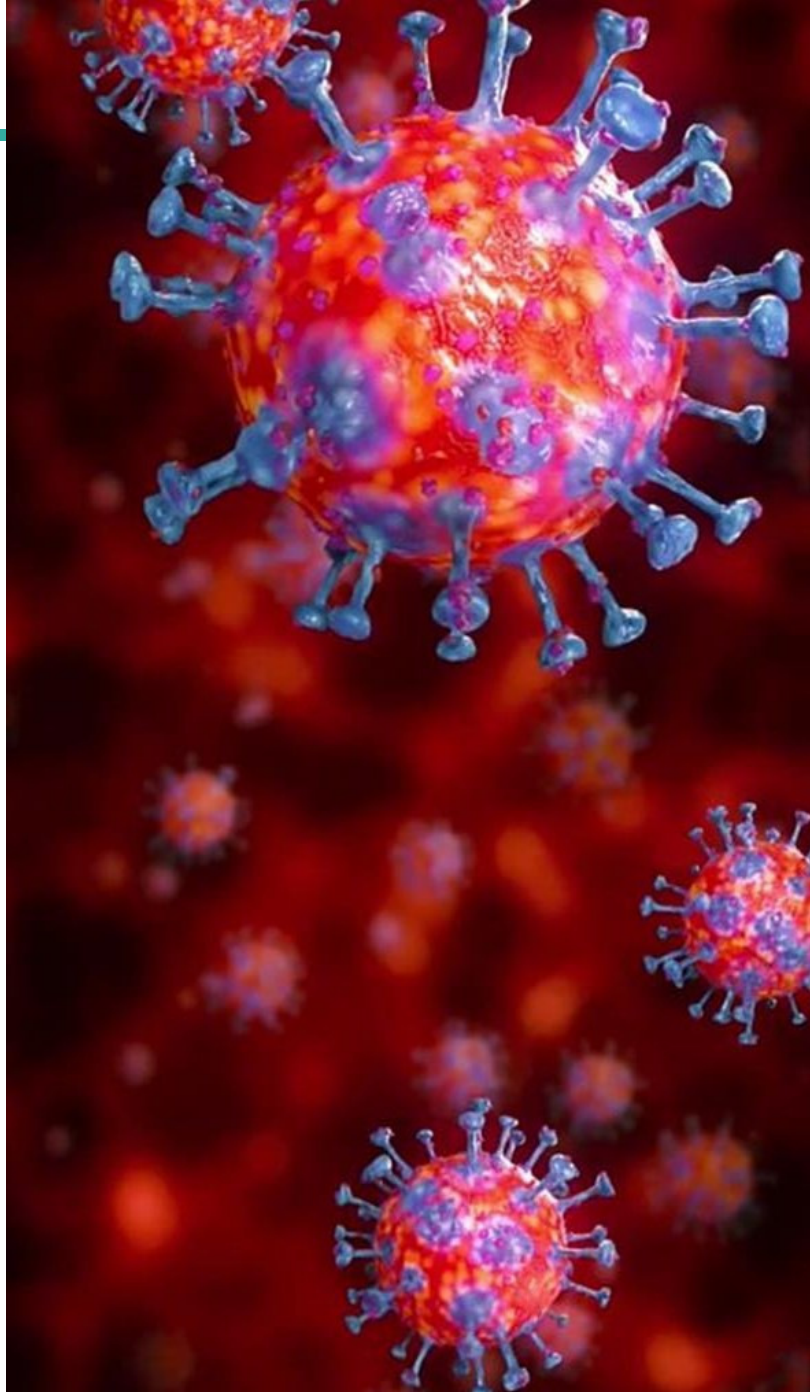

PLANO DE CONTINGÊNCIA MUNICIPAL EM RAZÃO DA INFECÇÃO HUMANA PELO SARS-CoV-2 (COVID-19)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM
SAÚDE**

MAIO/2022

Prefeito de Vitória
Lorenzo Pazolini

Vice Prefeita
Estéfane da Silva Franca Ferreira

Secretária Municipal de Saúde
Joanna D'Arc Victoria Barros De Jaegher

Secretário Executivo
Gilberto Weber Neto

Subsecretária de Atenção à Saúde
Fabrícia Forza Pereira Lima de Oliveira

Subsecretária de Apoio Estratégico
Magda Cristina Lamborghini

Gerente de Atenção à Saúde
Sônia Maria da Silva Balestreiro

Gerente de Vigilância em Saúde
Geane Sobral

Revisão Final
Belchior Puziol Amaral
Estanislau Kostka Stein

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. OBJETIVOS DO PLANO	6
3. CARACTERÍSTICAS GERAIS SOBRE A DOENÇA PELO NOVO CORONAVÍRUS — COVID-19	7
3.1. DESCRIÇÃO.....	7
3.2. AGENTE ETIOLÓGICO	7
3.3. RESERVATÓRIO	7
3.4. MODO DE TRANSMISSÃO	7
3.5. PERÍODO DE INCUBAÇÃO	8
3.6. PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE	8
3.7. SUSCETIBILIDADE E IMUNIDADE	9
3.8. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	9
3.9. COMPLICAÇÕES	10
4. DEFINIÇÕES OPERACIONAIS	11
4.1. CASO SUSPEITO DE COVID-19.....	11
4.1.1. CASO DE SÍNDROME GRIPAL (SG).....	11
4.1.2. CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) HOSPITALIZADO.....	11
4.2. CASO CONFIRMADO	11
4.2.1. POR CRITÉRIO LABORATORIAL.....	11
4.2.2. POR CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO	12
4.2.3. POR CRITÉRIO CLÍNICO-IMAGEM.....	12
4.2.4. POR CRITÉRIO CLÍNICO.....	12
4.2.5. CASO DE SG OU SRAG NÃO ESPECIFICADA.....	12
4.2.6. CASO DE SG DESCARTADO PARA COVID-19	12
4.2.7. CASOS SUSPEITOS DE REINFECÇÃO PELO VÍRUS SARS-CoV-2	12
4.3. CONTACTANTE.....	13
4.4. USO DE MÁSCARA	13
4.5. QUARENTENA	13
4.6. ISOLAMENTO	14
4.7. OPORTUNIDADE DE COLETA PARA OS TESTES DIAGNÓSTICOS	16
4.7.1. TESTE PARA DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO ATIVA: TESTES MOLECULARES	17
4.7.1.1. CASO DE SG.....	17
4.7.1.2. CASO DE SRAG	17
4.7.2. TESTE PARA DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO ATIVA: TESTES DE ANTÍGENO.....	17
4.7.2.1. CASO DE SG.....	17
4.7.2.2. CASO DE SRAG	18
4.7.3. TESTAGEM EM CONTACTANTES	18
4.7.4. SITUAÇÕES ESPECÍFICAS	18
4.7.4.1. TESTAGEM EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DE IDOSOS.....	18
4.7.4.2. TESTAGEM EM SERVIÇOS DE SAÚDE.....	19
4.7.4.3. TESTAGEM EM GESTANTES, PARTURIENTES E PUÉRPERAS	19
4.7.4.4. TESTAGEM EM EQUIPAMENTOS ALTA COMPLEXIDADE DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (IA).....	20
4.7.4.5. TESTAGEM EM INSTITUIÇÕES DE ENSINO	20
4.7.5. REDE LABORATORIAL SUPLEMENTAR.....	21
5. VIGILÂNCIA EM SAÚDE	22
5.1. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	22
5.1.1. VIGILÂNCIA SENTINELA DE SÍNDROME GRIPAL	22
5.1.2. VIGILÂNCIA DE SÍNDROME GRIPAL PARA CASOS SUSPEITOS DE COVID-19 NOS DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	22
5.1.3. VIGILÂNCIA DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE — SRAG.....	23
5.2. NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE SG E SRAG POR COVID-19	23
5.3. MONITORAMENTO DE CONTACTANTES	24

5.4. BUSCA ATIVA DE ASSINTOMÁTICOS.....	24
5.5. SURTOS.....	25
5.6. CÓDIGOS DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10) E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE PARA MORBIMORTALIDADE NO CONTEXTO DA COVID-19.....	25
5.6.1. DIAGNÓSTICO.....	25
5.6.2. CONDIÇÕES PÓS-COVID-19.....	26
5.6.3. VACINAÇÃO E EVENTO ADVERSO À VACINA COVID-19.....	26
5.7. IMUNIZAÇÃO CONTRA A COVID-19.....	26
5.7.1. ADMINISTRAÇÃO DE DOSE DE REFORÇO E DOSE ADICIONAL CONTRA A COVID-19.....	27
5.7.2. ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO.....	29
5.7.3. CAMPANHA DE VACINAÇÃO - AÇÕES GERAIS.....	29
5.7.4. AÇÕES PÓS-CAMPANHA.....	30
5.7.5. NOTIFICAÇÃO EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO.....	30
6. NÍVEIS DE RESPOSTA.....	32
6.1. SALA DE SITUAÇÃO.....	32
7. MEDIDAS DE RESPOSTA.....	33
7.1. MEDIDAS DE RESPOSTA PARA VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	33
Nível 1.....	33
Nível 2.....	33
Nível 3.....	34
7.2. MEDIDAS DE RESPOSTA PARA A ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	34
7.2.1.ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE.....	34
7.2.1.1. MEDIDAS DE RESPOSTA PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE.....	35
Nível 1.....	35
Níveis 2 e 3.....	36
7.2.2.ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.....	36
7.2.2.1. MEDIDAS DE RESPOSTA PARA A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	36
Nível 1.....	36
Nível 2.....	37
Nível 3.....	37
7.2.3.ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....	37
7.2.3.2. CENTROS MUNICIPAIS DE ESPECIALIDADES.....	38
7.3. SUPORTE LABORATORIAL.....	38
7.3.1MEDIDAS DE RESPOSTA PARA SUPORTE LABORATORIAL.....	38
7.4. MEDIDAS DE RESPOSTA PARA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	39
7.5. MEDIDAS DE RESPOSTA PARA ATENÇÃO HOSPITALAR.....	39
7.5.1. REGULAÇÃO DO ACESSO.....	40
8. COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO.....	41
9. MEDIDAS DE GESTÃO DO SUS.....	42
Nível 1.....	42
Nível 2.....	42
Nível 3.....	42
9.1. MEDIDAS COMUNITÁRIAS.....	42
Nível 1.....	43
Nível 2.....	43
a) Contenção.....	43
b) Mitigação.....	43
Nível 3.....	43
c) Supressão.....	43
10. PUBLICAÇÕES E ATOS ADMINISTRATIVOS MUNICIPAIS EM DECORRÊNCIA DA SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA.....	44

1. INTRODUÇÃO

O SARS-CoV-2, foi detectado pela primeira vez na província Whuan na China, no dia 07 de janeiro de 2020, após a ocorrência de casos de pneumonia de etiologia desconhecida, iniciados em dezembro de 2019.

Desde então, os casos da doença têm se espalhado em todos os continentes do mundo, em intensa velocidade, alcançando em pouco mais de 3 meses, o total de 666.663 pessoas contaminadas no mundo, com 27.737 mortes.

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em razão da disseminação do Coronavírus, após reunião com especialistas e no dia 10 de março de 2020, reconheceu o status de pandemia pelo Covid-19, indicando que os governos devem trabalhar não mais apenas para conter um caso e, sim, ativar ações para atender a uma parcela da população mais ampla e vulnerável, evitando mortes pela doença.

No Brasil, o primeiro caso foi registrado no dia 25 de fevereiro, em São Paulo e em pouco mais de um mês, o país já registra 3.417 casos e 92 mortes pelo Covid-19.

A tendência, segundo o Ministério da Saúde, é que a partir de meados de abril, o sistema de saúde deverá entrar em colapso, ou seja, não haverá vagas em hospitais públicos e privados para pacientes graves infectados pelo novo coronavírus (Covid-19).

As medidas indicadas para minimizar os efeitos do novo Coronavírus, devem ser capazes de reduzir o ritmo de propagação da doença, de forma que o Sistema de Saúde “ganhe tempo” para se preparar para o atendimento de pacientes graves.

No município de Vitória, o primeiro caso foi notificado no dia 13 de março de 2020, data em que o prefeito declarou, por meio do Decreto nº 18.037, situação de emergência de saúde pública, decorrente de pandemia em razão do novo coronavírus. A declaração, possibilitou um conjunto de medidas que restringiram a circulação de pessoas e a induziram o isolamento social, como forma de conter o ritmo de crescimento de casos da doença.

Diante deste cenário epidemiológico, o CIEVS municipal (Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde), em conjunto com a estrutura de gestão da Secretaria Municipal de Saúde, passou a elaborar ações de enfrentamento para a infecção pelo COVID-19.

Este documento apresenta a atualização do Plano de Contingência Municipal para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em caso de epidemia e define o nível de resposta e a estrutura de comando correspondente a ser instalada, em cada nível de resposta.

O plano de Contingência norteará as ações do município de Vitória no enfrentamento aos casos da doença pelo COVID-19.

2. OBJETIVOS DO PLANO

- Orientar a organização da Rede Municipal de Saúde de Vitória para manutenção de um ambiente institucional seguro e saudável no contexto da Covid-19;
- Estabelecer procedimentos para manutenção das ações e serviços públicos de saúde essenciais;
- Contribuir com as medidas de prevenção, contenção e mitigação instituídas pelas autoridades sanitárias do Município, Estado e União.

