Tabela 1: Estatísticas da COVID-19 por Regiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte

Região de Saúde	Casos confirmados	Óbitos confirmados	Letalidade
1 Região de Saúde	9153	191	2,1
2 Região de Saúde	19560	438	2,2
3 Região de Saúde	6527	191	2,9
4 Região de Saúde	12860	169	1,3
5 Região de Saúde	4982	111	2,2
6 Região de Saúde	9296	123	1,3
7 Região de Saúde	50214	1605	3,2
8 Região de Saúde	5491	165	3,0
Total RN	118083	2993	2,5

Fonte: Boletim Epidemiológico da Secretaria de Estado da Saúde Pública com dados de 30 de dezembro de 2020. Elaboração própria.

Nessa perspectiva de coordenar ações de maneira descentralizada, foi elaborado e atualizado este Plano de Contingência Regional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus que permite a integração entre os entes subnacionais, visa a eficácia nas ações empregadas pelo poder público e tem como foco a Primeira Região de Saúde do Estado.

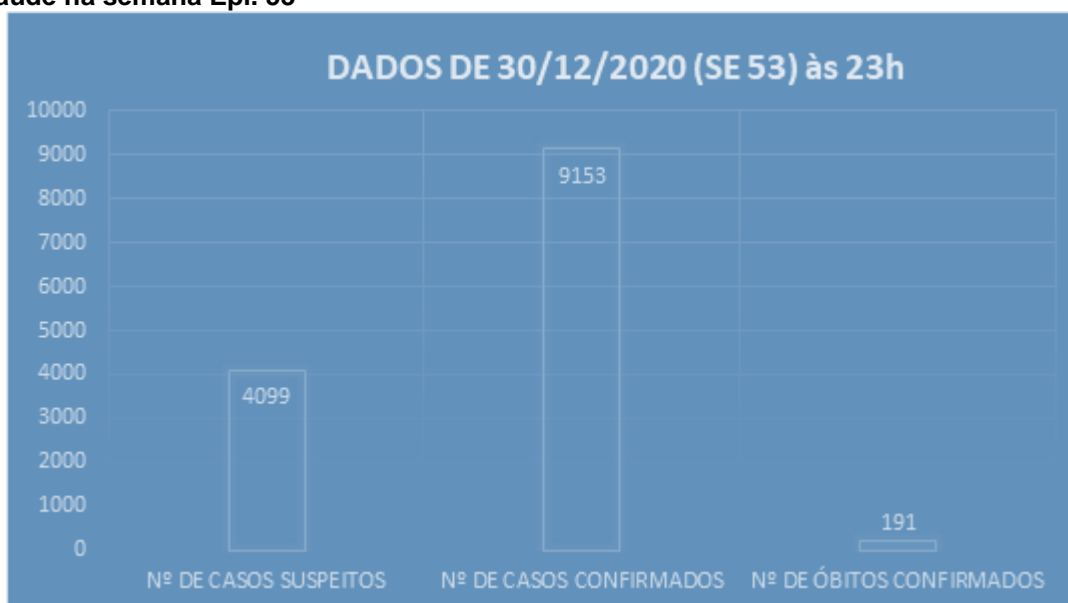
Em escala de maior grau de detalhamento, de acordo com o Boletim Epidemiológico, publicado pela Secretaria de Estado da Saúde Pública, com dados de 30 de Dezembro de 2020, as oito Regiões de Saúde possuíam um total de 118.083 casos confirmados, em que a Primeira Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte possui 9153 casos confirmados e 191 óbitos provocados pela COVID-19. Em comparação com as demais, a I região

apresenta taxa de letalidade de 2,1, enquanto na a Região 7 apresenta taxa de 3,2.

Nesse sentido, fez-se necessária uma intervenção do poder público estadual e municipal dos 27 municípios que compõem a Região, objetivando ampliar a capacidade de resposta da estrutura de saúde pública destes municípios para se preparar para o enfrentamento ao Novo Coronavírus na Região com vistas a não sobrecarregar os hospitais de Natal e Região Metropolitana, assim como possibilitar um rápido atendimento e combate a disseminação do vírus nesses.

Após meses de pandemia, faz necessário um novo olhar aos dados do Covid-19. A seguir, serão apresentados os dados da semana epidemiológica 53 da primeira Região de Saúde, como mostra o gráfico 4.

