



PREFEITURA DA CIDADE DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

SECRETARIA DE SAÚDE E BEM-ESTAR



Documento Assinado Digitalmente por: BRUNA RAFAELA DORNELAS DE ANDRADE LIMA MONTEIRO
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: a2dfae73-7a5b-4c4b-8391-930c428d3d9a

DECLARAÇÃO

Por meio deste, comunicamos que o município de Vitória de Santo Antão adotou o Protocolo estadual de atendimento no período de pandemia COVID-19 (2020) nas unidades municipais de saúde visando orientar o atendimento aos casos de infectados pelo novo Coronavírus. Assim, seguindo suas respectivas recomendações e orientações do Guia de Vigilância Epidemiológica para Emergência de saúde pública de importância Nacional Coronavírus 2019 do Ministério da Saúde, foram emitidas notas técnicas e comunicados que seguem em anexo.

Vitória de Santo Antão, 31 de dezembro de 2021.

Alexciane Priscila da Silva
Coord. de Atenção primária à saúde
Portaria Nº 209/2021

Alexciane Priscila da Silva

Coordenação da Atenção Primária à Saúde



NOVO CORONAVÍRUS

COVID-19

Protocolo de atendimento na atenção primária no período de
pandemia COVID-19 no estado de Pernambuco



OUVIDORIA DE SAÚDE
0800 286 28 28
portal.saude.pe.gov.br



Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO
MAIS TRABALHO, MAIS FUTURO.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO A SAÚDE

Cristina Valença Azevedo Mota

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Maria Francisca Santos de Carvalho

GERENTE ESTADUAL DE EXPANSÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Adriana da Silva Baltar Maia Lins

COORDENAÇÃO DE EXPANSÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Maria Isabel Ferreira da Silva

COORDENAÇÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA POLÍTICA ESTADUAL DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Ana Perez Pimenta de Menezes Lyra

EQUIPE TÉCNICA DA GERÊNCIA DE EXPANSÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Ana Carolina Coelho de Almeida

Carlos Henrique Tenório A. do Nascimento

Claudenilson Codeceira do Nascimento

Eroneide Valéria da Silva

Geovana Maria de Oliveira Farias Silva

Joelma Serafim da Silva

Patrícia Maria Cavalcanti Carneiro de Albuquerque

Romilda Alves Paes Barreto

COLABORAÇÃO:

DIRETORIA GERAL DE GESTÃO DO CUIDADO E DAS POLÍTICAS ESTRATÉGICAS

Mayra Ramos

COORDENAÇÃO ESTADUAL DA POLÍTICA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Silvana Patrícia Monteiro