3. CARACTERÍSTICAS GERAIS SOBRE A DOENÇA PELO NOVO CORONAVÍRUS — COVID-19

3.1. DESCRIÇÃO

Infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global.

3.2. AGENTE ETIOLÓGICO

O SARS-CoV-2 é um betacoronavírus descoberto em amostras de lavado broncoalveolar obtidas de pacientes com pneumonia de causa desconhecida na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, em dezembro de 2019. Pertence ao subgênero Sarbecovírus da família Coronaviridae e é o sétimo coronavírus conhecido a infectar seres humanos.

3.3. RESERVATÓRIO

Os coronavírus são uma grande família de vírus comuns em muitas espécies diferentes de animais, incluindo o homem, camelos, gado, gatos e morcegos. Raramente os coronavírus de animais podem infectar pessoas e depois se espalhar entre seres humanos como já ocorreu com o Mers-CoV e o SARS-CoV-2. Até o momento, não foi identificado o reservatório do SARS-CoV-2.

3.4. MODO DE TRANSMISSÃO

De acordo com as evidências mais atuais, o SARS-CoV-2, da mesma forma que outros vírus respiratórios, é transmitido principalmente por três modos: contato, gotículas, ou por partículas ou aerossóis.

A transmissão por contato é a transmissão da infecção por meio do contato direto com uma pessoa infectada (por exemplo, durante um aperto de mão seguido do toque nos olhos, no nariz ou na boca), ou com objetos e superfícies contaminadas (fômites).

A transmissão por gotículas é a transmissão da infecção por meio da exposição a gotículas respiratórias expelidas, contendo vírus, por uma pessoa infectada quando ela tosse ou espirra, principalmente quando ela se encontra a menos de 1 metro de distância de outra.

A transmissão por via aérea é a transmissão da infecção por meio de gotículas respiratórias contendo vírus, composta por gotículas e partículas menores (aerossóis) que podem permanecer suspensas no ar, por distâncias maiores que 1 metro e por períodos mais longos (geralmente horas).

Dessa forma, a infecção ocorre por meio da exposição a fluidos respiratórios de três maneiras: inalação de gotículas muito finas ou partículas de aerossol, deposição de gotículas respiratórias e partículas nas membranas mucosas expostas na boca, no nariz ou nos olhos, seja por respingos diretos e sprays, e tocar diretamente membranas mucosas com as mãos sujas por fluidos respiratórios contendo vírus ou indiretamente por tocar

superfícies.

Acerca do tempo que o SARS-CoV-2 sobrevive em superfícies, estudos indicam que em superfícies porosas o vírus se torna indetectável por minutos a horas; no caso de superfícies não porosas, deixam de ser detectados por dias a semanas.

A epidemiologia do SARS-CoV-2 indica que a maioria das infecções se espalha por contato próximo (menos de 1 metro), principalmente por meio de gotículas respiratórias. Não há evidência de transmissão eficiente para pessoas em distâncias maiores ou que entram em um espaço horas depois que uma pessoa infectada esteve lá.

A transmissão por via aérea do SARS-CoV-2 pode ocorrer em circunstâncias especiais quando uma pessoa infectada produz gotículas respiratórias por um período prolongado (mais de 15 minutos a várias horas) em um espaço fechado. Nessas situações, uma quantidade suficiente de vírus pode permanecer presente no espaço de forma a causar infecções em pessoas que estiverem a mais de 1 metro de distância ou que passem por aquele espaço logo após a saída da pessoa infectada. Estas circunstâncias incluem:

Espaços fechados com ventilação ou tratamento de ar inadequado dentro dos quais várias pessoas podem ter sido expostas a uma pessoa infectada ao mesmo tempo, ou logo após a saída da pessoa infectada desse espaço, devido ao acúmulo de pequenas gotículas e partículas respiratórias em suspensão.

Exposição prolongada a partículas respiratórias, muitas vezes geradas por esforço respiratório (gritar, cantar, fazer exercícios), que aumenta a concentração de gotículas respiratórias em suspensão.

Alguns procedimentos médicos em vias aéreas podem produzir aerossóis que são capazes de permanecer suspensos no ar por períodos mais longos. Quando tais procedimentos são realizados em pessoas com COVID-19 em unidades de saúde, esses aerossóis podem conter o vírus, que poderão ser inalados por outras pessoas que não estejam utilizando equipamento de proteção individual (EPI) apropriado.

3.5. PERÍODO DE INCUBAÇÃO

O período de incubação é estimado entre 1 e 14 dias, com mediana de 5 a 6 dias.

3.6. PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE

O conhecimento sobre a transmissão da COVID-19 está sendo atualizado continuamente. A transmissão da doença pode ocorrer diretamente, pelo contato com pessoas infectadas, ou indiretamente, pelo contato com superfícies ou objetos utilizados pela pessoa infectada. Evidências atuais sugerem que a maioria das transmissões ocorre de pessoas sintomáticas para outras. Também já é conhecido que muitos pacientes podem transmitir a doença durante o período de incubação, geralmente 48 horas antes do início dos sintomas. Essas pessoas estão infectadas e eliminando vírus, mas ainda não desenvolveram sintomas (transmissão pré-sintomática).

Há alguma evidência de que a disseminação a partir de portadores assintomáticos é possível, embora se pense que a transmissão seja maior quando as pessoas estão pré-sintomáticas (pessoas infectadas, mas ainda não desenvolveram sintomas) ou sintomáticas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), indivíduos assintomáticos (pessoas infectadas que não desenvolvem nenhum sintoma durante todo o percurso da infecção) têm menos probabilidade de transmitir o vírus do que aqueles que desenvolvem sintomas. Existem, contudo, indícios de que uma parcela importante das transmissões pode ocorrer por meio desses indivíduos assintomáticos, reforçando a necessidade de medidas de controle e prevenção da doença em todos os grupos.

3.7. SUSCETIBILIDADE E IMUNIDADE

A suscetibilidade é geral, por ser um novo vírus e de potencial pandêmico. Sobre a imunidade, ainda não se sabe por quanto tempo a infecção em humanos gerará imunidade contra novas infecções e se essa imunidade pode durar por toda a vida. Estudos demonstraram que de 90 a 99% dos indivíduos infectados desenvolveram anticorpos neutralizantes entre duas e quatro semanas após a infecção. Indivíduos com infecção leve ou assintomática tendem a ter níveis mais baixos de anticorpos do que aqueles com doença grave e, em alguns casos, a diminuição dos níveis de anticorpos ocorre vários meses após a infecção. Evidências atuais sugerem a possibilidade de reinfecção pelo vírus SARS-CoV-2. As reinfecções são, entretanto, incomuns no período de 90 dias após a primoinfecção. A infecção pelo vírus forneceu de 80 a 90% de proteção contra a reinfecção por até 7 meses.

3.8. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A infecção pelo SARS-CoV-2 pode variar de casos assintomáticos e manifestações clínicas leves até quadros moderados, graves e críticos, sendo necessária atenção especial aos sinais e sintomas que indicam piora do quadro clínico que exijam a hospitalização do paciente.

De forma geral, os casos podem ser classificados em:

- Caso assintomático: caracterizado por teste laboratorial positivo para COVID-19 e ausência de sintomas.
- Caso leve: caracterizado a partir da presença de sintomas não específicos, como tosse, dor de garganta ou coriza, seguido ou não de anosmia, ageusia, diarreia, dor abdominal, febre, calafrios, mialgia, fadiga e/ou cefaleia.
- Caso moderado: os sintomas mais frequentes podem incluir desde sinais leves da doença, como tosse persistente e febre persistente diária, até sinais de piora progressiva de outro sintoma relacionado à COVID-19 (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia), além da presença de pneumonia sem sinais ou sintomas de gravidade.
- Caso grave: considera-se a síndrome respiratória aguda grave (síndrome gripal que apresente dispneia/desconforto respiratório ou pressão persistente no tórax ou saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente ou coloração azulada de lábios ou rosto).

Para crianças, os principais sintomas incluem taquipnéia (maior ou igual a 70 irpm para menores de 1 (um) ano e maior ou igual a 50 irpm para crianças maiores de 1 ano), hipoxemia, desconforto respiratório, alteração da consciência, desidratação, dificuldade para se alimentar, lesão miocárdica, elevação de enzimas hepáticas, disfunção da coagulação, rabdomiólise, cianose central ou SpO₂ < 90-92% em repouso e ar ambiente, letargia, convulsões, dificuldade de alimentação/recusa alimentar.

- Caso crítico: as principais manifestações são sepse, choque séptico, síndrome do desconforto respiratório agudo, insuficiência respiratória grave, disfunção de múltiplos órgãos, pneumonia grave, necessidade de suporte respiratório e internações em unidades de terapia intensiva.

3.9. COMPLICAÇÕES

Embora a maioria das pessoas com COVID-19 desenvolvam sintomas leves (40%) ou moderados (40%), aproximadamente 15% podem desenvolver sintomas graves que requerem suporte de oxigênio e cerca de 5% podem apresentar a forma crítica da doença, com complicações, como falência respiratória, sepse e choque séptico, tromboembolismo e/ou falência múltipla de órgãos, incluindo lesão hepática ou cardíaca aguda, e requerem cuidados intensivos.

A COVID-19 pode estar frequentemente associada a manifestações mentais e neurológicas, incluindo delírio ou encefalopatia, agitação, acidente vascular cerebral, meningoencefalite, olfato ou paladar prejudicados, ansiedade, depressão e distúrbios de sono. Em muitos casos, manifestações neurológicas foram relatadas mesmo em pacientes sem sintomas respiratórios.

As manifestações clínicas da COVID-19 são geralmente mais leves na população pediátrica do que em adultos, visto que a maioria das crianças que desenvolveram a síndrome respiratória aguda grave e necessitaram de suporte ventilatório apresentavam alguma comorbidade prévia. Outra complicação associada à COVID-19 que já foi reportada em relação a crianças e adolescentes é a síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P), caracterizada como uma condição tardia e exacerbada que acontece após o contato com o vírus. Casos raros de uma apresentação clínica semelhante também já foram identificados em adultos. Para mais informações sobre a síndrome inflamatória multissistêmica associada à COVID-19, vide capítulo específico neste guia.

Ademais, alguns indivíduos infectados com a COVID-19 podem sofrer com efeitos persistentes, após a fase aguda da doença, em vários sistemas, incluindo pulmonares, cardiovasculares e nervosos, como também sinais e sintomas psicológicos. Essas alterações, que são denominadas “condições pós-COVID-19”, não parecem estar relacionadas à severidade da infecção e ainda são tema de discussão e investigações para melhor compreensão.

4. DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

4.1. CASO SUSPEITO DE COVID-19

4.1.1. CASO DE 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 gustativos, diarreia.

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.

4.1.2. CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) HOSPITALIZADO

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

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

4.2. CASO CONFIRMADO

4.2.1. POR CRITÉRIO LABORATORIAL

Biologia Molecular: resultado Detectável para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real, RT-PCR “rápido” ou RT LAMP.

Pesquisa de Antígeno: resultado Reagente para SARS-CoV-2 pelo método de imunocromatografia (Teste Rápido), ou outro método, para detecção de antígeno.

Imunológico*: resultado Reagente para IgM ou IgA, realizado pelos seguintes métodos:

- Ensaio imunoenzimático (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay - ELISA);
- Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos
- Imunoensaio por eletroquimioluminescência (ECLIA)
- Imunofluorescência (FIA)
- Imunoensaio por quimioluminescência (CLIA)

* Considerar testes de anticorpos para confirmação laboratorial somente em indivíduos:

Não Vacinados;

Sem diagnóstico laboratorial anterior para COVID-19;

- que tenham apresentado sinais e sintomas compatíveis, ou contato próximo domiciliar com caso confirmado no mínimo 14 dias antes da realização desse exame.

4.2.2. POR CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO

Caso de SG ou SRAG, sem confirmação laboratorial, com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas, com caso confirmado laboratorialmente por biologia molecular ou pesquisa de antígeno para COVID-19.

4.2.3. POR CRITÉRIO 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).

4.2.4. POR CRITÉRIO CLÍNICO

Caso de SG ou SRAG associado à anosmia (disfunção olfativa) OU ageusia (disfunção gustatória) aguda sem outra causa pregressa E que não foi possível encerrar por outro critério de confirmação.

4.2.5. CASO DE SG OU SRAG NÃO ESPECIFICADA

Caso de SG ou de SRAG para o qual não houve identificação laboratorial de agente etiológico, OU que não foi possível coletar/processar amostra clínica para diagnóstico laboratorial, OU que não foi possível confirmar por critério clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico.

4.2.6. CASO DE SG DESCARTADO PARA COVID-19

Caso de SG para o qual houve identificação de outro agente etiológico confirmado por método laboratorial específico, excluindo-se a possibilidade de uma co-infecção, OU confirmação por causa não infecciosa, atestada pelo médico responsável.

Ressalta-se que um exame negativo para COVID-19 isoladamente não é suficiente para descartar um caso para COVID-19. O registro de casos descartados de SG para COVID-19 deve ser feito no e-SUS VS.

4.2.7. CASOS SUSPEITOS DE REINFECÇÃO PELO VÍRUS SARS-CoV-2

Indivíduo* com dois resultados detectáveis por RT-PCR em tempo real para o vírus SARS-CoV-2, com intervalo igual ou superior a 90 (noventa) dias entre os dois episódios, independentemente da condição clínica observada em cada episódio.