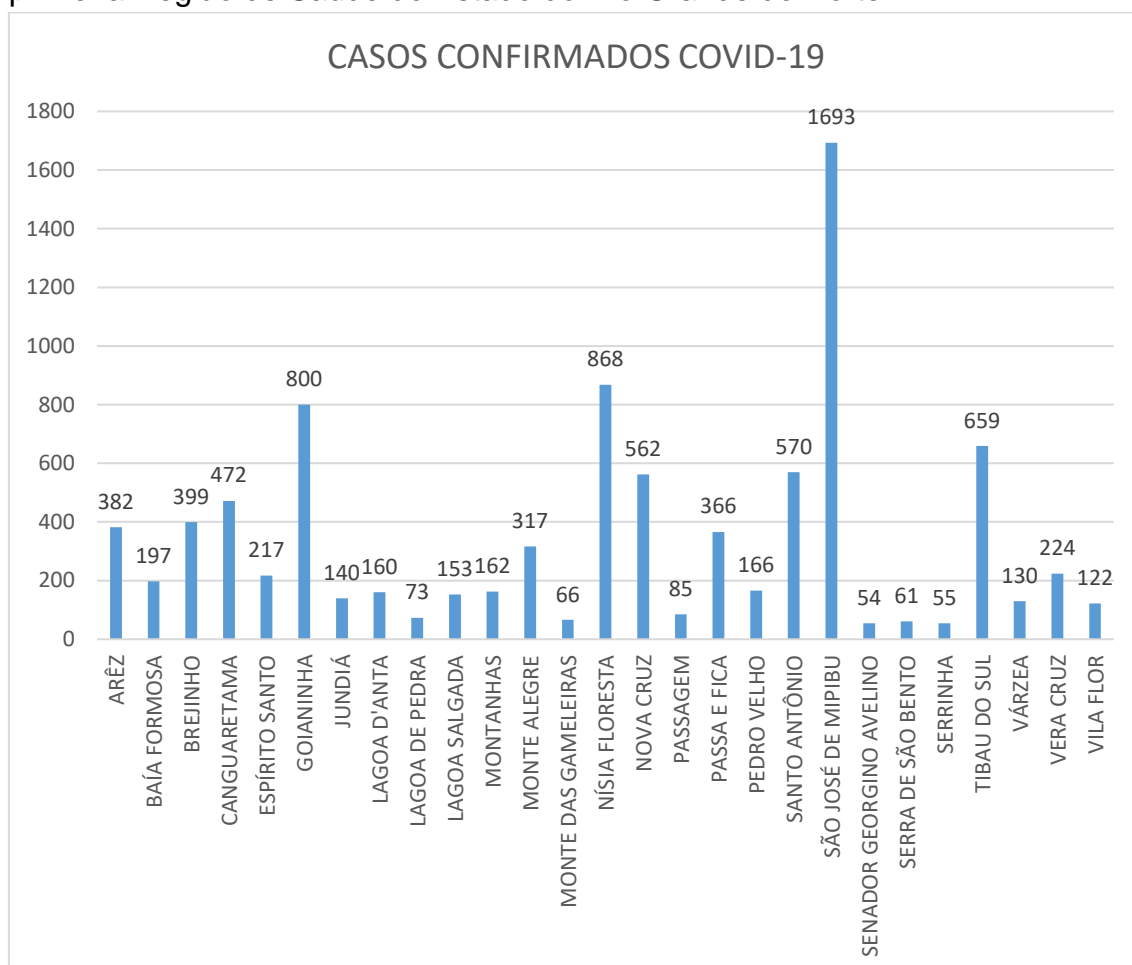
Gráfico 4: Número de casos suspeitos, confirmados e óbitos da primeira Região de Saúde na semana Epi. 53



Fonte: Fonte: SUVIGE/CPS/SESAP; FormSUScap/E-SUS VE-MS; GAL/LACEN-RN; Lab. Privado; *Dados extraídos em 30/12/2020 (SE 53) às 23h, sujeitos a alterações. Taxa de notificação e Coeficiente de Incidência foram calculados com base na estimativa populacional do IBGE para 2020. Elaboração Própria.

Atualmente, os números de casos confirmados da COVID-19 nos municípios da primeira Região de Saúde podem ser visualizados no Gráfico 5.

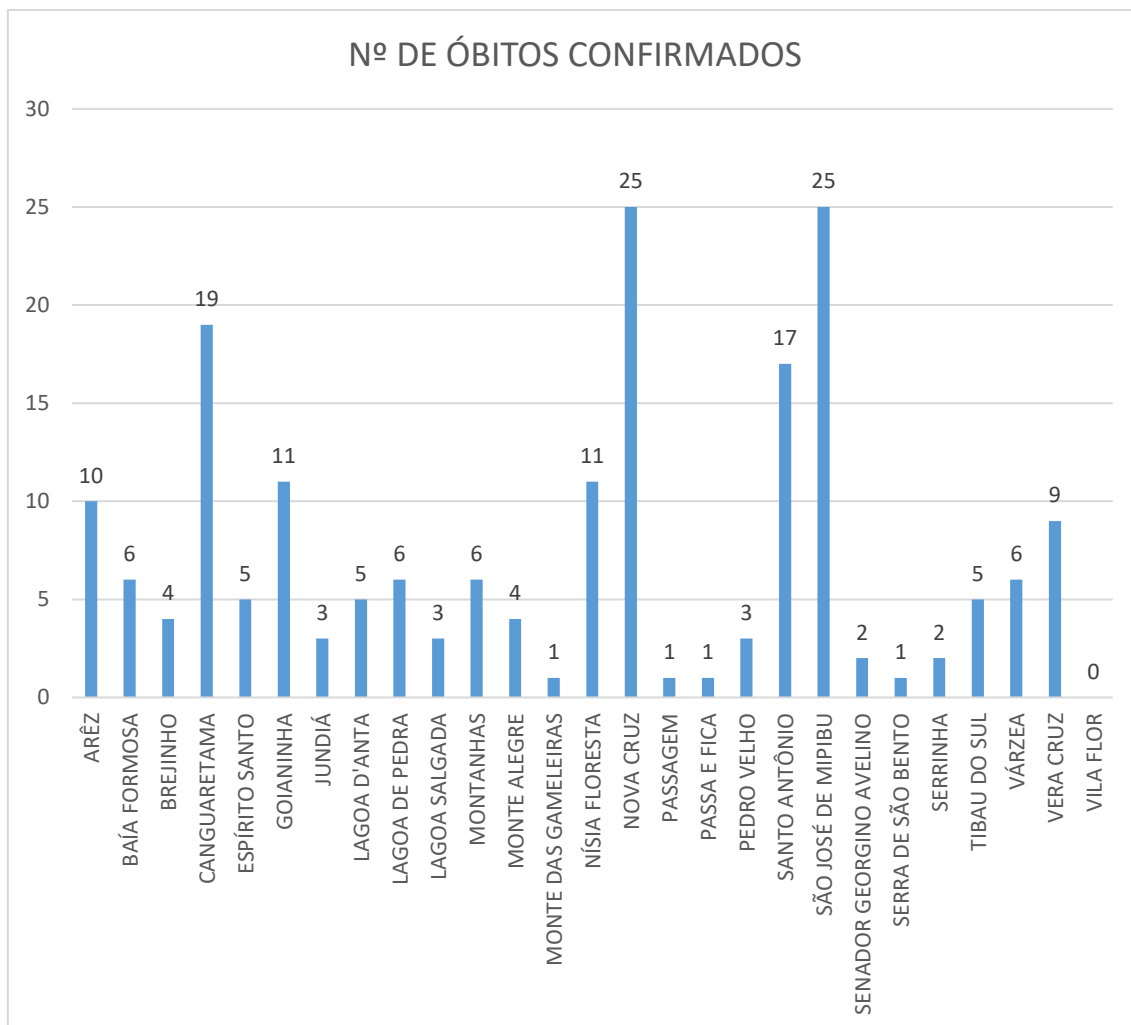
Gráfico 5: Quantitativo de casos confirmados da COVID-19 por municípios da primeira Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte