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE DA MULHER

Letícia Maria Correia Katz

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL

Paulo César Santos

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE DO IDOSO E DO HOMEM

Valéria Pastor

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE DA CRIANÇA

Marta Rejane Vasconcelos Costa Moreira

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Miranete Trajano de Arruda

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL

João Marcelo Ferreira

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL SUSTENTÁVEL

Vilma Ramos de Cerqueira

DIRETORIA DO NÚCLEO ESTADUAL DE TELESSAÚDE

Dulcineide Oliveira

WEBDESIGNER DO NÚCLEO ESTADUAL DE TELESSAÚDE

Mariana Lucena

GERÊNCIA ESTADUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE PRISIONAL

Anna Beatriz Leite D'Andrada

Merielly Mariano Bezerra

Roberta Almeida S. Carvalho

Solange dos Prazeres R. G. Evaristo

Suelen D'Andrada Cruz

RESIDENTES DE SAÚDE COLETIVA – IMIP/UPE

Anna Karolina da Silva Pereira

Arthur Grangeiro do Nascimento

Bárbara Sabrina Mendonça

Jéssica Cristina de Amorim

Mariana Alves Lemos

Regina Flavia Praxedes Rodrigues

Yanka Karoline de Melo Santos



SUMÁRIO

SUMÁRIO.....	3
APRESENTAÇÃO.....	5
1 ORIENTAÇÕES GERAIS PARA CONTENÇÃO DA COVID-19 NOS MUNICÍPIOS	7
2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19	8
2.2 Funcionamento das unidades de atenção primária à saúde e processo de trabalho das equipes	10
2.3 Para os municípios que possuem o núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica (NASF-AB), seguir as seguintes recomendações.....	12
2.4 Ações e atividades na unidade de atenção primária à saúde para casos suspeitos de SG e SRAG.....	13
2.5 Diagnóstico e Notificação	15
2.5.1 Definição de Casos.....	15
2.5.2 Definição de Casos Suspeitos	16
2.5.3 Definição de Casos Confirmados.....	16
2.5.4 Definição de Casos Descartado	17
2.5.5 Definição de Casos Inconclusivo.....	17
2.5.6 Definição de Casos Recuperado	18
2.5.7 Notificação de casos	18
2.6 Estratégias de Telessaúde.....	19
3 RECOMENDAÇÕES PARA A VISITA DOMICILIAR	22
3.1 Ao realizar a visita domiciliar	22
3.2.1 Para usuários em geral	23
3.2.2 Para idosos.....	25
3.2.3 Para as puérperas.....	25
3.3 Ao retornar da visita domiciliar.....	26
4 GRUPOS DE RISCOS.....	26
4.1 Ações e atividades da Atenção à Saúde da criança na APS	26
4.2 Ações e atividades da Atenção à Saúde da gestante e puérpera na APS	27
4.3 Ações e atividades da Atenção à Saúde da pessoa idosa na APS.....	29
4.4 Ações e atividades da Atenção à Saúde da pessoa com doenças crônicas na APS.....	30
5 AÇÕES E ATIVIDADES DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	31
6 AÇÕES E ATIVIDADES DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL.....	32
7 AÇÕES E ATIVIDADES DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL.....	33



8 AÇÕES E ATIVIDADES DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....	36
9 AÇÕES E ATIVIDADES DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA	40
9.1 Medidas de quarentena.....	42
9.2 Orientações às equipes multidisciplinares de saúde indígena e de saneamento.....	43
9.3 Orientações às Casas de Saúde Indígena.....	43
9.4 Equipe de Resposta Rápida.....	43
9.5 Mobilidade de pessoas para dentro e fora das aldeias.....	44
10 AÇÕES E ATIVIDADES DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA.....	45
11 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICS) NA ASSISTÊNCIA AO COMBATE DO COVID-19	48
12 ORGANIZAÇÃO DA APS NO ÂMBITO PRISIONAL PARA O ENFRENTAMENTO À COVID-19..	49
13 CUIDADOS DE BIOSSEGURANÇA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA APS	51
13.1 Orientações gerais de segurança e o Uso de EPI.....	51
13.2 Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem:.....	52
13.3 Administrativo/ Recepção.....	53
13.4 Agentes Comunitários de Saúde – ACS.....	53
13.5 Dentistas/Auxiliares de Saúde Bucal/Técnicos de Higiene Bucal.....	54
13.6 Farmacêutico e equipe da farmácia.....	54
14 TESTAGEM DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE	55
15 QUANTO À QUALIFICAÇÃO DOS TRABALHADORES.....	57
16 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES	58
17 RECOMENDAÇÕES PARA A RETOMADA DOS SERVIÇOS.....	58
17.1 Retomada dos serviços da equipe de saúde na Atenção Básica.....	59
REFERÊNCIAS	61



APRESENTAÇÃO

A COVID-19, doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, é caracterizada por uma síndrome respiratória aguda com disseminação de pessoa a pessoa, a partir de gotículas respiratórias, contato direto e objetos contaminados, podendo levar a um quadro de pneumonia com insuficiência respiratória grave.

Em 30 de janeiro de 2020, o Comitê de Emergência da Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o surto do Novo Coronavírus como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Posteriormente, em 20 de março de 2020, sua transmissão passou a ser considerada comunitária em todo o território nacional.