*Serão consideradas as diferenças na resposta imunológica dos indivíduos ao vírus e o uso de medicamentos que podem debilitar o sistema imunológico dos pacientes, fazendo com que uma infecção que aparentemente estivesse curada corresponda à persistência de um mesmo episódio de infecção.

4.3. CONTACTANTE

Contato próximo e continuado com um caso confirmado por RT-PCR, RT-LAMP ou Teste de Antígeno, considerando o período correspondente a partir de 2 (dois) dias antes do início dos sintomas do caso confirmado, E:

- no mesmo ambiente fechado (sala, dormitório, veículo de trabalho);
- em período superior a 30 (trinta) minutos; E
- sem o distanciamento interpessoal de no mínimo 1,5 metro; E
- sem o uso de máscara ou uso incorreto.

4.4. USO DE MÁSCARA

O uso correto de máscaras é fundamental para evitar a disseminação da COVID-19. Indica-se o uso de máscaras: cirúrgicas, de proteção respiratória (p. ex. N95, PFF2) ou de tecido confeccionadas em material adequado, conforme documentos regulamentadores vigentes. Recomenda-se o uso de máscaras cirúrgicas descartáveis que podem ser utilizadas sob uma máscara de tecido bem ajustada para aumentar sua vedação. Como alternativa, para melhor vedação, pode-se utilizar ajustadores (clipe nasal) junto a máscaras de pano, com no mínimo duas camadas, ou a realização de nó nas alças da máscara cirúrgica para melhor ajuste. Essas estratégias aumentam a efetividade de proteção.

As máscaras devem ser colocadas e retiradas de forma a evitar contaminação (evitando tocar a parte frontal da máscara, segurando pelas alças/elásticos), sendo que máscaras de tecido devem ser corretamente higienizadas. As máscaras devem ser utilizadas de forma ajustada, cobrindo do nariz ao queixo, trocando a cada 4h ou quando estiver suja/úmida, retirando somente para a realização de refeições.

4.5. QUARENTENA

Período em que o indivíduo definido como contato próximo de casos suspeitos, confirmados ou viajantes internacionais deve ficar afastado de outras pessoas.

O período de incubação do SARS-CoV-2 é estimado em no máximo 14 (quatorze) dias; portanto, indivíduos assintomáticos que tenham tido contato próximo devem ficar em observação para a ocorrência de sintomas durante este período.

De acordo com o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), este período pode ser reduzido para até no mínimo 5 (cinco) dias após o último contato com o caso confirmado, se os indivíduos forem testados com um teste para infecção ativa (RT-PCR, RT-LAMP ou

Teste de Antígeno) dentro de no mínimo 5 (cinco) dias após o último contato com o caso confirmado.

Esta estratégia visa a aumentar a adesão à quarentena, mas pode estar associada a riscos. Desta forma, os indivíduos devem ser informados a reforçarem as medidas de prevenção, como uso de máscaras e distanciamento social, no período remanescente.

Em relação a quarentena de viajantes internacionais, daqueles dispensados do comprovante de vacinação ao ingressarem no território brasileiro, deverão realizar quarentena por 14 (quatorze) dias na cidade do seu destino final e no endereço registrado na Declaração de Saúde do Viajante – DSV. A quarentena pode ser descontinuada mediante resultado negativo de RT-PCR ou teste de antígeno realizado em amostra coletada a partir do 5º (quinto) dia do início da quarentena, desde que o viajante esteja assintomático (Portaria Interministerial nº 666, de 20 de janeiro de 2022, ou outra que vier a substituí-la).

4.6. ISOLAMENTO

Trata-se do período em que um indivíduo infectado deve ficar afastado de outras pessoas considerando o período de transmissibilidade, estando sintomático (com sintomas) ou assintomático (sem sintomas).

Considerando a Portaria Sesa/ES nº 13-R, de 20 de janeiro de 2022, recomenda-se isolamento por 7 (sete) dias para:

- pacientes que não apresentarem qualquer sintoma antes e após o teste, contados a partir do dia que apresentou resultado positivo para COVID-19;
- pacientes que apresentarem resultado positivo para COVID-19 e sintomas, mas estejam sem sintomas no dia anterior ao sétimo dia de isolamento (24h sem febre E remissão dos sintomas respiratórios), contados a partir do primeiro 1º (primeiro) dia de sintoma;

O término do isolamento ao 7º (sétimo) dia está condicionado a ausência de qualquer sintoma de COVID-19 há pelo menos 24 horas, não sendo necessário repetir o teste de antígeno ou RT-PCR. Caso apresente sintoma, o paciente deverá procurar o serviço de saúde para reavaliação que poderá estender o isolamento até 10 (dez) dias.

Para indivíduos com quadro de SG leve a moderado que ainda não coletaram amostra biológica para investigação etiológica, as medidas de isolamento e precaução devem iniciar imediatamente e só podem ser suspensas após 10 (dez) dias da data de início dos sintomas, desde que permaneçam afebris sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios.

Caso o indivíduo tenha acesso à testagem, o isolamento respiratório domiciliar poderá ser suspenso no 5º (quinto) dia completo do início dos sintomas, desde que permaneça afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios e com resultado não detectado para RT-PCR ou não reagente para Teste Rápido de Antígeno realizado no 5º (quinto) dia completo do início dos sintomas.

QUADRO 1. RECOMENDAÇÕES PARA ISOLAMENTO EM PACIENTES IMUNOCOMPETENTES COM SG POR COVID-19 (QUADROS LEVES OU MODERADOS)

PACIENTES IMUNOCOMPETENTES COM SG POR COVID-19 (QUADROS LEVES OU MODERADOS)				
Tempo do início dos sintomas	5 DIAS		7 DIAS	10 DIAS
Condição de saúde	SEM SINTOMAS		SEM SINTOMAS	SEM SINTOMAS
		Ao 5º dia completo*, se o caso estiver SEM sintomas respiratórios e sem febre e sem uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas.		Ao 7º dia completo*, se o caso estiver SEM sintomas respiratórios e sem febre e sem uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas.
Teste	Com testagem no 5º dia com RT-PCR ou TR-Ag.		Não é necessário testar para suspender o isolamento.	Não é necessário testar para suspender o isolamento.
Resultado	RESULTADO NÃO DETECTADO / NÃO REAGENTE	RESULTADO DETECTADO / REAGENTE	X	X
Suspensão do isolamento	Suspender o isolamento após 5 dias completos e manter as medidas adicionais até o 10º dia completo do início dos sintomas**.	Manter o isolamento até o 10º dia completo do início dos sintomas.	Suspender o isolamento após 7 dias completos e manter as medidas adicionais até o 10º dia completo do início dos sintomas**.	Suspender o isolamento no 10º dia completo do início dos sintomas e manter as medidas de prevenção e controle***.

* Dia completo: o dia 0 é o dia do início dos sintomas, e o dia 1 é o primeiro dia completo (24 horas) após o início dos sintomas, e assim sucessivamente.

** Medidas adicionais a serem adotadas até o 10º dia completo do início dos sintomas nos casos de término de isolamento a partir do 5º dia:

- Usar máscara bem ajustada ao rosto, preferencialmente cirúrgica ou PFF2/N95, casa ou

em público.

- Evitar contato com pessoas imunocomprometidas ou que apresentem fatores de risco para agravamento da COVID-19, como também locais com aglomerações de pessoas, como transporte público, ou onde não seja possível manter o distanciamento físico.

- Não frequentar locais onde não possa ser usada a máscara durante todo o tempo, como restaurantes e bares; e evitar comer próximo a outras pessoas tanto em casa como no trabalho, por pelo menos 10 dias completos após o início dos sintomas. N

- Não viajar durante o seu período de isolamento. No caso de interromper o isolamento antes do 10º dia do início, orienta-se fazer teste RT-PCR ou TR-Ag e só viajar se o resultado for não detectado/não reagente e caso esteja sem sintomas antes da viagem. Caso não seja possível realizar o teste, orienta-se adiar a viagem por pelo menos 10 dias a contar do início dos sintomas. N

ATENÇÃO

- Caso esses indivíduos não consigam usar máscara quando estiverem próximos a outras pessoas, o isolamento deve ser de 10 dias completos após o início dos sintomas.

- Se continuarem com febre ou outros sintomas respiratórios, os indivíduos devem esperar para interromper o isolamento até permanecer afebril sem uso de medicamentos antitérmicos por no mínimo 24 horas e remissão dos sintomas respiratórios.

***Após o término do período do isolamento e das medidas adicionais descritas acima, reforça-se a importância da continuidade da vacinação contra a COVID-19, de acordo com o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, de modo a evitar as internações e os óbitos pela doença, principalmente entre os grupos de maior risco para agravamento, assim como a manutenção da adoção das medidas não farmacológicas: distanciamento físico, etiqueta respiratória, higienização das mãos, uso de máscaras, limpeza e desinfecção de ambientes.

Fonte: CGPNI/DEIDT/SVS/MS, 2021.

Considerando a Portaria Sesa/ES nº 13-R, de 20 de janeiro de 2022, os profissionais da saúde que estejam assintomáticos no 5º (quinto) dia de isolamento deverão realizar teste de antígeno ou RT-PCR para COVID-19. Caso resultado negativo prossegue o término do isolamento, caso positivo manter isolamento até o 7º dia caso esteja 24 horas assintomático e sem uso de antitérmico sem necessidade de novo teste.

Indivíduo com doença grave (SRAG) ou imunossuprimido deve ter isolamento estendido para 20 (vinte) dias ou mais, de acordo com avaliação médica.

Orienta-se que indivíduos com quadros leves cumpram o isolamento em seu domicílio preferencialmente usando máscaras e utilizando cômodos e utensílios em separado, evitando contato com pessoas imunocomprometidas ou que apresentem fatores de risco para agravamento da COVID-19.

4.7. OPORTUNIDADE DE COLETA PARA OS TESTES DIAGNÓSTICOS

4.7.1. TESTE PARA DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO ATIVA: TESTES MOLECULARES

Os testes moleculares são aqueles que detectam a presença do RNA viral em amostras de secreção respiratória. Podem ser do tipo RT-PCR, RT-PCR “rápido” (p. ex. GeneExpert) ou RT-LAMP (amplificação isotérmica mediada por loop com transcriptase reversa). Abaixo estão descritas as indicações e oportunidades de testagem para o RT-PCR, teste molecular realizado pelo LACEN/ES atualmente, o qual também é considerado padrão-ouro para diagnóstico da COVID-19.

4.7.1.1. CASO DE SG

A coleta (swab de nasofaringe e orofaringe) deve ser realizada do 1º ao 8º dia de início dos sintomas.

4.7.1.2. CASO DE SRAG

A coleta deve ser realizada independentemente do tempo de sintomas.

Todo caso de SRAG deve ter amostra clínica coletada (swab de nasofaringe e orofaringe ou aspirado nasofaríngeo) para realização de Teste de Antígeno ou RT-PCR, mesmo que possua resultado(s) de testes sorológicos.

Em caso de óbito fora do ambiente hospitalar, orienta-se realizar coleta de amostra em até 24 horas para RT-PCR.

Para pacientes em uso de suporte ventilatório invasivo, realizar coleta, preferencialmente, por meio de aspirado de secreção traqueal ou lavado broncoalveolar.

Em caso de SRAG com resultado do RT-PCR não detectável para SARS-CoV-2, desde que a coleta tenha sido em período oportuno (até 8º dia do início dos sintomas), recomenda-se realizar segunda coleta, 48h após a primeira, para os casos com possibilidade de coleta de material de via aérea baixa.

4.7.2. TESTE PARA DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO ATIVA: TESTES DE ANTÍGENO

Testes de Antígeno são testes capazes de identificar uma infecção ativa, apresentando melhor sensibilidade nos primeiros dias de sintomas, quando a carga viral costuma ser maior.

Apresentam como vantagem o baixo custo e rápida execução frente ao padrão-ouro, RT-PCR. A indicação de testagem por Testes de Antígeno aplica-se aos municípios/estabelecimentos que dispõem deste insumo ou possuem recursos próprios para realização de tais testes.

4.7.2.1. CASO DE SG

A coleta deve ser realizada do 1º ao 8º dia de início dos sintomas. Pode-se optar por utilizar o Teste de Antígeno como teste de triagem, considerando sua sensibilidade reduzida frente ao padrão ouro (RT-PCR). O resultado positivo confirma o caso, enquanto que o resultado

negativo não exclui o diagnóstico, devendo ser realizado o RT-PCR em 24- 48h, permanecendo a suspeita clínica.

4.7.2.2. CASO DE SRAG

A coleta deve ser realizada do 1º ao 8º dia de início dos sintomas (preferencialmente até o 5º dia). Pode-se optar por utilizar o Teste de Antígeno como teste de triagem, considerando sua sensibilidade reduzida frente ao padrão ouro (RT-PCR).

Se o resultado de Teste de Antígeno for positivo para SARS-CoV-2, não é necessária nova coleta para RT-PCR. Se o resultado de Teste de Antígeno for negativo, é imprescindível coleta para realização de RT-PCR.

4.7.3. TESTAGEM EM CONTACTANTES

A testagem de assintomáticos contactantes da população em geral, que estejam sendo monitorados por meio do Módulo Monitoramento de Contatos do eSUS/VS, deve seguir as orientações do item MONITORAMENTO DE CONTACTANTES.