Fonte: SUVIGE/CPS/SESAP; FormSUScap/E-SUS VE-MS; GAL/LACEN-RN; Lab. Privado; Secretarias Municipais de Saúde - boletins e relatórios submetidos à Sesap. *Dados extraídos em 30/12/2020 (SE 53) às 23h, sujeitos a alterações. Taxa de notificação e Coeficiente de Incidência foram calculados com base na estimativa populacional do IBGE para 2020. **Houve flutuações de casos e óbitos entre municípios, além de terem sido detectados pacientes com mais de um método de diagnóstico. Elaboração Própria.

No que diz respeito aos óbitos provocados pela COVID-19, de acordo com o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Estado da Saúde Pública com dados de 30 de dezembro de 2020, tem-se, como mostra o gráfico 7, a seguinte distribuição por município:

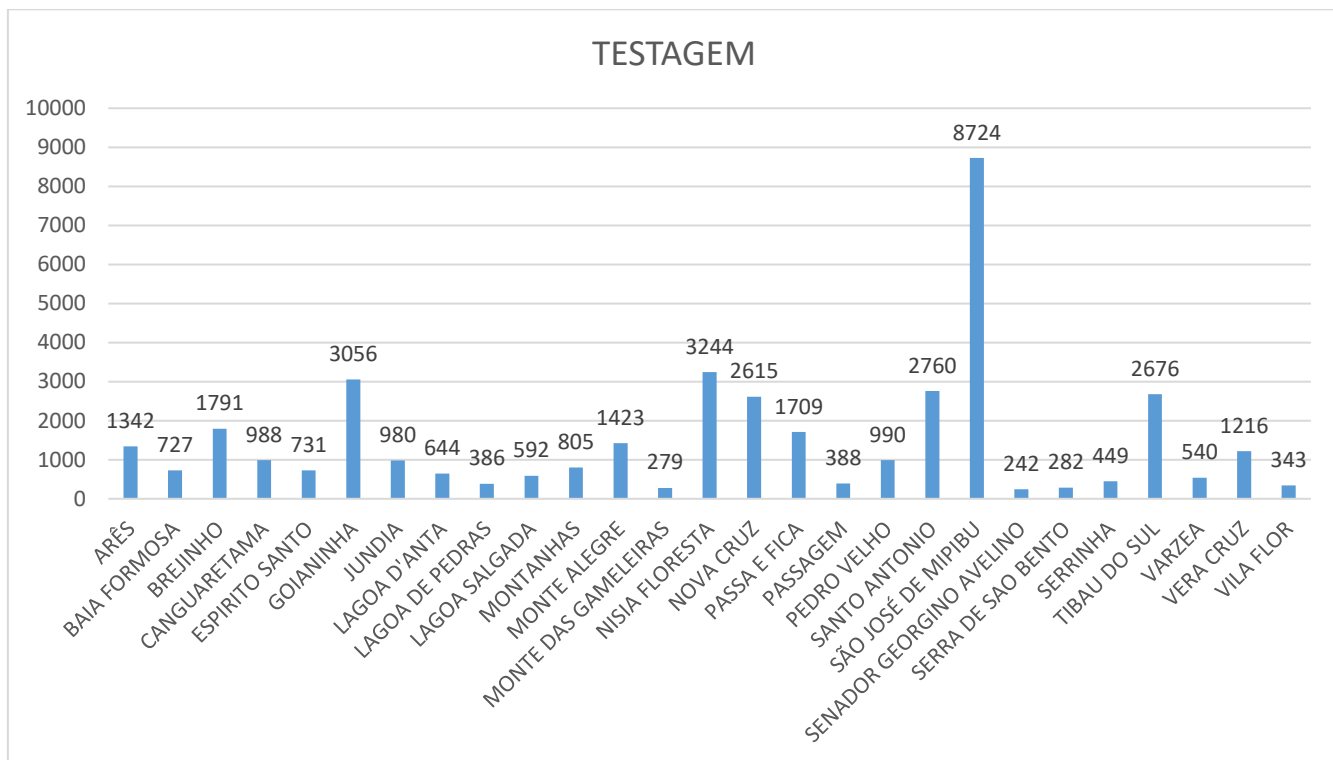
Gráfico 7: Quantitativo de óbitos confirmados da COVID-19 por município da Primeira Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte



Fonte: SUVIGE/CPS/SESAP; FormSUScap/E-SUS VE-MS; GAL/LACEN-RN; Lab. Privado; Secretarias Municipais de Saúde - boletins e relatórios submetidos à Sesap. *Dados extraídos em 30/12/2020 (SE 53) às 23h, sujeitos a alterações. Taxa de notificação e Coeficiente de Incidência foram calculados com base na estimativa populacional do IBGE para 2020. **Houve flutuações de casos e óbitos entre municípios, além de terem sido detectados pacientes com mais de um método de diagnóstico. Elaboração própria.

Outro dado bastante relevante a ser analisado é o número de testagens total realizado pelos municípios. Como podemos ver no gráfico 8:

Gráfico 8: Número de testes realizados para COVID-19 nos municípios da primeira Região de Saúde do estado do Rio Grande do Norte



Fonte: Banco de dados da SESAP/RN Boletim Epidemiológico 168, 30/12/2020. Elaboração própria.