A abrangência clínica da doença é muito ampla. Até o momento, sabe-se que o vírus tem alta transmissibilidade e provoca uma síndrome respiratória aguda que varia de casos leves – cerca de 80% – a casos muito graves com insuficiência respiratória entre 5% e 10% dos casos. Sua letalidade varia, principalmente, conforme a faixa etária e condições clínicas associadas, sendo maior em idosos e em pessoas com alguma doença crônica. O período de incubação da COVID-19 para a infecção entre humanos varia de 2 a 14 dias. Estima-se que cada pessoa infectada possa transmitir o vírus a dois ou três outros indivíduos.

Os casos suspeitos com clínica leve e moderada podem ser atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS), a qual deve assumir papel resolutivo frente a esses casos e na identificação precoce e encaminhamento rápido e correto dos casos graves, mantendo a coordenação do cuidado destes últimos. Portanto, é importante que as ações da APS sejam sistêmicas, organizadas e uniformes durante a fase epidêmica da COVID-19.

Neste momento delicado, os gestores de saúde das três esferas de governo devem assumir de forma partilhada e cooperativa suas responsabilidades e poder de autoridade sanitária no seu respectivo âmbito administrativo do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo imperiosa a necessidade de articulação e coesão quanto às medidas de enfrentamento e controle da COVID-19, com o fortalecimento do SUS.

Sendo a APS a porta de entrada do SUS e sabendo que durante surtos e epidemias ela tem papel fundamental na resposta global à doença em questão, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) por meio da Superintendência Estadual de Atenção Primária (SAP) e com o apoio da Diretoria de Políticas Estratégicas



(DPE) elaboraram este guia, cujo objetivo é estabelecer recomendações para as ações da Atenção Primária de forma integral com destaque às ações preventivas, abrangendo o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e cuidados assistenciais, o processo de trabalho das equipes, bem como o manejo e controle da infecção pelo Coronavírus.

Considerando a dinâmica própria de evolução no contexto local da epidemia, as orientações contidas neste guia podem ser modificadas, ajustadas e reformuladas, o que determinará outros documentos complementares, em conformidade com as diretrizes nacional e estadual e a situação epidemiológica local.



1 ORIENTAÇÕES GERAIS PARA CONTENÇÃO DA COVID-19 NOS MUNICÍPIOS

Divulgar ao máximo possível no âmbito do município, medidas que devem ser adotadas por todos os cidadãos:

- Orientar a diminuição do contato social, principalmente idosos e portadores de doenças crônicas;
- Recomendar a suspensão de viagens que possam ser evitadas, bem como eventos que gerem aglomeração de pessoas;
- Orientar a higienização frequente das mãos com água e sabão e/ou desinfecção com álcool líquido ou em gel a 70%;
- Recomendar a desinfecção periódica de superfícies com álcool a 70% ou hipoclorito de sódio a 1% direcionada aos diversos segmentos da sociedade e locais públicos;
- Informar a necessidade de manter pelo menos 1,5 metro de distância entre as pessoas nas conversas e modificar práticas de cumprimentos evitando contatos físicos, sem perder a ternura e afeto;
- Orientar a utilização de lenço descartável para higiene nasal, com descarte adequado em lixeira, cobrir nariz e boca (com a dobra do cotovelo) quando espirrar ou tossir e higienizar as mãos logo em seguida e evitar tocar nos olhos, nariz e boca;
- Aconselhar a importância de manter os ambientes ventilados;
- Orientar não compartilhar objetos de uso pessoal, como toalhas, talheres, pratos, copos, garrafas, etc.;
- Informar a utilização obrigatória de máscara, mesmo que artesanal, ao sair de casa e circular pelas vias públicas e ao utilizar o transporte público;
- Utilizar todas as ferramentas de comunicação, panfletos, cartazes, mídia em geral, rádio comunitária e outros, a fim de prestar esclarecimentos seguros e científicos quanto a COVID – 19, a nova forma de atendimento das Unidades de Saúde, bem como orientações à população sobre prevenção e a importância de colaborar na prática e disseminação das observações, recomendações e



determinações das autoridades sanitárias para o controle e contenção da pandemia, evitando assim a propagação de boatos e notícias falsas (Fake News).