Podem ser utilizados Teste de Antígeno em assintomáticos que tiveram contato próximo em situações nas quais a coleta do RT-PCR não seja possível ou tenha tempo de resposta muito longo, para facilitar o processo de quarentena dos contatos – porém ressaltando que preferencialmente deve ser realizado o RT-PCR devido a melhor sensibilidade.

O teste deve ser realizado no mínimo no 5º (quinto) dia após o último contato, e mesmo se resultado negativo, deve ser ressaltada a necessidade de quarentena até o 7º dia (preferencialmente mantendo distanciamento máximo de outras pessoas por até 14 dias se assintomático). Se manifestar sintomas neste período, encaminhar para avaliação, testagem e isolamento.

4.7.4. SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

4.7.4.1. TESTAGEM EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DE IDOSOS

A equipe da ILPI irá realizar o monitoramento diário dos idosos e trabalhadores com relação a presença de sintomas respiratórios através de instrumento específico. O instrumento para o monitoramento dos sintomas respiratórios dos idosos residentes e trabalhadores da ILPI deverá ser enviado por semana epidemiológica (de acordo com calendário nacional de semanas epidemiológicas), sempre às segundas-feiras, pelo responsável técnico para a área técnica da vigilância epidemiológica e Diretor da Unidade Básica de Saúde de referência.

Na presença de sintomas entre os idosos residentes a equipe da ILPI deverá garantir o isolamento imediato por 07 (sete) dias, realizar a notificação compulsória para COVID-19 e realizar a testagem, por RT-PCR ou Teste de Antígeno entre o 3º (terceiro) e o 8º (oitavo) do início dos sintomas.

O trabalhador que apresentar sintomas deverá ser afastado imediatamente e procurar atendimento médico e caso seja confirmado COVID-19 deverá permanecer afastado por 7 dias e retornar para suas atividades no oitavo dia se assintomático.

Em caso de surto por COVID-19 na instituição, deverão ser testados, por RT-PCR ou Teste de Antígeno todos os idosos e trabalhadores. Recomenda-se preferencialmente o uso de RT-PCR em indivíduos assintomáticos em ILPIs, devido a menor sensibilidade do teste de antígeno em relação ao RT-PCR. Porém, pode-se avaliar o tempo de resposta do resultado de RT-PCR e a disponibilidade de insumos e realizar triagem com Teste de Antígeno, realizando o RT-PCR confirmatório para os casos negativos.

Obs: Demais estratégias adotadas para o controle da infecção por COVID-19 nas ILPI do município de Vitória estão descritas na Matriz de Gerenciamento para ILPI para o enfrentamento da pandemia por COVID-19, de abril de 2021, que instituiu processos de trabalho organizados para a atenção aos moradores, familiares e profissionais de ILPI para a prevenção, tratamento e desfecho de casos durante a pandemia da COVID-19.

4.7.4.2. TESTAGEM EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Os trabalhadores de estabelecimentos de saúde*, sintomáticos ou assintomáticos, a partir do primeiro caso confirmado para COVID-19 por RT-PCR ou Teste de Antígeno no estabelecimento, deverão ser testados por RT-PCR, a partir da identificação dos contactantes próximos (setor, andar, entre outros).

Podem ser testados por Teste de Antígeno os indivíduos assintomáticos em casos de surtos em serviços de saúde em situações em que o resultado de RT-PCR não esteja disponível em até 72hs.

Segundo o guia de vigilância epidemiológica da Covid-19 2022 – versão 4 2022, especificamente nesta população, não há recomendação de isolamento se estiver assintomático, caso haja contactantes próximos confirmados para COVID-19, até resultados de exames laboratoriais coletados.

São considerados somente os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento a casos de SG e/ou de SRAG, bem como os de Vigilância em Saúde.

A definição de profissional de saúde deve abranger todos os membros, do pessoal da unidade de saúde que interveio no atendimento de um paciente infectado com COVID-19, incluindo não apenas aqueles presentes na mesma área que o paciente, mas também aqueles que podem não ter dado atenção direta, mas que estiveram em contato com os fluidos corporais do paciente ou com objetos ou superfícies ambientais potencialmente contaminado.

Assim, a definição incluirá profissionais de saúde, profissionais paramédicos e auxiliares, como pessoal de limpeza e lavanderia, radiologistas e técnicos de radiologia, equipe administrativa, flebotomistas, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, pessoal de laboratório, produtos de limpeza, pessoal de renda ou recepção, transportadores de pacientes e funcionários, entre outras.

4.7.4.3. TESTAGEM EM GESTANTES, PARTURIENTES E PUÉRPERAS

O Ministério da Saúde publicou o Manual de Recomendações para a assistência à gestante, parturiente e puérpera frente à pandemia de COVID-19:

Sintomáticas: Realizar o teste RT- qPCR em qualquer momento do ciclo gravídico puerperal;

Assintomáticas: Realizar RT-qPCR ou Teste de Antígeno para SARS-CoV-2 Na internação hospitalar(Indicação obstétrica (abortamento, gravidez ectópica, mola hidatiforme, parto, entre outros), Indicação cirúrgica (cerclagem, cesariana eletiva ou para controle clínico de alguma doença associada, Três dias antes de parto cesárea ou outro procedimento eletivo.

O resultado do RT-PCR ou Teste de Antígeno realizado deve ser registrado na caderneta do pré-natal.

4.7.4.4. TESTAGEM EM EQUIPAMENTOS ALTA COMPLEXIDADE DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (IA)

A equipe do Equipamento de Alta Complexidade (Instituições de Acolhimento) da Secretaria Municipal de Assistência Social (Semas) irá realizar o monitoramento diário dos acolhidos trabalhadores com relação a presença de sintomas respiratórios. O instrumento específico para o monitoramento dos sintomas respiratórios deverá ser enviado às quartas-feiras pelo coordenador do equipamento para o email do Diretor da Unidade Básica de Saúde de referência, com cópia para a área técnica da Gerência de Atenção à Saúde (GAS) responsável pelo acompanhamento da instituição conforme quadro de contatos.

Na presença de sintomas entre os acolhidos, a equipe da IA deverá garantir o isolamento imediato por 07 (sete) dias, realizar contato imediato com diretor da Unidade de Saúde de Referência para que seja providenciado o atendimento médico e notificação compulsória para COVID-19. O trabalhador que apresentar sintomas deverá ser afastado imediatamente e procurar atendimento médico e caso seja confirmado COVID-19 deverá permanecer afastado por 7 dias e retornar para suas atividades no oitavo dia se assintomático.

Em caso de surto por COVID-19 na IA, deverão ser testados, por RT-PCR ou Teste de Antígeno todos os acolhidos e trabalhadores. Recomenda-se preferencialmente o uso de RT-PCR em indivíduos assintomáticos, devido a menor sensibilidade do teste de antígeno em relação ao RT-PCR. Porém, pode-se avaliar o tempo de resposta do resultado de RT-PCR e a disponibilidade de insumos e realizar triagem com Teste de Antígeno, realizando o RT-PCR confirmatório para os casos negativos.

Obs: Demais estratégias adotadas para o controle da infecção por COVID-19 nas IA do município de Vitória estão descritas na Matriz de Gerenciamento para IA para o enfrentamento da pandemia por COVID-19, de abril de 2021, que instituiu processos de trabalho organizados para a atenção aos acolhidos e trabalhadores da IA para a prevenção, tratamento e desfecho de casos durante a pandemia da COVID19.

4.7.4.5. TESTAGEM EM INSTITUIÇÕES DE ENSINO

As condutas que envolvem as instituições de ensino estão contempladas na Portaria Conjunta SEDU/SESA nº 06-R, de 21 de julho de 2021, na Portaria SESA nº 13, de 23 de janeiro de 2021, na Portaria Conjunta SEDU/SESA nº 01-R, de 08 de agosto de 2020, e dos demais atos editados pelas autoridades sanitárias estadual e municipal, bem como as que venham substituí-las.

4.7.5. REDE LABORATORIAL SUPLEMENTAR

Os laboratórios privados e farmácias devem estabelecer fluxos de comunicação com a Coordenação de Vigilância Epidemiológicas de Vitória/ES. De acordo com a Portaria nº013-R de 20 de janeiro de 2022 todos os testes de exames de covid-19 independente da motivação ou do resultado é obrigatório a notificação no eSUS/VS.

5. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

5.1. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A vigilância epidemiológica dos vírus respiratórios de importância em saúde pública é desenvolvida por meio de uma Rede de Vigilância Sentinela de síndrome gripal (SG) e da Vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), conjuntamente articulada com Laboratórios de Saúde Pública. Os serviços de saúde que compõem a rede têm como finalidade a captação de casos de SG, de SRAG hospitalizados e/ou óbitos por SRAG, para, por meio do estudo do perfil epidemiológico dos casos e conhecimento dos vírus circulantes, serem traçadas as medidas de prevenção e controle.

Atualmente com a incorporação da COVID-19 na rede de vigilância de vírus respiratórios, houve uma organização para fortalecer a resposta da pandemia e, com isso, os objetivos da vigilância da COVID-19 são:

- Identificar precocemente a ocorrência de casos da COVID-19.
- Estabelecer critérios para a notificação e o registro de casos suspeitos em serviços de saúde, públicos e privados.
- Estabelecer os procedimentos para investigação laboratorial.
- Monitorar e descrever o padrão de morbidade e mortalidade por COVID-19.
- Monitorar as características clínicas e epidemiológicas do vírus SARS-CoV-2.
- Estabelecer as medidas de prevenção e controle.
- Realizar a comunicação oportuna e transparente da situação epidemiológica.

O monitoramento (perfil epidemiológico e laboratorial) dos casos de SG e de SRAG hospitalizados e/ou óbitos por SRAG são feitos por meio de coleta de amostras clínicas (nasofaringe) e encaminhamento aos laboratórios de referência para pesquisa de vírus respiratórios e da notificação/registo desses casos no sistema de informação Sivep-Gripe.

5.1.1. VIGILÂNCIA SENTINELA DE SÍNDROME GRIPAL

Criada em 2000 para monitoramento da influenza, a Vigilância Sentinela de síndrome gripal (SG) tem como objetivo fortalecer a vigilância epidemiológica de vírus respiratórios, por meio da identificação da circulação desses vírus, de acordo com a patogenicidade, a virulência em cada período sazonal, a existência de situações inusitadas ou o surgimento de novo subtipo viral.

Em Vitória/ES, a Vigilância Sentinela de SG é composta pelo Pronto Atendimento Praia do Suá (PA Praia do Suá), estando apto para notificar os casos de SG no SIVEP-Gripe, coletar amostras clínicas, de maneira sentinela, seguindo fluxos estabelecidos., incorporando além das atividades de rotina para vigilância de influenza e outros vírus respiratórios, atividades para a detecção do vírus SARS-CoV-2 na sua rotina.

5.1.2. VIGILÂNCIA DE SÍNDROME GRIPAL PARA CASOS SUSPEITOS DE COVID-19 NOS DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE

Devido ao atual cenário pandêmico, desde 2020 os serviços de saúde que atendem casos de SG e não fazem parte da rede de Unidades Sentinela de SG devem investigar e notificar

todos os casos de SG no Sistema de Informações do SUS para a Vigilância em Saúde – eSUS/VS.

5.1.3. VIGILÂNCIA DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE — SRAG

A Vigilância de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) foi implantada no Brasil em 2009, em decorrência da pandemia de influenza A (H1N1) pdm09 e, desde então, devem ser realizadas a coleta e a notificação de todos os casos de SRAG hospitalizados e/ou óbitos por SRAG, causados por vírus respiratórios de importância em saúde pública.

A vigilância de SRAG é realizada nos dois Pronto-Atendimentos de Vitória/ES (PA São Pedro e PA Praia do Suá) bem como todos os hospitais do estado do Espírito Santo que possuem capacidade de assistência aos casos de SRAG, da rede pública ou privada.

Esses hospitais estão aptos para notificar os casos de SRAG e/ou óbitos por SRAG no SIVEP-Gripe, coletar amostras clínicas, de maneira universal, seguindo fluxos estabelecidos para a vigilância de síndromes respiratórias agudas e, agora, incluindo a vigilância dos casos e óbitos de SRAG suspeitos para a COVID-19.

5.2. NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE SG E SRAG POR COVID-19

Todos os casos de SG e SRAG por COVID-19 deverão ser notificados nos sistemas de informação (Rede Bem Estar; e-SUS /VS, SIVEP-Gripe e GAL), com o preenchimento OBRIGATÓRIO do CPF.

As amostras registradas no sistema GAL (Gerenciador de Ambiente Laboratorial) só serão processadas com o preenchimento correto da requisição, de acordo com as orientações definidas, que garantirá a realização da análise laboratorial.

Todos os casos que atendem a definição de caso de SG e SRAG confirmados para COVID-19 devem ser notificados por meio da Rede Bem Estar e do Sistema de Informações do SUS para a Vigilância em Saúde - eSUS/VS (exceto os atendidos em Unidades Sentinela de SG).

A notificação eletrônica é requisito para isolamento compulsório após resultado positivo para detecção de infecção pelo SARS-COV-2, por meio de teste RT-PCR ou Teste por Antígeno.

O registro na notificação do teste, independente da motivação ou do resultado positivo ou negativo, é obrigatório a todos os serviços públicos e privados no território espírito-santense.