A primeira região de saúde até a data do dia 30 de dezembro do ano de 2020 realizou 39.922 testagens para a COVID-19, representando um aumento significativo de testes na população nesta região de saúde em comparação com o total antes apresentado pela SESAP no mês de setembro do ano de 2020.

3. ESCOPO SIMPLIFICADO PLANO DE CONTIGÊNCIA REGIONAL PARA INFECÇÃO HUMANA PELO NOVO CORONAVÍRUS

3.1 OBJETIVO GERAL

Minimizar os efeitos da disseminação do vírus SARS-CoV2 sobre a morbimortalidade e suas repercussões na economia e no funcionamento dos serviços essenciais.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Alinhar as estratégias de atuação em nível municipal e regional com as diretrizes e protocolos estabelecidos no Plano de Contingência Estadual;
- Fortalecer as ações realizadas nos Municípios do Rio Grande do Norte para vigilância ativa e assistência aos possíveis casos;
- Controlar a disseminação do vírus SARS-CoV2 entre a população;
- Reduzir a morbidade, principalmente das formas graves da doença e mortalidade por COVID-19;
- Garantir integralidade da assistência à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), acometidos pelo Coronavírus (COVID 19).

3.3 PROTOCOLOS E FLUXOS DE ATENDIMENTO

Considerando que o contexto específico da pandemia da COVID-19 demanda constantes atualizações nos protocolos e fluxos de atendimento, optou-se, neste Plano, por seguir as definições adotadas pela Secretaria Estadual de Saúde Pública que estão alinhadas as diretrizes internacionais e nacionais.

Essas normas técnicas, protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e demais regulamentos adotados pela Secretaria, estão publicizados no site da Secretaria de Estado da Saúde Pública, na página específica do Coronavírus, bem como no Portal COVID-19 da mesma Secretaria. Essas duas páginas podem ser acessadas a partir dos links abaixo:

- <https://portalcovid19.saude.rn.gov.br/>
- <http://www.saude.rn.gov.br/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=223456&ACT=&PAGE=&PARM=&LBL=MAT%C9RIA>

Dessa forma, os municípios da Primeira Região deverão seguir as diretrizes vigentes, desde a prevenção ao Novo Coronavírus, aos casos de alta complexidade, assim como atualizar os protocolos e fluxos de atendimento sempre que forem disponibilizadas novas orientações determinadas pela Secretaria de Estado da Saúde Pública.

3.4 COMPETÊNCIA DOS ENTES FEDERADOS E A PROPOSTA ASSISTENCIAL PARA PRIMEIRA REGIÃO DE SAÚDE

O cenário de pandemia instaurado pela COVID-19 gera a sobrecarga do Sistema de Saúde em contexto nacional, ocasionando novos desafios aos entes federados para que a população seja atendida de forma eficaz. Visando reduzir essa sobrecarga no sistema de saúde e a morbimortalidade decorrente da COVID-19, o Plano de Contingência Regional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus dispõe da premissa de estabelecer os procedimentos adotados pelas unidades de saúde, através dos protocolos, assim como organizar os meios de atuação dos entes Estadual e Municipal por intermédio da pactuação e do cofinanciamento do investimento e custeio no âmbito da saúde pública.

Nessa perspectiva, faz-se necessário delimitar a atuação de todas as esferas governamentais, tomando como base a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta as ações de saúde, sejam elas do direito Público ou Privado, em todo território nacional. No capítulo IV desta Lei, em específico, são regulamentadas as competências dos três entes federativos (Federal, Estadual e Municipal).

Em consonância com o Marco Normativo supracitado, tem-se a Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que apresenta o Pacto pela Saúde. Em linhas gerais, esta portaria discorre sobre o alinhamento das reformas institucionais entre os três entes federados, redefinindo as responsabilidades com o objetivo de trazer instrumentos para suscitar melhorias na gestão do SUS, assim como disserta sobre a modalidade de financiamento tripartite, disciplinando os critérios de equidade nas transferências fundo a fundo.

Para além disso, o Decreto nº7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta alguns aspectos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990,

exerce a função de orientar a estrutura organizativa do SUS, bem como a do planejamento, articulação interfederativa e mais transparência nessa estrutura.

Levando em consideração que a COVID-19 causa males à saúde humana, gerando a necessidade, em alguns casos, de um atendimento de alta complexidade, como, por exemplo, a utilização de UTI's, faz-se necessário destacar a competência dos entes em relação à política de atenção de alta complexidade no SUS que baseia-se na Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001, em seu Capítulo I, no item I.5, dispõe sobre as competências dos entes em relação à Política de Atenção de Alta Complexidade/custo no SUS.

No que tange ao financiamento das ações de saúde no Estado do Rio Grande do Norte, será levado em consideração a Portaria GM nº774, de 9 de Abril de 2020, que disponibiliza recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde aos Estados, Distrito Federal e Municípios, que são destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19.

À vista desses dispositivos normativos e considerando o contexto já amplamente discutido na apresentação do panorama geral da disseminação da COVID-19 na Primeira Região de Saúde do Estado, este Plano justifica-se na necessidade de elaboração de novas estratégias para o enfrentamento ao vírus, tendo em vista que a equipe técnica da Secretaria de Saúde prevê o aumento do número de casos da doença, assim como o aumento da população que necessitará de atendimento médico para que não se tornem vítimas fatais, considerando a alta taxa de letalidade do vírus na Região.