- Aos órgãos públicos e os estabelecimentos privados, que já estão retomando seus atendimentos de forma presencial, ficam obrigados a exigir o uso de máscaras, mesmo que artesanais, pelos seus servidores, empregados, colaboradores e usuários, enquanto perdurar o Estado de Calamidade Pública.

2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

2.1 Ações e atividades da coordenação da atenção primária à saúde

- Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adstrita ao longo do tempo no que se refere ao enfrentamento da COVID-19, conforme Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde;
- Ampliar o horário de atendimento das Unidades de Atenção Primária à Saúde para situações de Síndrome Gripal (SG) e da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), pelo novo Coronavírus;
- Garantir espaços institucionalizados para Educação Permanente em Saúde no cotidiano das equipes, por meio de reuniões, fóruns, videoconferência, contato telefônico ou WhatsApp;
- Contribuir, participando da definição de fluxos assistenciais na Rede de Atenção à Saúde (RAS), elaboração e implementação de Protocolos e Diretrizes clínicas para garantir a integralidade do cuidado da SRAG pelo novo Coronavírus;
- Elaborar e manter disponíveis as normas e rotinas dos procedimentos adotados na prestação de serviços de atenção a saúde de pacientes suspeitos de infecção pela COVID-19 na APS;
- Instituir o Fast-Track (Fluxo Rápido) como primeiro passo da cascata de atendimento na Atenção Primária conforme Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na APS;
- Estabelecer manejo terapêutico de casos leves;



- Seguir critérios para prescrição de Oseltamivir, conforme manejo clínico da SEVS/SES/PE;
- Definir em cada UBS local mais apropriado para os atendimentos de SG e SRAG;
- Estabelecer fluxograma de estabilização e encaminhamento a Rede de Urgência e Emergência;
- Estabelecer fluxograma de acompanhamento e monitoramento domiciliar dos casos leves com indicação de isolamento;
- Estabelecer recomendações e manejo em grupos especiais;
- Estabelecer medidas administrativas como a capacitação dos profissionais de saúde e garantia de suprimento de EPI a esses profissionais;
- Orientar as equipes para o uso racional dos insumos diagnósticos e EPI, tendo em vista que toda a Rede de Atenção está sob pressão pelas demandas oriundas do enfrentamento da COVID-19;
- Estabelecer supervisão da vigilância sanitária nos estabelecimentos de saúde a fim de garantir as medidas de biosegurança;
- Garantir o atendimento dos usuários com condições crônicas através de teleconsulta ou atendimento presencial quando necessário;
- Garantir o atendimento dos usuários com outras condições agudas (dengue, entre outras) estabelecendo os fluxos da RAS para esses agravos;
- Garantir a manutenção das atividades preventivas e curativas essenciais (imunização, curativos, teste do pezinho etc.);
- Organizar o fluxo de funcionamento das UBS's para a retomada gradativa dos atendimentos eletivos (considerando a situação epidemiológica local);
- Implantar mecanismos de teleconsulta, quando possível, utilizando as plataformas do Núcleo de Telessaúde/PE e MS, Conselho Federal de Medicina ou outros, capacitando as equipes para manejo dessa tecnologia.