Os casos de COVID-19 que são SRAG hospitalizados e os óbitos por SRAG, independentemente de hospitalização, são de notificação compulsória no sistema de informação SIVEP-Gripe, com o preenchimento da ficha de SRAG hospitalizado, segundo a portaria Nº 013-R de 20 de janeiro de 2022, SESA ES.

A Vigilância Epidemiológica municipal deve ser notificada imediatamente sobre os casos e óbitos por COVID-19 pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) ou pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar daqueles hospitais que não possuem acesso

ao sistema.

O óbito por COVID-19 deve ser notificado imediatamente, por telefone, à Coordenação de Vigilância Epidemiológica de Vitória/ES.

É importante ressaltar que todos os óbitos por SRAG, mesmo os não hospitalizados, devem ser notificados no Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe), no módulo de SRAG Hospitalizado, pois em algumas situações está ocorrendo “internação” em unidades de saúde que não se configuram como unidades hospitalares, como hospitais de campanha, ou mesmo em municípios que não dispõem de unidade hospitalar.

5.3. MONITORAMENTO DE CONTACTANTES

Para o rastreamento e monitoramento de contactantes, considera-se contactante todo o contato domiciliar. Os demais tipos de contactantes devem ser avaliados conforme check-list e serem estratificados de acordo com a relação com o caso:

- Domiciliar: pessoa que reside no mesmo domicílio que o caso;
- Escolar: pessoa que compartilhe o ambiente escolar com o caso, como sala de aula, refeitório, pátio fechado e/ou ginásio, etc;
- Evento Social: pessoa que esteve no mesmo ambiente fechado que o caso em evento social como jantar, festa de aniversário, bares, etc;
- Familiar: pessoa da família que esteve no mesmo ambiente fechado que o caso, mas não reside com o mesmo;
- Laboral: pessoa que trabalhe no mesmo local que o caso e tenha compartilhado o mesmo ambiente fechado.

Para serem definidos como contatos próximos a serem monitorados e testados os contatos deverão preencher todas as condicionais do check-list abaixo, conforme definição de CONTACTANTE:

- o período correspondente a partir de 2 (dois) dias antes do início dos sintomas do caso confirmado; E
- no mesmo ambiente fechado (sala, dormitório, veículo de trabalho); E
- em período superior a 30 (trinta) minutos; E
- sem o distanciamento interpessoal de no mínimo 1,5 metro; E
- sem o uso de máscara ou uso incorreto.

Obs.1: Indivíduos que tiveram COVID-19 nos 90 dias anteriores ao contato não tem indicação para nova testagem e isolamento se permanecerem assintomáticos.

Obs. 2: Caso o contato tenha ocorrido em ambiente aberto, mas se configure como contato de risco por tratar-se de compartilhamento de alimentos ou bebidas por período prolongado, sem uso de máscaras e sem o distanciamento social recomendado (1,5m) também se configurará como contato próximo a ser monitorado.

5.4. BUSCA ATIVA DE ASSINTOMÁTICOS

A depender da disponibilidade de insumos, poderá se realizar ações estratégicas de busca

ativa de assintomáticos, por meio de inquéritos sorológicos ou outras estratégias, avaliando as necessidades locais e pactuação prévia entre as instâncias de saúde (exemplo: trabalhadores de serviços essenciais ou estratégicos, dentre outros).

5.5. SURTOS

Definição de surto de SG: ocorrência de pelo menos 2 (dois) casos suspeitos ou confirmados em ambientes de longa permanência, com vínculo temporal de até 14 dias entre as datas de início dos sintomas dos casos.

Cabe à Vigilância em Saúde municipal analisar a situação para confirmar ou descartar a existência de surto de SG e orientar a adoção de medidas de controle cabíveis. Surtos de SG podem ocorrer em ambientes de longa permanência com distintas características como: empresas (estabelecimento sem atendimento ao público), Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI), clínicas de repouso, população albergada, unidades prisionais, dormitórios coletivos, entre outros, o que implica distintas abordagens e estratégias de controle.

Ao identificar um surto de SG a vigilância municipal deve notificar o surto de forma agregada no módulo de surto no eSUS/VS, assinalando no campo “Código do Agravado/Doença” (U07.1 - COVID-19) e inserindo no campo observação detalhes da investigação, bem como no módulo de notificação individual do eSUS/VS, para fins de investigação laboratorial. Se algum indivíduo for hospitalizado por SRAG, o mesmo deverá ser notificado individualmente no Sivep-Gripe.

Considera-se um surto encerrado quando transcorrido o período de 15 dias sem o registro de novos sintomáticos.

5.6. CÓDIGOS DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10) E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE PARA MORBIMORTALIDADE NO CONTEXTO DA COVID-19

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou o uso emergencial de códigos para propósitos emergenciais, a fim de documentar a COVID-19 e as condições que ocorrem nesse contexto, sendo elas:

5.6.1. DIAGNÓSTICO

- B34.2 (infecção por coronavírus de localização não especificada).
- U07.1 (COVID-19, vírus identificado. É atribuído a um diagnóstico da COVID-19 confirmada por testes de laboratório).
- U07.2 (COVID-19, vírus não identificado, clínico-epidemiológico. É atribuído a um diagnóstico clínico ou epidemiológico da COVID-19, em que a confirmação laboratorial é inconclusiva ou não está disponível).

Os códigos U07.1 (COVID-19, vírus identificado) e U07.2 (COVID-19, vírus não identificado, clínico-epidemiológico), definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), são os marcadores da pandemia no Brasil, devendo sempre vir após o código B34.2, na mesma linha.

5.6.2. CONDIÇÕES PÓS-COVID-19

Condição de saúde posterior a COVID-19:

- B94.8 (sequelas de outras doenças infecciosas e parasitárias especificadas).
- U09.9 (condição de saúde posterior à COVID-19, não especificada).

Quando no atestado houver uma sequência de eventos com menção de condição de saúde posterior à COVID-19, o codificador deverá alocar os códigos B94.8 + o marcador U09.9, na mesma linha.

Síndrome inflamatória multissistêmica associada à COVID-19, não especificada:

- M30.3 (síndrome de linfonodos mucocutâneos – Kawasaki).
- U10.9 (síndrome inflamatória multissistêmica associada à COVID-19, não especificada).

Quando no atestado houver uma sequência de eventos com menção de SIM-P, o codificador deverá alocar os códigos M30.3 + o marcador U10.9, na mesma linha.

5.6.3. VACINAÇÃO E EVENTO ADVERSO À VACINA COVID-19

Vacinas COVID-19 que causam efeitos adversos em seu uso terapêutico, não especificado:

- Y59.0 (vacinas antivirais) e T88.7 (efeito adverso não especificado de droga ou medicamento).
- U12.9 (vacinas contra a COVID-19 que causam efeitos adversos com finalidade terapêutica, não especificada).

Quando no atestado houver uma sequência de eventos com menção de efeito adverso às vacinas COVID-19, o codificador deverá alocar os códigos Y59.0 + T88.7 + o marcador U12.9, na mesma linha.

Necessidade de imunização contra a COVID-19:

- U11.9 (necessidade de imunização contra a COVID-19, não especificada).

5.7. IMUNIZAÇÃO CONTRA A COVID-19

A Campanha Nacional de Vacinação contra a COVID-19 foi iniciada em 18 de janeiro de 2021. No Brasil, encontram-se em uso as vacinas COVID-19 AstraZeneca/Fiocruz, Sinovac/Butantan, Janssen e Pfizer/Comirnaty (formulação adulta e pediátrica).

A vacinação contra a COVID-19 tem como objetivo principal evitar internações e óbitos pela doença, principalmente entre os grupos de maior risco para agravamento. Os estudos de fase III das vacinas COVID-19 demonstraram eficácia global satisfatória contra a infecção pelo SARS-CoV-2, revelando mais de 70% de eficácia para casos graves da doença, evitando assim a necessidade de hospitalização.

Tendo em vista o objetivo principal da vacinação de reduzir casos graves e óbitos pela COVID-19 é fundamental alcançar altas e homogêneas coberturas vacinais. Para tanto, todos os esforços devem estar voltados para vacinar toda a população alvo. Portanto, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) estabeleceu como meta, vacinar ao menos 90%

da população alvo de cada grupo, uma vez que é de se esperar que uma pequena parcela da população apresente contra-indicações à vacinação.

Em relação às estimativas populacionais dos grupos prioritários e o ordenamento das prioridades para a Campanha Nacional de Vacinação contra a COVID-19 no município de Vitória/ES, bem como da descrição das comorbidades incluídas como prioritárias para vacinação contra a COVID-19, devem ser seguidas as orientações técnicas no Plano Operacional da Estratégia de Vacinação contra a COVID-19 no município de Vitória/ES, 2022, ou outros documentos que venham a substituí-lo ou atualizá-lo.

Com o aumento da disponibilidade da vacina no mercado mundial, após o atendimento dos grupos prioritários, ocorreu a ampliação da vacinação da população geral, de forma escalonada e por faixas etárias decrescentes, até o atendimento total da população brasileira com 5 anos e mais (até o presente momento).

5.7.1. ADMINISTRAÇÃO DE DOSE DE REFORÇO E DOSE ADICIONAL CONTRA A COVID-19

Com o avanço da vacinação contra a COVID-19 no Brasil, notaram-se importantes ganhos em saúde pública, reduzindo de maneira significativa a ocorrência de casos graves e óbitos pela doença. Com o seguimento acelerado da vacinação do público adulto, há de se reconsiderar as estratégias de vacinação em determinados grupos de maior vulnerabilidade, visto que está sendo observado um incremento da morbimortalidade.

A população idosa acima de 70 anos continua sendo mais acometida pelas formas graves da COVID-19 com indícios de ascensão nas taxas de hospitalizações desta população. Tanto os idosos quanto os indivíduos com alto grau de imunossupressão, apresentaram menor proteção pelo esquema padrão da vacinação aos mais diversos tipos de imunizantes. Logo, a Câmara Técnica, optou por adotar a administração de uma dose de reforço da vacina para todos os idosos acima de 70 anos. Em sequência, foi emitida a Nota Técnica nº 48/2021- SECOVID/GAB/SECOVID/MS que, a partir do dia 28 de setembro de 2021, também se iniciou a vacinação de dose de reforço para a população entre 60 e 69 anos.

Nesse contexto, os trabalhadores de saúde, que foram um dos primeiros grupos a se vacinarem, e devido à existência de uma tendência na redução da efetividade das vacinas contra a COVID-19 com o passar do tempo, notadamente a partir do 6º (sexto) mês após o esquema vacinal primário completo, conforme demonstrado nos estudos científicos, bem como por ser um grupo de maior exposição, por meio da Nota Técnica nº 47/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS, optou por adotar, a partir de 28 de setembro de 2021, a administração de uma dose de reforço da vacina para todos os trabalhadores da saúde 06 (seis) meses após a última dose do esquema vacinal primário (segunda dose ou dose única), independente do imunizante aplicado. A vacina a utilizada para a dose de reforço deverá ser, preferencialmente, da plataforma de RNA mensageiro (Pfizer/Wyeth) ou, de maneira alternativa, vacina de vetor viral (Janssen ou AstraZeneca).

A Dose Adicional para se completar o esquema vacinal primário está indicada aos pacientes com alto grau de imunossupressão, dessa forma conforme a Nota Técnica nº 43/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS, a dose será aplicada na população com imunodeficiência primária grave; Quimioterapia para câncer; Transplantados de órgão sólido ou de células tronco hematopoié cas (TCTH) uso de drogas imunossupressora; Pessoas vivendo com HIV/AIDS; Uso de corticóides em doses ≥ 20 mg/dia de prednisona, ou equivalente, ≥ 14 dias;

Uso de drogas 32 modificadoras da resposta imune; doenças auto inflamatórias, doenças intestinais inflamatórias; Pacientes em hemodiálise; Pacientes com doenças imunomediadas inflamatórias crônicas. Para os indivíduos com alto grau de imunossupressão o intervalo para a dose adicional deverá ser de 28 dias após a segunda dose. A vacina a ser utilizada para a dose adicional deverá ser, preferencialmente, da plataforma de RNA mensageiro (Pfizer/Wyeth) ou, de maneira alternativa, vacina de vetor viral (Janssen ou AstraZeneca).

Além disso, tendo em vista a dinâmica que uma campanha de vacinação dessa magnitude exige e considerando a introdução de novas e diferentes vacinas, o PNI retoma as orientações da vacinação em gestantes e puérperas independentemente de condições de riscos adicionais. Considerando o risco aumentado para desenvolver formas graves de COVID-19 de gestantes e puérperas até 45 dias após o parto, bem como das complicações obstétricas decorrentes da doença e ainda, a elevada mortalidade materna pela COVID-19 no país.

Baseado em experiências exitosas em outros países Europeus e Norte Americanos, no que tange a oferta da dose de reforço para indivíduos com idade de 18 anos e mais, não pertencente ao grupo de pacientes imunossuprimidos, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Nota Técnica nº 65/2021–SECOVID/GAB/SECOVID/MS, de 20 de dezembro de 2021, passa a adotar a administração da dose de reforço 04 (quatro) meses após a última dose do esquema primário de vacinação (segunda dose ou dose única). Como também recomenda a administração de dose de reforço para pacientes imunossuprimidos 04 (quatro) meses após a última dose do esquema primário de vacinação (dose adicional).