Assim, para viabilizar a proposta assistencial ao paciente acometido pela COVID-19 na Primeira Região de Saúde, fez-se necessária a cooperação intergovernamental entre parte dos municípios da primeira Região de Saúde, o município de Parnamirim e o Governo do Estado do Rio Grande do Norte

De modo mais claro, serão estabelecidos dois polos de referência, um no município de Parnamirim e o outro no município de Santo Antônio. No município de Parnamirim os pacientes poderão receber atendimento em dois hospitais, o Hospital de Campanha de Parnamirim (CNES: 0105678) e o Hospital Maternidade do Divino Amor (CNES: 2473380). Já em Santo Antônio, o paciente deverá ser atendido no Hospital Regional Lindolfo Gomes Vidal (CNES: 2375265).

O Polo de Parnamirim será referência assistencial para os municípios de Arês, Baía Formosa, Canguaretama, Goianinha, Monte Alegre, Nísia Floresta, São José de Mipibu, Senador Georgino Avelino, Tibau do Sul, Vera Cruz e Vila Flor, totalizando 11 municípios, com uma população de cerca de 212.404 habitantes.

Para tal referência, o Município de Parnamirim disponibilizará 40 leitos clínicos (Hospital de Campanha) e 20 Leitos de UTI no Hospital Maternidade do Divino Amor, sendo distribuídos em duas etapas – a primeira constituída com a abertura de 10 leitos (sendo distribuídos 5 como referência para os municípios de referência da 1ª região de saúde e os outros 5 para seus respectivos municípios), e no segundo momento mais 10 leitos, chegando a sua capacidade total planejada, bem como totalizando a distribuição de 10 leitos para os municípios da 1ª região que estão para sua referência, e 10 leitos para atendimento da sua própria demanda, como pode ser observado nos anexos um e dois deste plano.

Paralelamente, o Polo de Santo Antônio será referência assistencial para os municípios de Brejinho, Espírito Santo, Jundiá, Lagoa d'Anta, Lagoa de Pedras, Lagoa Salgada, Montanhas, Monte das Gameleiras, Nova Cruz, Passa e Fica, Passagem, Pedro Velho, Santo Antônio, Serra de São Bento, Serrinha e Várzea, totalizando 16 municípios e uma população de cerca de 173.758 habitantes, como pode ser observado no anexo três.

Dessa forma, com vistas a viabilizar a implementação de dois Polos de atendimento para pacientes acometidos pela COVID 19, sendo estes polos equipados por leitos clínicos e leitos de UTI para atendimento aos pacientes, este plano prevê a cooperação entre o Estado do Rio Grande do Norte e os municípios da Primeira Região de Saúde, a partir do apoio econômico mútuo, em que a estrutura de financiamento será o cofinanciamento entre as partes, sendo 70% do custo total para o Estado e 30% para os municípios

4. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE PARA ENFRENTAMENTO AO COVID-19

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA I REGIÃO DE SAÚDE

Observar os dados na tabela 7 e gráfico 10 sobre o quantitativo de Estratégia Saúde da Família e de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.

Tabela 7: Distribuição do número de Estratégia Saúde da Família por municípios da I Região de Saúde do Rio Grande do Norte

Município	Ano 2019
SÃO JOSÉ DE MIPIBU	21
CANGUARETAMA	15
NOVA CRUZ	15
GOIANINHA	12
NÍSIA FLORESTA	12
SANTO ANTÔNIO	11
MONTE ALEGRE	10
PEDRO VELHO	7
BREJINHO	6
MONTANHAS	6
TIBAU DO SUL	6
VERA CRUZ	6
ARÊS	5
ESPÍRITO SANTO	5
PASSA E FICA	5
BAÍA FORMOSA	4
LAGOA DE PEDRA	4
LAGOA SALGADA	4
SERRA DE SÃO BENTO	3
SERRINHA	3
VÁRZEA	3
JUNDIÁ	2
LAGOA D'ANTA	2
SENADOR GEORGINO AVELINO	2
MONTE DAS GAMELEIRAS	1
PASSAGEM	1
VILA FLOR	1

Fonte: SUAS/SESAP, 2019

Gráfico 10: Distribuição do número de Estratégia Saúde da Família por municípios da I Região de Saúde do Rio Grande do Norte



Fonte: SUAS/SESAP, 2019

4.2 MANEJO CLÍNICO NA APS/ESF

O manejo clínico da Síndrome Gripal na APS/ESF difere frente a gravidade dos casos. Para casos leves, inclui medidas de suporte e conforto, isolamento domiciliar e monitoramento até alta do isolamento. Para casos graves, inclui a estabilização clínica e o encaminhamento e transporte a centros de referência ou serviço de urgência/emergência ou hospitalares. A APS/ESF deve assumir papel resolutivo frente aos casos leves e de

identificação precoce e encaminhamento rápido e correto dos casos graves, mantendo a coordenação do cuidado destes últimos.

A estratificação de intensidade da SG é a ferramenta primordial para definir a conduta correta para cada caso, seja para manter o paciente na APS/ESF ou para encaminhá-lo aos centros de referência, urgência/emergência ou hospitais. Dada a letalidade muito mais elevada da COVID-19 entre os idosos (pessoas com 60 anos ou mais), deve-se priorizá-los para atendimento. Além deles, pessoas com doença crônica, gestantes e puérperas devem ter atendimento priorizado. Gestantes e puérperas não tem risco elevado para COVID-19, mas apresentam maior risco de gravidade se infectadas por Influenza.

Os casos de síndromes gripais sem complicações ou sem condições clínicas de risco serão conduzidos pela APS/ESF. Logo, faz-se obrigatório o acompanhamento dos profissionais da APS/ESF ao longo do curso da doença [10].

O manejo diagnóstico e terapêutico de pessoas com suspeita de infecção respiratória caracterizada como Síndrome Gripal, causada ou não por COVID-19, no contexto da APS/ESF incluiu os passos a seguir:

1. Identificação de caso suspeito de Síndrome Gripal e de COVID-19
2. Medidas para evitar contágio na UBS
3. Estratificação da gravidade da Síndrome Gripal
4. Casos leves: manejo terapêutico e isolamento domiciliar
5. Casos graves: estabilização e encaminhamento a serviços de urgência/emergência ou hospitalares
6. Notificação Imediata
7. Monitoramento clínico
8. Medidas de prevenção comunitária e apoio à vigilância ativa

Vale destacar que, as equipes de APS/poderão utilizar estratégias de teleatendimento na identificação, manejo e acompanhamento de pacientes com sintomas suspeitos de SG.