2.2 Funcionamento das unidades de atenção primária à saúde e processo de trabalho das equipes

- As Unidades de Saúde deverão manter seu horário de funcionamento, e, quando necessário e possível, ampliar. Todos os profissionais de saúde são imprescindíveis e devem estar em seus postos de trabalho, cumprindo suas atribuições, de forma solidária, competente e elevado espírito público;
- As equipes devem organizar o fluxo de entrada e circulação de pessoas na unidade, a fim de minimizar as aglomerações e evitar o contato entre as pessoas com sintomas respiratórios e os demais usuários da UBS;
- As atividades de rotina das UBS devem estar organizadas para uma retomada gradativa, porém priorizando os usuários do grupo de risco, como idosos e portadores de doenças crônicas e autoimunes, gestantes e puérperas (até 42 dias após o parto), bem como crianças de risco, com os devidos cuidados de proteção e redução de riscos à saúde dos trabalhadores e dos usuários, em conformidade com normas técnicas específicas;
- Os atendimentos nas Unidades de Saúde para este grupo prioritário devem ser organizados preferencialmente por hora marcada, ao invés de ordem de chegada para os atendimentos programados. Para idosos, portadores de doenças crônicas e autoimunes e crianças de risco, avaliar a real necessidade do atendimento presencial, buscando primeiramente o acompanhamento por telefone, videochamadas ou teleatendimento;
- Quanto aos atendimentos de demanda espontânea, as equipes deverão organizar a agenda de modo a disponibilizar um número maior para esta modalidade de atendimento, tendo em vista o aumento que certamente ocorrerá;
- As atividades de educação em saúde, que resultem em aglomerações de pessoas, devem se manter suspensas temporariamente, de modo que as orientações quanto às ações relacionadas ao combate à Dengue, saúde sexual e reprodutiva, saúde mental, álcool e outras drogas, prevenção à COVID-19 e demais infecções, etc., sejam realizadas durante as visitas domiciliares e preferencialmente durante os monitoramentos realizados por telefone ou nos atendimentos individuais;



- Disponibilizar recipiente com álcool em gel ou líquido na concentração de 70%, em locais de destaque, para facilitar a higienização das mãos dos profissionais e população que buscar atendimento;
- As visitas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de endemias (ACE) devem ser mantidas e estimuladas considerando a sua relevância, especialmente no momento atual. Esses profissionais precisam estar bem esclarecidos sobre a pandemia COVID-19 e as medidas de proteção, bem como o manejo para a prevenção de outros agravos;
- Cada unidade de saúde deverá estabelecer uma sala/consultório/local de atendimento, ventilado, preferencialmente com janelas, evitando o uso de ar condicionado, para consulta dos pacientes com síndrome gripal. Esta sala deverá possuir uma rotina de limpeza intensificada após cada atendimento. Levar em consideração a realidade de cada unidade de saúde;
- Manter a oferta de vacinação em todo seu horário de funcionamento. Unidades com mais de uma equipe podem se organizar em escalas de trabalho flexíveis, a fim de garantir o quantitativo de profissionais necessários para assegurar o acesso da população à vacina durante todo o horário de funcionamento do serviço. Nesse cenário, faz-se necessário dimensionar o quantitativo de vacinas, incluindo a demanda estimada nos horários estendidos. Além disso, se possível, ter o maior número de profissionais envolvidos diretamente na vacinação a fim de tornar o ato de vacinação o mais rápido possível;
- Recomenda-se disponibilizar, na unidade de saúde, um local específico para vacinação do idoso, pessoas com comorbidades, crianças de risco, gestantes e puérperas, separados do local de vacinação direcionado aos demais grupos, caso não seja possível, definir filas diferenciadas obedecendo ao espaçamento mínimo de 1,5 metro entre as pessoas para a vacinação desses grupos;
- Para a proteção dos vacinadores, recomenda-se o uso de sapato fechado, jaleco e máscara cirúrgica, devendo ser trocada sempre que necessário, bem como lavagem das mãos e antebraços antes e após cada aplicação. Todas as observações deverão ser consideradas para as campanhas de vacinação;
- Para evitar a proliferação do vírus, são recomendadas medidas básicas de higiene, como lavar bem as mãos (dedos, unhas, punho, palma e dorso) com