Buscando avançar com a imunização da população brasileira, o MS, por meio da Nota Técnica nº 45/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS, de 22 de setembro de 2021, bem como o disposto na lei no 14.190, de 29 de julho de 2021, iniciou-se a imunização de adolescentes de 12 a 17 anos com o imunizante Comirnaty do fabricante Pfizer/Wyeth, obedecendo a seguinte ordem de prioridade: a) População gestante, as puérperas e as lactantes, com ou sem comorbidade, independentemente da idade dos lactentes; b) População de 12 a 17 anos com deficiências permanentes; c) População de 12 a 17 anos com presença de comorbidades; d) População de 12 a 17 anos privados de liberdade; e) População de 12 a 17 anos sem comorbidades após a conclusão dos grupos definidos na Nota Técnica 65/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS, qual sejam: dose de reforço para população acima de 18 anos a partir de 04 (quatro) meses após a segunda dose. E em 05 de janeiro de 2022, por meio de Nota Técnica nº 02/2022-SECOVID/GAB/SECOVID/MS, inicia-se a vacinação de crianças de 05 a 11 anos com o imunizante Comirnaty do fabricante Pfizer/Wyeth (Pediátrica), priorizando: a) Crianças com 5 a 11 anos com deficiência permanente ou com comorbidades (art. 13, parágrafo quinto da Lei nº 14.124, de 10 de março de 2021); b) Crianças indígenas e Quilombolas; c) Crianças que vivam em lar com pessoas com alto risco para evolução grave de COVID-19; d) Crianças sem comorbidades, na seguinte ordem sugerida: crianças entre 10 e 11anos; crianças entre 8 e 9 anos; crianças entre 6 e 7 anos; crianças com 5 anos. Em complemento a oferta de vacinas no território nacional, no dia 21 de janeiro de 2022, o imunizante Coronavac foi incluído no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 (PNO) para crianças e adolescentes de 6 a 17 anos de idade, exceto imunossuprimidos conforme previsto na Nota Técnica Nº 6/2022-SECOVID/GAB/SECOVID/MS.

Com o surgimento de novas variantes, houve a necessidade de revisão das recomendações

a cerca das orientações de doses de reforço na população classificada com alto grau de imunossupressão, e com a publicação da Nota Técnica nº 08/2022-SECOVID/GAB/SECOVID/MS, de 09 de fevereiro de 2022, passou-se a recomendar a dose adicional da vacina COVID-19 para indivíduos com alto grau de imunossupressão a partir dos 12 anos de idade a ser administrada com intervalo de 08 (oito) semanas após a segunda dose, e uma dose de reforço 04 (quatro) meses após a dose adicional.

Observação: Importante ressaltar que a vacinação do público alvo do município, está sendo realizada em consonância com as resoluções estabelecidas pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB/SUS-ES).

5.7.2. ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO

- Abertura de postos temporários ou volantes no território (escolas, creches, igrejas e centros comunitários) visando diminuir a circulação de pessoas nas unidades de saúde.
- Vacinação em espaços ao ar livre como parques e academias da saúde.
- Avaliar a possibilidade de vacinação descentralizada e itinerante no território, por microáreas, em pontos de apoio baseados em equipamentos sociais (supermercados, centro de idosos, igrejas, escolas, etc.), preferencialmente em locais abertos e arejados.
- Dividir as equipes em suas microáreas, composta de um técnico de enfermagem, um agente comunitário e outros profissionais que puderem atuar para realizar a campanha nesses espaços, bem como buscar parcerias junto a institutos de saúde e instituições de ensino para compor recursos humanos para proceder à vacinação extramuro.
- Avaliar a vacinação na modalidade de Drive thru, ou seja, o usuário é atendido dentro do carro em espaços organizados com logística adequada.
- Realizar vacinação domiciliar, pactuando previamente com a comunidade e definindo o percurso no território com prioridade para os idosos acamados e domiciliados baseando-se no critério de fragilidade.
- Organizar a campanha na unidade de saúde para definir local específico para vacinação do idoso e demais público alvo, organizar a espera e a fila obedecendo ao distanciamento preconizado, realizar agendamento de grupos de idosos e demais público, por BLOCO DE HORAS e por microáreas; oportunizar a vacinação; para os idosos em atendimento na unidade por outros motivos, orientar adequadamente os idosos e acompanhantes; ampliar o número de profissionais responsáveis pela vacinação.
- Ofertar a vacinação em horário alternativo (sábados, feriados e horário noturno) a fim de facilitar o acesso da população do município.

5.7.3. CAMPANHA DE VACINAÇÃO - AÇÕES GERAIS

- Realizar a vacinação da população alvo definida pelo Ministério da Saúde e de acordo com o cronograma de fases da vacinação.
- Divulgar as estratégias de vacinação do município de acordo com a população alvo.
- Reforçar junto aos diretores das unidades de saúde a ampliação do horário de atendimento da sala de vacina, conforme as diretrizes da gestão.
- Manter as equipes de sala de vacina atualizadas acerca das alterações referentes à campanha conforme orientações do PNI e Estado.
- Reforçar junto aos profissionais envolvidos na campanha as orientações quanto à vacinação segura.
- Orientar o profissional quanto à utilização das medidas de proteção individual (uso de EPI) de acordo com normas escritas na Política Nacional de Imunização, além da higiene

das mãos e boas práticas de vacinação.

- Evitar fluxos cruzados com o atendimento a usuários sintomáticos. O usuário deve ser recepcionado pela equipe da porta de entrada que orientará o fluxo para sala de vacina.
- Manter a recomendação de usar dois acessos para a sala de vacina: uma entrada e outra saída, de modo a evitar fluxo cruzado.
- Organizar a espera com distanciamento de 1 metro e meio no mínimo entre os usuários.
- Orientar os usuários para higienização das mãos, etiqueta respiratória e distanciamento preconizado na fila de espera.
- Acompanhar diariamente as coberturas vacinais por grupos elegíveis para vacinação.
- Acompanhar, monitorar, investigar e encerrar os eventos adversos pós-vacinação.
- Informar e atualizar as equipes sobre os documentos técnicos referentes à vacina.
- Garantir a estabilidade da cadeia de frio e os cuidados com imunobiológicos, mantendo o armazenamento de forma adequada.
- Implementar os meios de comunicação que serão utilizados para divulgação da campanha (site e mídias sociais do governo, campanhas publicitárias).
- Desmistificar qualquer informação inverídica (fake news) sobre imunização, enfatizando a segurança e benefícios.
- Realizar busca ativa de usuários dos grupos prioritários da campanha.

5.7.4. AÇÕES PÓS-CAMPANHA

- Reforçar junto às salas de vacina: a manutenção de alta cobertura vacinal da população.
- Realização de busca ativa a fim de identificar os não vacinados e aqueles que se encontram com esquema vacinal em atraso e encaminhá-los para vacinação, e realizar a vacinação casa a casa, quando indicada.
- Realizar a vigilância dos eventos adversos pós-vacinação, criando e estabelecendo uma maneira (ou mecanismo) de acompanhar e monitorar os eventos adversos, para que possam ser avaliados juntamente com as equipes vigilância em saúde.
- Avaliar o desempenho obtido das ações de vacinação realizadas e utilizar os resultados dessa avaliação para redirecionar as ações no sentido de alcançar as metas mínimas de cobertura preconizadas.
- Realizar Monitoramentos rápidos de cobertura vacinal, se necessário.
- Consolidação de dados e informações oficiais sobre a campanha para a imprensa, gestores municipais, profissionais da saúde e população.
- Confeccionar o relatório final da campanha, incluindo os resultados do processo de verificação de coberturas vacinais.

5.7.5. NOTIFICAÇÃO EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO

Indivíduos que relatem sintomas até 30 dias após receberem vacina (associação temporal) devem ser notificados no módulo EAPV (Eventos Adversos Pós-Vacinação) do e-SUS Notifica E monitorados para remissão ou evolução dos sintomas.

Se os sintomas apresentados forem compatíveis com SG, há indicação de isolamento e coleta de material para testagem (RT-PCR ou Teste de Antígeno) para diagnóstico diferencial de COVID-19. Orientações sobre o manejo e classificação do caso, consultar o Informe Técnico específico.

Quanto aos registros de vacina na ficha de notificação no SIVEP-Gripe de SRAG hospitalizado ou óbito por COVID-19, orienta-se:

Nos campos 36 a 39, inserir as informações sobre o recebimento da vacina COVID-19 (data do recebimento da D1 e D2, laboratório produtor e lote). Se realizada D3, o registro deve ser feito nas observações da ficha, com data do recebimento, laboratório produtor e lote. No caso de estabelecimentos de saúde que realizam o cadastro das amostras a serem testadas no GAL (LACEN), solicita-se que nas “observações” conste se o indivíduo foi vacinado (laboratório, lote e datas de vacinação).

ÍVEIS DE RESPOSTA

O Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 do município de Vitória/ES, seguindo a mesma linha utilizada pelo Ministério da Saúde (MS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) na preparação e resposta, adota a ferramenta de classificação de emergência, a partir do estabelecimento de Níveis de Resposta, conforme impacto para a saúde pública e para o país, considerando os seguintes elementos:

- Transmissibilidade da doença, como seu modo de transmissão, eficácia da transmissão entre reservatórios para humanos ou humano para humano, capacidade de sustentar o nível da comunidade e surtos.
- Propagação geográfica do novo coronavírus (COVID-19) entre humanos, animais, como a distribuição global das áreas afetadas, o volume de comércio e viagens entre as áreas afetadas e outras unidades federadas.
- Gravidade clínica da doença, como complicações graves, internações e mortes.
- Vulnerabilidade da população, incluindo imunidade pré-existente, grupos-alvo com maiores taxas de ataque ou maior risco de graves doenças.
- Disponibilidade de medidas preventivas, como vacinas e possíveis tratamentos.
- Recomendações da Organização Mundial da Saúde e evidências científicas publicadas em revistas científicas.

Os níveis de resposta são classificados em:

Nível 1: Alerta - corresponde a uma situação em que o risco de introdução do SARS-COV-2 no Brasil seja elevado e não apresente casos suspeitos. As ações são restritas às instâncias que têm competência de detectar, investigar, manejar e notificar casos potencialmente suspeitos da infecção humana pelo novo coronavírus.

Nível 2: Perigo Iminente - corresponde a uma situação em que há confirmação de caso suspeito, exigindo a estruturação de ações que visem o atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, podendo a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poder requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização.

Nível 3: Emergência em Saúde Pública: corresponde a uma situação em que há confirmação de transmissão local do primeiro caso de Coronavírus (COVID-19), no território nacional, ou reconhecimento de declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Organiza-se nas fases de contenção e mitigação.

6.1. SALA DE SITUAÇÃO

A sala de situação é um espaço intersetorial, que tem por objetivo disponibilizar informações e análises, de forma executiva e gerencial, para subsidiar a tomada de decisão, a gestão, a prática profissional e a geração de conhecimento, bem como, de forma sistêmica, atuando como espaço de governança, independentemente dos níveis de resposta atribuídos ao contexto epidemiológico no âmbito das ações de enfrentamento à Infecção Humana por COVID-19.

7. MEDIDAS DE RESPOSTA

7.1. MEDIDAS DE RESPOSTA PARA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nível 1

- Monitorar eventos e rumores na imprensa, redes sociais e junto aos serviços de saúde.
- Revisar as definições de vigilância sistematicamente, diante de novas evidências ou recomendações da Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde.
- Reforçar a importância da comunicação e notificação imediata de casos suspeitos para infecção humana por COVID-19.
- Fortalecer os serviços de saúde para a detecção, notificação, investigação e monitoramento de prováveis casos suspeitos para infecção humana pelo COVID-19, conforme a definição de caso estabelecida, no devido sistema de informação orientado pelo MS.
- Articular com a rede de serviços públicos e privados de atenção à saúde o aprimoramento e a detecção de possíveis casos suspeitos nos serviços de saúde.
- Emitir alertas para as unidades de saúde sobre a situação epidemiológica global, com orientações para a preparação de resposta, com medidas de prevenção e controle para a infecção humana pelo COVID-19.
- Monitorar o comportamento dos casos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), nos sistemas de informação da rede, para permitir avaliação de risco e apoiar a tomada de decisão.
- Monitorar os resultados de diagnóstico laboratorial para infecção humana pelo COVID-19 e outros vírus respiratórios.
- Monitorar semanalmente a rede de Unidades Sentinelas de SG e SRAG.
- Sensibilizar os profissionais de saúde e população em relação às medidas preventivas
- Divulgar amplamente os boletins epidemiológicos, protocolos técnicos e informações pertinentes prevenção e controle para infecção humana pelo COVID-19.

Nível 2

- Implantar Sala de Situação COVID-19.
- Acompanhar e monitorar os rumores sobre casos suspeitos.
- Monitorar eventos e rumores na imprensa, redes sociais e junto aos serviços de saúde.
- Acompanhar a situação epidemiológica.
- Elaborar Boletins Epidemiológicos, intensificando a disseminação de informes sobre a situação epidemiológica da Infecção Humana pelo COVID-19 para a rede de atenção à saúde.
- Elaboração de Notas Informativas para o comércio, de forma a evitar a aglomeração de pessoas.
- Realização de atividades junto aos estabelecimentos comerciais, para verificação da adoção das medidas de contenção estabelecidas para o período de emergência em saúde

pública.