4.3 MEDIDAS PARA EVITAR CONTÁGIO POR VÍRUS CAUSADORES DE SÍNDROME GRIPAL NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Logo após a identificação precoce na recepção da Unidade Básica de Saúde de todos casos suspeitos de Síndrome Gripal, deve-se fornecer máscara cirúrgica a todos pacientes. Enquanto aguardam o atendimento da enfermagem e do médico. Preferencialmente, em localidades onde isso é possível, a pessoa deve ser conduzida para uma área separada ou para uma sala específica visando ao isolamento respiratório. A sala deve ser mantida com a porta fechada, janelas abertas e ar-condicionado desligado. Caso não haja sala disponível na UBS para isolamento, propiciar área externa com conforto para pacientes com Síndrome Gripal, que deverão ser atendidos o mais rápido possível (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

****Atenção:** Todo profissional que atender os pacientes com suspeita de Síndrome Gripal deve usar EPIs e adotar as medidas para evitar contágio, conforme Quadro 2.

Quadro 2. Medidas de controle precoce

MEDIDAS DE CONTROLE PRECOCE	
PROFISSIONAIS DA SAÚDE	PACIENTES
<ul style="list-style-type: none">• Contenção respiratória• Máscara cirúrgica*;• Uso de luvas, óculos ou protetor facial e aventais descartáveis**;• Lavar as mãos com frequência;• Limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência;	<ul style="list-style-type: none">• Fornecer máscara cirúrgica;• Isolamento com precaução de contato em sala isolada e bem arejada

*Somente para procedimentos produtores de aerossóis usar máscara N95/PPF2.

**Uso destes EPIs durante atendimento do paciente em consultório. Não é necessário o uso na recepção/triagem, desde que mantida distância de 1 metro.

Fonte: Ministério da Saúde, 2020.

4.4 ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As intervenções na Atenção Primária a Saúde que articulam medidas de VE no contexto da pandemia de COVID-19 estão sintetizadas a seguir:

1. Medidas voltadas à redução do risco de expansão da epidemia, como:
 - (i) a divulgação dos cuidados de higiene
 - (ii) a participação ativa na notificação dos casos
 - (iii) a indicação e monitoramento do isolamento domiciliar e quarentena dos contatos
 - (iv) o incentivo à adesão ao distanciamento social;
2. Atenção aos usuários portadores de COVID-19 com quadros leves, que devem ser acompanhados adequadamente pelas equipes de APS, sendo adotadas alternativas – a depender da realidade local – por gestores e profissionais, prontamente divulgadas entre a população, como por exemplo, (i) a separação de indivíduos suspeitos de COVID-19 dos demais usuários (espaços físicos ou fluxos/horários distintos; tendas externas) e (ii) as transferências para atendimento hospitalar (transporte sanitário apropriado); e
3. Suporte social a grupos mais frágeis e vulneráveis (idosos, portadores de comorbidades, etc.) que (i) se encontram isolados, sem rede de apoio social e/ou com autonomia limitada de circulação, para obter produtos essenciais a sua vida cotidiana, e que (ii) necessitam de apoio, proteção e segurança; portanto, é fundamental que as equipes de APS ampliem as articulações e parcerias com organizações governamentais, não governamentais e movimentos sociais, para minimizar os problemas decorrentes dessas vulnerabilidades.

4.4.1 PROCEDIMENTOS DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 04/2017 GM-MS (BRASIL, 2017) devem ser notificados de forma imediata (em no máximo 24h) qualquer caso suspeito ou confirmado de COVID-19. Dados da vigilância irão dirigir a resposta à doença, uma vez que serão usados para determinar a fase pandêmica e a progressão entre as fases.

As notificações dos casos suspeitos para investigação de COVID-19 deverão ser realizadas por qualquer profissional de saúde de forma imediata, 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.

Ficha de notificação disponível em:


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

Ressaltamos que toda notificação deflagra o processo de isolamento imediato do paciente, investigação (deverão ser verificados os dados de identificação; antecedentes de exposição; a existência de contato com casos semelhantes; a caracterização clínica do caso; a identificação de possíveis contatos, em particular os contatos íntimos), coleta de espécime clínico para diagnóstico laboratorial, recomendações e 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.

CONTATOS CIEVS-RN

Telefones: 0800 281 2801

(84) 98102- 5948 VIVO 

E-mail: cievsrn@gmail.com

Casos de reinfecção por COVID-19:

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 FORM SUS (http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=60102para) para a investigação de reinfecção.

Casos de Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIMP):

Todos os casos de pacientes que se enquadrem no critério devem ser notificados via formulário específico (<https://is.gd/simpcovid>) e 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). Além disso, o CIEVS-RN deverá ser acionado via telefone pelo profissional de saúde que procedeu com a notificação.

5. VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR E AMBIENTAL

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 Nº 8/2020/SESAP - CEREST/SESAP - CPS/SESAP - SECRETARIO, a qual refere medidas de vigilância, monitoramento com vistas a 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 Covid-19 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.

Os trabalhadores do setor de gestão de resíduos e de limpeza urbana sejam protegidos por meio de, por exemplo, medidas coletivas e individuais de higiene pessoal e de utensílios, utilização de EPI e manutenção de distância social. A OPAS também recomenda que os trabalhadores não abram os sacos de resíduos e que, ao final do dia de trabalho, lavem suas mãos primeiro com as luvas (as quais devem ser colocadas depois num recipiente com uma solução de hipoclorito de sódio numa concentração de 0,1% por um minuto e, em seguida, enxaguadas e secas para o próximo uso) e depois, sem elas.

Em relação a esses trabalhadores, a SESAP, por meio da Subcoordenadoria de Vigilância Ambiental (SUVAM) e do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST/RN), publicou uma nota informativa com o seguinte assunto: “Orientações e recomendações para os empregadores do setor de gestão de resíduos e da limpeza urbana no enfrentamento da COVID-19”, que contempla orientações mais precisas sobre o tema.

Sobre as orientações relativas à gestão de resíduos sólidos na situação de pandemia de COVID-19 estão expostas na “Cartilha de melhores práticas para gestão de Resíduos Sólidos de Saúde - COVID-19 (RSS-COVID-19)”, elaborada pela Secretaria de Estado do Meio Ambiente e dos Recursos Hídricos (SEMARH).

Em relação ao uso seguro do álcool gel, a permanência dos indivíduos em casa, principalmente crianças e adolescentes, pode promover um aumento no risco de intoxicação pela utilização indevida de produtos químicos, venenos,

medicamentos entre os quais se encontra o álcool em gel. Sendo assim torna-se importante redobrar os cuidados nestes ambientes para evitar acidentes.

Seguem abaixo algumas indicações acerca do uso seguro:

- Guardar/acondicionar o produto em local apropriado (armários fechados ou prateleiras altas) e fora do alcance das crianças, adolescentes, idosos e outros quaisquer indivíduos com comprometimento da capacidade de julgamento, estes, sempre que precisarem utilizar, devem fazê-lo sob a supervisão de um adulto;
- Se houver a opção pela utilização de dispensers ou frascos em locais com maior circulação de pessoas é importante que sejam afixadas placas/cartazes contendo informações do uso e destacando os riscos;
- Não disponibilizar o produto próximo a fogões e churrasqueiras;
- Após a aplicação nas mãos é importante certificar-se que estas estão secas antes de realizar qualquer atividade.

6. A VACINA CONTRA COVID-19 NA PRIMEIRA REGIÃO DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO NORTE

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 covid-19, 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.

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 desprendidos pela indústria e várias nações. É possível acessar as informações sobre as tecnologias de produção da vacina e suas fases de testes no “Plano de Operacionalização para a vacinação contra COVID-19 no Rio Grande do Norte”, nas páginas 13-17, disponível em https://1drv.ms/b/s!Ao_YfQ5jQmpxoDqEd01PBO3X9MIW.

Inicialmente para a operacionalização da vacinação, pretende-se realizá-la em três fases distintas, como mostra o quadro 3. Para a primeira fase, o estado disponibilizará as vacinas da Coronavac e da University of Oxford/Astrazeneca, após autorização da ANVISA, o esquema vacinal delas segue no quadro 4.

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

Fases	População alvo
1° Fase	Trabalhadores de Saúde
	Pessoas de 75 anos e mais
	Pessoas de 60 anos ou mais institucionalizadas
	População indígena aldeado em terras demarcadas aldeada, povos e comunidades tradicionais ribeirinhas.
2° Fase	Pessoas de 60 a 74 anos
3° 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≥40)
	Professores – ensino básico ao superior
	Privados de Liberdade (adolescente e jovens sob medida socioeducativa)
	Funcionários do sistema prisional
	Forças de segurança e salvamento

Fonte: BRASIL, 2020b; SUVIGE/CVS/SESAP-RN

Quadro 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	Esquem a vacinal	Via de aplicação	Conservação
Coronovac	Inativada	>18 anos	2 doses, intervalo 14 dias	IM	2°C a 8°C
		18-59 anos			
		18-59 anos			
University of Oxford / Astrazeneca	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	

Fonte: BRASIL, 2020b

Na tabela 8, a seguir, é possível ver informações sobre a estimativa populacional por município, da I região, a ser vacinada. 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.

Tabela 8. Estimativa populacional, com base em critérios definidos pelo Programa Nacional de Imunização, Rio Grande do Norte, dos municípios da I Região de Saúde

Município	*Trabalhador da Saúde	*Indígenas	**60 + institucionalizadas	***Idosos 75 +	*Idosos 60 a 74 anos	*Comorbidades	*Professores	*Privados de liberdade Adolescentes e jovens sob medida socioeducativa	*Funcionários do Sistema Prisional	*Forças de Segurança e Salvamento	Total Geral
Arês	261	0	12	482	794	492	233	0	0	0	2.274
Baía Formosa	192	434	0	272	523	417	111	0	0	0	1.949
Brejinho	175	0	0	517	890	192	93	0	0	0	1.867
Canguaretama	414	468	0	1000	1735	1.089	458	1	9	0	5.174
Espírito Santo	162	0	0	498	784	291	103	0	0	0	1.838
Goianinha	353	469	0	779	1254	739	254	0	0	0	3.848
Jundiá	100	0	0	217	279	224	73	0	1	0	894
Lagoa d'Anta	204	0	0	274	431	371	164	0	7	0	1.451
Lagoa de Pedras	86	0	0	359	499	302	130	0	0	0	1.376
Lagoa Salgada	179	0	0	336	537	349	132	0	0	0	1.533
Montanhas	157	0	0	575	875	436	274	0	3	0	2.320
Monte Alegre	326	0	0	898	1455	934	306	0	0	0	3.919
Monte das Gameleiras	61	0	0	93	171	101	28	0	0	0	454
Nísia Floresta	279	0	0	774	1471	1172	213	1707	87	0	5.703
Nova Cruz	591	0	17	1613	2788	2363	476	280	37	0	8.148
Passa e Fica	129	0	0	644	862	718	414	0	0	0	2.767
Passagem	64	0	0	147	250	222	37	0	0	0	720