- Monitoramento das Instituições de Longa Permanência.
- Apoio psicológico aos trabalhadores da Rede Municipal de Saúde de Vitória, com instalação de um serviço de apoio psicológico aos servidores.
- Intensificar orientações sobre notificação e investigação de casos potencialmente suspeitos de infecção pelo COVID-19.
- Intensificar identificação de casos potencialmente suspeitos de infecção pelo COVID-19, a partir da aquisição e realização de exames para identificação de casos do COVID-19.
- Expandir a capacidade de avaliação rápida de riscos, realizar eficaz monitoramento de informações e investigação intersetorial e resposta frente a casos suspeitos de infecção humana por COVID-19.
- Emitir alertas para as unidades de saúde sobre a situação epidemiológica local, com orientações para medidas de prevenção e controle para infecção humana pelo Coronavírus.

Nível 3

- Intensificar identificação de casos potencialmente suspeitos de infecção pelo COVID-19.
- Prestar apoio técnico as ações de Vigilância Epidemiológica desenvolvidas às unidades de saúde sempre que necessário.
- Realizar investigação do caso confirmado pela infecção humana da doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19).
- Disponibilizar equipes de resposta rápida para a investigação de casos confirmados da infecção humana da doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19).
- Conduzir investigação epidemiológica e rastrear e monitorar contatos de casos suspeitos e confirmados da infecção humana da doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19).

7.2. MEDIDAS DE RESPOSTA PARA A ASSISTÊNCIA À SAÚDE

As unidades de saúde da rede municipal de saúde devem estar organizadas para atender e conduzir casos suspeitos do COVID-19, de forma a prestar assistência em tempo oportuno, quebrar a cadeia de transmissão do vírus e promover o cuidado necessário ao usuário, a partir da implantação ou implementação de protocolo de Manejo Clínico na rede de atenção à saúde.

7.2.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária desempenha papel fundamental na resposta à Infecção Humana pelo Coronavírus, na manutenção da longitudinalidade e da coordenação do cuidado, com grande potencial de identificação precoce de casos graves que devem ser manejados em serviços especializados e de Urgência e Emergência.

Durante o período de Situação de Emergência em Saúde Pública, as 29 Unidades Básicas de Saúde do município de Vitória estarão abertas, priorizando o manejo clínico das Síndromes Gripais. Para tanto, foram incorporadas equipes médicas complementares em todas as

Unidades de Saúde, de modo a contribuir não apenas com casos de Síndrome Gripal, mas também com outras demandas.

As condutas serão definidas de acordo com a gravidade do caso. Para casos leves, inclui medidas de suporte e conforto, isolamento domiciliar e monitoramento até alta do isolamento. Para casos graves, inclui o acolhimento, a estabilização clínica e o encaminhamento e transporte ao serviço de urgência/emergência ou hospitalares.

A estratificação de intensidade da Síndrome Gripal é a ferramenta primordial para definir a conduta correta para cada caso, seja para manter o paciente sob os cuidados das equipes das Unidades Básicas, seja para encaminhá-lo aos pronto atendimentos ou hospitais.

Dada a letalidade muito mais elevada da COVID-19 entre os idosos (pessoas com 60 anos ou mais) e pessoas com doenças crônicas, gestantes e puéperas, deve-se priorizá-los para atendimento.

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 Atenção Primária à Saúde incluiu os passos a seguir:

- a) Identificação de caso suspeito de Síndrome Gripal e de COVID-19.
- b) Medidas para evitar contágio na UBS.
- c) Estratificação da gravidade da Síndrome Gripal.

Casos leves: manejo terapêutico e isolamento domiciliar.

Casos graves: estabilização e encaminhamento a serviços de urgência/emergência ou hospitalares.

- d) Notificação Imediata.
- e) Monitoramento clínico.
- f) Medidas de prevenção comunitária e apoio à vigilância ativa.

7.2.1.1. MEDIDAS DE RESPOSTA PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Nível 1

- Capacitar (em serviço) os profissionais das Unidades Básicas de Saúde sobre uso de EPI, manejo clínico e classificação de risco diante de um caso suspeito de infecção humana pelo COVID-19.
- Orientar o monitoramento de casos de Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Graves nos serviços de saúde.
- Garantir acolhimento, reconhecimento precoce e controle de casos suspeitos para a infecção humana pelo COVID-19.
- Realizar levantamento dos insumos e EPI necessários para atendimento de pacientes suspeitos para infecção humana pelo COVID-19.
- Desenvolver fluxogramas/protocolos de acolhimento, triagem e espera por atendimento para usuários com sintomas respiratórios.
- Quantificar estoques de insumos padrão, incluindo medicamentos e EPIs.

Níveis 2 e 3

- Monitorar e avaliar fluxo de atendimento ao usuário com Síndrome Gripal, casos suspeitos e confirmados para COVID-19, indicando a realização de nova capacitação para a equipe de saúde quando necessário.
- Monitorar o uso de Equipamentos de Proteção Individual pelos profissionais da unidade, de acordo com o protocolo de manejo clínico para a infecção humana pela doença pelo COVID-19.
- Implantar fast-track, utilizando abordagem sindrômica de Síndrome Gripal para todo paciente com suspeita de COVID-19.
- Reforçar provisão de insumos, materiais de higiene e limpeza e EPI.

Suspender as consultas ambulatoriais presenciais, excetuando-se os casos em que o atendimento constitui-se como essencial para garantia do bem-estar e preservação da vida do usuário.

- Capacitar (em serviço) os profissionais das Unidades Básicas de Saúde sobre manejo de vias respiratórias e atendimento à situações de urgências e emergência relacionadas ao COVID-19.
- Monitorar casos de Síndrome Gripal, casos suspeitos e confirmados para COVID-19 (casos leves a moderados) que encontram-se em isolamento domiciliar, do território da Unidade de Saúde.
- Articular implantação de uma rede sócio-assistencial de apoio às pessoas e famílias vulneráveis, para garantir o isolamento e tratamento adequado.
- Implementar atendimento por profissionais de saúde, via telemedicina, de forma a reduzir o fluxo de usuários nos serviços de saúde, evitar exposição de pessoas suscetíveis e garantir acesso em tempo oportuno.

7.2.2. ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

O atendimento à Urgência e Emergência será de acesso direto pelo usuário através do Pronto Atendimento da Praia do Suá e do Pronto Atendimento de São Pedro.

7.2.2.1. MEDIDAS DE RESPOSTA PARA A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nível 1

- Capacitar (em serviço) os profissionais sobre uso de EPI, manejo clínico e classificação de risco de um caso suspeito de infecção humana pelo COVID-19.
- Garantir acolhimento, reconhecimento precoce e controle de casos suspeitos para a infecção humana pelo COVID-19.
- Realizar levantamento dos insumos e EPI necessários para atendimento de pacientes suspeitos para infecção humana pelo COVID-19.
- Desenvolver fluxogramas/protocolos de acolhimento, triagem e espera por atendimento para usuários com sintomas respiratórios.
- Quantificar estoques de insumos padrão, incluindo medicamentos e EPIs.

Nível 2

- Capacitação da equipe de transporte sanitário sobre transporte de usuários suspeitos e higienização do veículo e uso adequado de EPI.
- Capacitação em manejo de vias aéreas, protocolo de tratamento para COVID-19.
- Adequação da capacidade instalada de infraestrutura, recursos humanos, insumos e EPI.
- Elaboração e implantação de fluxos internos para o itinerário do paciente suspeitos ou confirmados.
- Controlar entradas, fluxos ambulatoriais, implantação de barreiras físicas, limitação de acompanhantes (implantação de medidas restritivas) e revisar os itinerários do usuário na unidade.
- Coleta de amostra de secreções respiratórias para exame laboratorial, conforme, orientação do LACEN.
- Articular a rede de urgência e emergência e rede hospitalar para alinhamento do fluxo e acesso aos leitos hospitalares.

Nível 3

- Estruturar ação integrada com o sistema de regulação da atenção à saúde, com vistas à adequada e oportuna transferência dos pacientes, de acordo com o nível de complexidade do caso.
- Redimensionar e adequar capacidade instalada de infraestrutura, recursos humanos, insumos e EPI.
- Proceder com triagem de sintomas respiratórios e fatores de risco na entrada do serviço e direcionar para atendimento diferenciado.
- Realizar Teste Rápido de detecção qualitativa dos antígenos Coronavírus/Influenza de pacientes graves
- Notificar todos os casos suspeitos e testados com Teste Rápido de detecção qualitativa dos antígenos.
- Atender de forma oportuna e segura considerando a condição clínica e social do usuário
Adotar medidas para reduzir casos graves e óbitos.

7.2.3. ATENÇÃO ESPECIALIZADA

7.2.3.1. CENTROS DE REFERÊNCIA E CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

- Estratificar a necessidade de cuidado dos usuários em acompanhamento e definir plano de cuidado individual, minimizando a necessidade de presença física do usuário no serviço.
- Suspender os atendimentos ambulatoriais eletivos, excetuando-se os casos em que o atendimento constitui-se como essencial para garantia do bem-estar e preservação da vida do usuário, conforme definição do plano de cuidado.
- Apoiar a Atenção Primária em Saúde no monitoramento/acompanhamento dos casos suspeitos, prováveis e ou confirmados em domicílio, sem indicação de internamento

hospitalar.

- Orientar precauções de transmissões respiratórias por gotículas e identificação precoce de sinais de agravamento.

7.2.3.2. CENTROS MUNICIPAIS DE ESPECIALIDADES

- Estratificar a necessidade de cuidado dos usuários em acompanhamento a partir da fila de retorno e definir plano de cuidado individual, minimizando a necessidade de presença física do usuário no serviço.
- Suspende os atendimentos ambulatoriais eletivos presenciais, excetuando-se os casos em que o atendimento constitui-se como essencial para garantia do bem-estar e preservação da vida do usuário, conforme definição do plano de cuidado.
- Fomentar realização os atendimentos por meio das ferramentas de Vídeo e consulta e Teleconsulta, de forma a garantir o atendimento das consultas ambulatoriais especializadas.
- Manter suporte clínico de retaguarda, através da Telemedicina às Unidades Básicas de Saúde, e ao Pronto Atendimento para manejo do usuário com Síndrome Gripal, suspeita ou diagnóstico de Covid-19, que possui comorbidades com risco para agravamento do caso.

7.3. SUPORTE LABORATORIAL

7.3.1 MEDIDAS DE RESPOSTA PARA SUPORTE LABORATORIAL

- Organizar fluxos para diagnóstico laboratorial de casos suspeitos para a infecção humana pelo COVID-19 junto à rede laboratorial para os vírus respiratórios.
- Estabelecer protocolos de diagnóstico para a infecção humana pelo COVID-19, de acordo com as recomendações da OMS.
- Garantir os insumos para diagnóstico da infecção humana pelo COVID-19 e outros vírus respiratórios para a rede laboratorial.
- Ampliar capacidade de testagem a partir da aquisição de teste rápido.
- Seguir fluxos de laboratórios de referência para envio de amostras para infecção humana pelo COVID-19 e outros vírus respiratórios.
- Seguir o fluxo de transporte das amostras do Lacen ao laboratório de referência.
- Orientar os serviços privados sobre a adoção dos protocolos laboratoriais da rede pública, para os casos suspeitos de infecção humana pelo COVID-19.
- Fortalecer os fluxos estabelecidos para o diagnóstico laboratorial de casos suspeitos para a infecção humana pelo COVID-19, junto à rede laboratorial de referência para os vírus respiratórios.
- Aplicar os protocolos de diagnóstico para a infecção humana pelo COVID-19 de acordo com as recomendações da OMS.
- Realizar levantamento de capacidade de resposta para o diagnóstico de infecção humana pelo Coronavírus.
- Garantir os insumos para diagnóstico da influenza e outros vírus respiratórios para a rede laboratorial.
- Implantar Centro de Testagem para coleta de exame (RT-PCR) em pessoas com suspeita de COVID-19 em ponto estratégico no município de Vitória.

- Monitorar os fluxos de transporte para o envio de amostras para os laboratórios de referência.

7.4. MEDIDAS DE RESPOSTA PARA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Garantir estoque estratégico de medicamentos para atendimento sintomático dos pacientes.
- Instituir núcleo de estudo para identificação de terapia medicamentosa (alopáticas e homeopáticas para prevenção e tratamento de COVID-19).
- Disponibilizar medicamentos indicados e orientar sobre organização do fluxo de serviço farmacêutico.
- Garantir medicamento específico para os casos de SG e SRAG.
- Monitorar o estoque de medicamentos no âmbito municipal.
- Rever e estabelecer logística de controle, distribuição e remanejamento, conforme solicitação demanda.

7.5. MEDIDAS DE RESPOSTA PARA ATENÇÃO HOSPITALAR

A Estrutura Hospitalar será referência para internação de casos graves, e estão sob gestão Estadual.