Pedro Velho	215	0	0	667	1071	739	202	0	2	0	2.896
Santo Antônio	524	0	0	1064	1780	1.447	379	0	0	0	5.194
São José de Mipibu	898	0	43	1570	2624	1.747	675	0	9	0	7.553
Senador Georgino Avelino	61	0	0	149	238	185	56	0	0	0	689
Serra de São Bento	107	0	0	297	486	106	64	0	0	0	1.060
Serrinha	69	0	0	325	485	312	75	0	8	0	1.274
Tibau do Sul	177	0	0	343	679	747	152	0	0	0	2.098
Várzea	69	0	0	325	459	258	63	0	0	0	1.174
Vera Cruz	194	0	20	421	792	412	256	0	0	0	2.095
Vila Flor	60	0	0	89	158	83	27	0	0	0	417
Total por grupo prioritário	6107	1371	92	14728	24370	16448	5448	1988	163	0	70685
Total por fases	22298				24370	24047					

Fonte: *Estimativa populacional para a Campanha Nacional de vacinação contra Influenza - 2020 elaborada pela SESAP/CPS/SUVIGE

**Estimativa elaborada pela equipe da I Regional de Saúde

***2020 – Estimativas populacional preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

6.1 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).

Os municípios da I Região de Saúde terão como unidade de referência para atendimento de EAPV o **Hospital Giselda Trigueiro**, localizado no município de Natal.

6.2 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 contraindicações poderão ser alteradas (Quadro 5 e 6).

Quadro 5. Precauções relacionadas até o presente momento dos imunobiológicos contra Covid-19

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 a atribuição incorreta de qualquer mudança na condição subjacentada pessoa.

Quadro 6. Contraindicações relacionadas até o presente momento dos imunobiológicos contra Covid-19

CONTRAINDICAÇÕES

- 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.

6.3 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).

6.4 ARMAZENAMENTO DAS VACINAS NA I REGIONAL DE SAÚDE E RECOMENDAÇÕES PARA AS SALAS DE VACINA NOS MUNICÍPIOS

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, uma dessas localizada na I Região de Saúde, em São José de Mipibu, para adequar a essa necessidade foi solicitado à gestão da SESAP os seguintes equipamentos:

- 3 Refrigeradores, 1000 litros
- 6 Termômetros para as geladeiras
- 5 Caixas térmicas com termômetros
- 5 Isopores grande
- 2 Ar-condicionado, 24.000 btus
- 1 Armário com chave para guardar seringas e agulhas

Os municípios devem avaliar a atual capacidade de armazenamento de imunobiológicos em sua rede de frio, assim orientamos verificar:

- Atual 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 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 pérfurocortantes;
- 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

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.

6.5 LOGÍSTICA DE DISTRIBUIÇÃO DOS IMUNOBIOLOGICOS

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. Aos municípios compete a retirada dos quantitativos de suas vacinas na I Região de Saúde, de acordo com o cronograma, no quadro 7.

Quadro 7. Cronograma das vacinas

Datas	Momento
20/01	As vacinas chegarão na Unidade Central de Agentes Terapêuticos (UNICAT)
21/01	As vacinas chegarão na I Regional de Saúde
22/01	Os 27 municípios devem retirar as vacinas, na sede da I Regional
23/01	Iniciar a campanha de vacinação contra COVID-19

Fonte: SESAP/CVS

A fim 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. 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.

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.

Sobre o **“Sistema de informações para registro das doses aplicadas”** e as **“Orientações quanto a realização da campanha de vacinação e a Pandemia da COVID-19”** (o que inclui as estratégias de comunicação) podem ser acessadas no Plano Estadual de Vacinação, nas páginas 37-43, disponível em https://1drv.ms/b/s!Ao_YfQ5jQmpxoDqEd01PBO3X9MIW.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a forma acelerada da disseminação do Novo Coronavírus no território potiguar, assim como os seus impactos socioeconômicos, percebeu-se a necessidade de combinação de diferentes estratégias em saúde pública com vistas a combater a disseminação do vírus, assim como tratar os cidadãos acometidos pela COVID-19.

Dentro do escopo dessas estratégias, tem-se uma versão atualizada desse Plano, que objetiva coordenar a oferta e fluxos de serviços de saúde para atendimento aos pacientes acometidos pelo Novo Coronavírus em todo o território estadual, visando reduzir a morbimortalidade decorrente da disseminação do vírus na Primeira Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte e dar orientações sobre o plano de vacinação contra a COVID-19.

Isto posto, espera-se que esta nova versão do Plano, possa permitir a atenuação da propagação do vírus na Região, permitir um atendimento adequado às pessoas acometidas pela doença e diminuir o índice da letalidade do Novo Coronavírus, assim como fortalecer o trabalho da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento a Covid-19.

REFERÊNCIAS

BING. **Monitorizador da COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://www.bing.com/covid/local/brazil>. Acesso em: 15 de maio de 2020.

BMJ BEST PRACTICE. **A Doença do Coronavírus 2019 (COVID-19)**. 2020

BRASIL. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Congresso Nacional. Brasília, 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. **Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01**. Brasília, 2001.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa populacional, ano de 2018**. Rio de Janeiro, 2018.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública. **INFORME EPIDEMIOLÓGICO CORONAVÍRUS (COVID-19)**. 2020. Disponível em: <http://www.adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000231014.PDF>. Acesso em: 15 de maio de 2020

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado de Saúde Pública. **Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pelo COVID-19**. Natal, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Brasília, 2006.

BRASIL. Casa Civil. Decreto nº. 7.508 de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº774, de 9 de Abril de 2020. **Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à COVID 19**. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Plano Nacional De Operacionalização Da Vacinação contra a Covid-19**. / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 10 dez. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Plano Nacional De Operacionalização Da Vacinação contra a Covid-19.** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, **1ª ed.**, 17 dez. 2020b.

Medina M, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça M, Aquino R. **Atenção Primária à Saúde em tempos de Covid-19: O que fazer?** Cad Saúde Pública. No prelo. 2020.