HOSPITAL	REGIONAL DE REFERÊNCIA	Nº DE LEITOS TOTAL	Nº DE LEITOS DE UTI	Nº DE LEITOS DE ISOLAMENTO	PORTA ABERTA
Hospital Jayme dos Santos Neves	Metropolitana	447	67		Sim
Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória	Metropolitana	264	33	29	Sim
Hospital Roberto Arnizaut Silvaes	Norte	192	20	02	Sim
Hospital e Maternidade Silvio Avidos	Central	125	16	02	Sim
Santa Casa de Cachoeiro do Itapemirim	Sul	172	27	02	Sim
Hospital Infantil de Cachoeiro do	Sul	74	27	02	Sim

Itapemirim					
Total		1274	190	08	Sim

Está prevista a expansão de leitos clínicos para isolamento, sendo 20 no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória e 20 no Hospital Dr. Dório Silva. Para leitos de UTI, está prevista a expansão de 40 no Hospital Dr. Dório Silva, 10 no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória e 10 no Hospital Evangélico de Vila Velha, de acordo com o Plano de Contingência Estadual.

7.5.1. REGULAÇÃO DO ACESSO

O Núcleo Especial de Regulação de Internação (NERI) do Hospital de referência, recebe a sinalização de casos suspeitos e providencia a vaga hospitalar de acordo com a necessidade do paciente e também providencia remoção.

8. COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO

- Elaborar plano de comunicação para o período da epidemia.
- Divulgar as informações sobre a doença e medidas de prevenção junto à rede de serviços de saúde e população.
- Elaboração de vídeos e materiais educativos e informativos sobre as medidas de prevenção e controle do COVID-19.
- Divulgação de campanhas educativas sobre o novo coronavírus, elaboradas e orientadas pela Prefeitura Municipal de Vitória e pelo Ministério da Saúde.
- Divulgar amplamente alertas e boletins epidemiológicos.
- Monitoramento das Redes Sociais para esclarecer rumores, boatos e informações equivocadas.
- Estabelecimento de parcerias com a rede de comunicação pública (TV, rádios e agências de notícias) para envio de mensagens com informações atualizadas emitidas pela Secretaria Municipal de Saúde.
- Atualização regular das informações sobre o Coronavírus na página eletrônica da Prefeitura Municipal de Vitória.
- Promover campanhas que estimulem a formação de uma Rede de solidariedade.

9. MEDIDAS DE GESTÃO DO SUS

As medidas de gestão visam promover ações integradas entre a vigilância em saúde, a assistência e outros órgãos envolvidos no desenvolvimento de ações de prevenção e controle do Coronavírus 2019 (COVID – 19).

Nível 1

- Sensibilizar a rede de serviços assistenciais públicos e privados sobre o cenário epidemiológico da infecção humana pelo Coronavírus 2019 (COVID – 19).
- Garantir e monitorar estoque estratégico de insumos laboratoriais para diagnóstico da infecção humana pelo Coronavírus 2019 (COVID – 19).
- Garantir e monitorar estoque estratégico de medicamento para o atendimento de casos suspeitos e confirmados para o Coronavírus 2019 (COVID – 19).
- Monitorar a situação epidemiológica e tomar as providências administrativas para o enfrentamento do Coronavírus.

Nível 2

- Adotar medidas administrativas para garantir insumos estratégicos de EPI, materiais de higiene e limpeza e laboratoriais.
- Adotar medidas administrativas que visem a organização dos serviços de saúde para enfrentamento do período de Emergência em Saúde Pública.
- Emitir instruções sobre diretrizes de controle de infecção e o uso adequado de equipamento de proteção (EPI).
- Identificar fomentos para as ações emergenciais no enfrentamento da infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19).
- Promover ações articuladas com a gestão Estadual do SUS, para definir fluxos e organizar serviços estratégicos em nível municipal.

Nível 3

- Adotar medidas administrativas que visem a organização dos serviços de saúde para enfrentamento do período de Emergência em Saúde Pública.
- Ativar o Comitê de acompanhamento para situação de emergência de saúde pública decorrente de pandemia em razão de doença infecciosa viral respiratória – COVID-19, para definição e adoção de respostas rápidas no enfrentamento dos casos suspeitos ou confirmados para infecção humana pelo novo coronavírus.

9.1. MEDIDAS COMUNITÁRIAS

As medidas comunitárias visam reduzir a transmissibilidade do vírus na comunidade, retardando a progressão da epidemia e conseqüentemente, reduzindo o impacto para os serviços de saúde pela redução do pico epidêmico, evitando o esgotamento dos serviços de saúde.

Nível 1

- Orientar a população sobre medidas de prevenção e controle do COVID-19.

Nível 2

a) Contenção

- Instituir Situação de Emergência em Saúde Pública, por meio de Decreto Municipal.
- Estimular o distanciamento social, em que se busca reduzir (não eliminar) a circulação de pessoas pelas cidades e prevenir o contato entre quem está saudável com quem já está infectado.
- Isolar casos suspeitos, prováveis e contatos de casos suspeitos ou prováveis: com a separação de pessoas sintomáticas ou assintomáticas, em investigação clínica e laboratorial, de maneira a evitar a propagação da infecção e transmissão local. Demanda prescrição médica.
- Isolar grupo de risco para agravamento no caso de infecção pelo Coronavírus.
- Isolar preventivamente, viajantes oriundos de países afetados.
- Evitar aglomerações de pessoas (Ex: Cancelamento de grandes eventos e cancelamento de aulas escolares).

b) Mitigação

- Ampliar as restrições quanto a movimentação e aglomerações de pessoas. (Restrição de reuniões e atividades coletivas).
- Isolar pessoas com síndromes gripais, independente de relação com casos suspeito: (Instituição do “auto-isolamento”).
- Estimular o isolamento social, com a circulação controlada de pessoas: Fechamento de comércio e serviços não essenciais (indicação do trabalho remoto) e espaços públicos com aglomeração de pessoas.

Nível 3

c) Supressão

- Restringir a circulação de pessoas na cidade, para apenas situações de manutenção das necessidades básicas.
- A depender do comportamento da população, impor sanções para garantir o isolamento.

10. PUBLICAÇÕES E ATOS ADMINISTRATIVOS MUNICIPAIS EM DECORRÊNCIA DA SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA

DECRETO Nº 18.037, DE 13.03.2020 - Declara Situação de Emergência de saúde pública, no Município de Vitória, decorrente de pandemia em razão do novo coronavírus, dispõe sobre as medidas para enfrentamento

DECRETO Nº 18.039, DE 16.03.2020 - Cria comitê de acompanhamento para situação de emergência de saúde pública decorrente de pandemia em razão de doença infecciosa viral respiratória – COVID-19, e dá outras providências.

PORTARIA SEGES Nº 61/2020, DE 17.03.2020 - Dispõe sobre medidas internas para contenção da situação de emergência de saúde pública decorrente de pandemia em razão de doença infecciosa viral respiratória – COVID-19, e dá outras providências.

DECRETO Nº 18.044, DE 18.03.2020 - Suspende expediente presencial, mantendo atendimento remoto e online nas repartições públicas municipais da Administração Pública Municipal direta e indireta e dá outras providências.

DECRETO Nº 18.045, DE 19.03.2020 - Dispõe sobre o uso de certificado digital na assinatura de documentos públicos na forma eletrônica no âmbito do Poder Executivo do Município de Vitória e dá outras providências.

PORTARIA SEMUS Nº 013/2020, DE 18.03.2020 - Estabelece alteração na validade das prescrições no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória.

PORTARIA SEMUS Nº 014/2020 DE 18.03.2020 - Dispõe sobre a adoção de medidas adicionais, de caráter temporário e emergencial, para o enfrentamento da Situação de Emergência de saúde pública, decorrente de Pandemia em razão de doença infecciosa viral respiratória – COVID-19. Suspende atividades formativas

PORTARIA SEMUS Nº 015/2020 – DE 19.03.2020 - Dispõe sobre a adoção de medidas adicionais, de caráter temporário e emergencial, para o enfrentamento da Situação de Emergência de saúde pública, decorrente de Pandemia em razão de doença infecciosa viral respiratória – COVID-19. Medidas para trabalhadores

PORTARIA SEMUS Nº 016/2020 – DE 23.03.2020 – Estabelece diretrizes para reorganização da Rede Municipal de Saúde para Enfrentamento à Situação de Emergência em Saúde Pública, decorrente de Pandemia em razão de doença infecciosa viral respiratória – COVID-19.

RESOLUÇÃO N.º 022/2020, DE 30.04.2020. Publ. 06.05.2020 - Dispõe sobre a alteração do prazo para solicitação do Benefício Eventual por Natalidade no município de Vitória em função da pandemia do Covid-19

ORIENTAÇÃO TÉCNICA CONJUNTA CGM/PGM Nº 001/2020, de 27.04.2020. Publ. 08.05.2020 - orienta os órgãos e entidades da administração pública municipal a respeito das medidas excepcionais das ações administrativas, tendo em vista o enfrentamento da emergência de saúde pública.

RESOLUÇÃO CMSV Nº 1325/2020, de 25.05.2020. Publ. 28.05.2020 - Manter a SUSPENSÃO de todas as atividades do Conselho Municipal de Saúde de Vitória pelo prazo de 60 dias, podendo ser prorrogado por igual período ou até a revogação da situação de Emergência em Saúde Pública estabelecido pelo Decreto Municipal nº 18.069/2020 e Decreto Estadual nº 4593-R de 13 de março de 2020

DECRETO Nº 18.123, de 30.06.2020. Publ. 02.06.2020 - Dispõe sobre a prorrogação do mandato dos Conselheiros que compõem o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência de Vitória – COMPED no biênio de 2018/2020 nomeados através do Decreto nº

17.367, de 17 de abril de 2018 e dá outras providências

DECRETO Nº 18.143, de 30.07.2020. Publ. 31/07/2020 - Prorroga a suspensão do expediente presencial, mantendo atendimento remoto e online nas repartições públicas municipais da Administração Pública Municipal direta e indireta, no âmbito do Município de Vitória e dá outras providências.

DECRETO Nº 18.168, de 28.08.2020. Publ. 31.08.2020 - Prorroga a suspensão do expediente presencial, mantendo atendimento remoto e online nas repartições públicas municipais da Administração Pública Municipal direta e indireta, no âmbito do Município de Vitória e dá outras providências.

RESOLUÇÃO N.º 053/2020, de 04.09.2020. Publ. 09.09.2020 - Dispõe sobre a aprovação Ad Referendum da prorrogação do auxílio emergencial municipal para pessoas em situação de vulnerabilidade social agravada pela pandemia da doença infecciosa viral respiratória - COVID-19

PORTARIA Nº 009, de 18.02.2021. Publ. 19.02.2021 - Revoga a Portaria SEME Nº 035/2020, de 21/12/2020, que estabelece as Diretrizes Gerais para a elaboração do Calendário Escolar de 2021

PORTARIA SEME Nº 009, de 26.02.2021. Publ. 02.03.2021 - Revoga a Portaria SEME Nº 035/2020, de 21/12/2020, que estabelece as Diretrizes Gerais para a elaboração do Calendário Escolar de 2021

LEI Nº 9.748, de 25.03.2021. Publ. 26.03.2021 - Institui auxílio emergencial municipal para pessoas em situação de vulnerabilidade social agravada pela pandemia da doença infecciosa viral respiratória – novo Coronavírus (COVID-19), e dá outras providências.

RESOLUÇÃO Nº 012, de 22.03.2021. Publ.16.04.2021 - Dispõe sobre a aprovação da criação do auxílio emergencial municipal para pessoas em situação de vulnerabilidade social agravada pela pandemia da doença infecciosa viral respiratória - COVID-19

DECRETO Nº 19.307, de 27.04.2021. Publ. 28.04.2021 - Dispõe sobre o auxílio emergencial para pessoas em situação de vulnerabilidade social agravada pela pandemia da doença infecciosa viral respiratória – COVID-19, de que trata a Lei nº 9.748, de 25 de março de 2021.

DECRETO Nº 19.314, de 28.04.2021. Publ. 28.04.2021 - Prorroga o prazo para recolhimento do Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISSQN, relativo ao mês de abril de 2021.

PORTARIA SEMFA Nº 13, DE 07.04.2021. Publ. 28.04.2021 - Alterar os prazos para recolhimento do Imposto de Serviços Sobre Qualquer Natureza, dos prestadores de serviços contábeis optantes pelo Simples Nacional, dos profissionais autônomos e das sociedades uniprofissionais de advogados, relativamente ao regime de tributação fixa para o exercício de 2021

DECRETO Nº 19.257, de 20.04.2021. Publ. 28.04.2021 - Altera os prazos para pagamento do Imposto Sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU), da Taxa de Coleta de Resíduos Sólidos (TCRS), da Contribuição para Custeio dos Serviços de Iluminação Pública (COSIP) e dá outras providências

RESOLUÇÃO Nº 020/2021, de 08.04.2021. Publ. 28.05.2021 - Aprova prorrogação de mandato dos Conselheiros Municipais de Assistência Social de Vitória da Gestão 2018-2021

DECRETO Nº 19.889, de 23.08.2021. Publ. 24.08.2021 - Dispõe sobre a prorrogação do mandato dos Conselheiros que compõem o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência de Vitória – COMPED no biênio de 2018/2020 nomeados através do Decreto nº 17.367, de 17 de abril de 2018 e dá outras providências

PORTARIA SEME Nº 074, de 06.10.2021. Publ.07.10.2021 - Homologa a Resolução COMEV

nº 14/2021, de 29.09.2021, que “Estabelece normas complementares para a organização do ano letivo de 2021, em razão da pandemia provocada pela COVID-19, no âmbito do Sistema Municipal de Ensino de Vitória/ES.”

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica : emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 – covid-19 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.