água e sabão, e utilizar toalhas de papel para secá-las, após cada atendimento. Além do sabão, outro produto indicado para higienizar as mãos é o álcool em gel ou líquido a 70%, que também serve para limpar objetos como telefones, teclados, cadeiras, maçanetas, etc.;

- Estabelecimento de rotina de desinfecção dos ambientes e objetos de trabalho e de desinfecção de veículos de transportes com cuidado especial para aqueles que realizam transporte de pacientes com baixa imunidade. Para a limpeza interna da Unidade de Saúde, recomenda-se a utilização dos produtos usuais, dando preferência para o uso da água sanitária, na concentração de 1 (uma) parte de água sanitária para 9 (nove) partes de água para desinfetar superfícies.

2.3 Para os municípios que possuem o núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica (NASF-AB), seguir as seguintes recomendações

- Suspensão de atividades coletivas de qualquer natureza (principalmente grupos de idosos, hipertensos, diabéticos e gestantes), até novo indicativo das autoridades de saúde;
- Realização das reuniões de equipe NASF-AB de forma remota, utilizando ferramentas de comunicação à distância;
- Participação de um representante da equipe NASF-AB nas reuniões das Equipes de Saúde da Família para discussão dos aspectos relativos ao processo de trabalho das equipes;
- Suspensão das reuniões presenciais para matriciamento e discussões de caso. Optar pela teleconsultoria ou teleinterconsulta para orientação dos casos novos que exijam intervenções urgentes;
- Suspensão dos atendimentos individuais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a fim de não expor os usuários a um ambiente de grande circulação viral. Em caso de imprescindível necessidade de atendimentos, realizar visitas domiciliares, devendo cada equipe NASF-AB construir critérios de priorização de atendimentos, nos diversos núcleos profissionais e eixos de cuidado;



- Identificação de um profissional da equipe NASF-AB como referência para cada equipe apoiada, facilitando a comunicação entre as equipes, auxiliando na divulgação e esclarecimento de informações;
- Apoiar a equipes de Saúde da Família no fluxo de atendimento da unidade (Fast Track).

2.4 Ações e atividades na unidade de atenção primária à saúde para casos suspeitos de SG e SRAG

- Ampliar a cobertura vacinal do H1N1 da população de acordo com os grupos prioritários e calendário definido pelo MS;
- Organizar o processo de trabalho das equipes para garantir que os casos da SG e SRAG pela COVID-19 tenham prioridade no atendimento;
- Avaliar os casos suspeitos e confirmados para COVID-19 que não necessitam de hospitalização, levando-se em consideração se o ambiente residencial é adequado e se o paciente é capaz de seguir as medidas de precaução recomendadas pela Equipe de Saúde;
- Organizar o fluxo de atendimento aos usuários suspeitos de SG ou SRAG, tomando como referência o Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na APS com:

Sinalizar a entrada da unidade, apontando para o fluxo de atendimento destes pacientes, com marcador no piso (faixa) para manter distância mínima de 1,5 metro de outros usuários e dos profissionais;

Recepção/ACS: realizar escuta inicial dos usuários e aqueles com sintomas compatíveis com SG ou SRAG, orientar o uso adequado de máscara, orientar a higienização das mãos com água e sabão ou álcool gel, orientar a evitar contato com outras pessoas (toque de mãos, beijos e abraços), evitar tocar no rosto, manter uma distância de 1,5 metro das pessoas, de estrutura física (paredes) e mobiliários (mesas), etc.;

Aplicar o FastTrack de recepção/ACS, conforme Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na APS;

Encaminhar para sala definida aos atendimentos dos casos suspeitos. A sala deve ser mantida com porta fechada, janelas abertas e não utilização de ar condicionado;



Sala de atendimento dos casos suspeitos: Atendimento pelo Auxiliar ou Técnico de enfermagem (usar EPI) e aplicar FastTrack. Na presença de sinais de gravidade, comunicar imediatamente ao enfermeiro e/ou médico;

Atendimento do enfermeiro/médico: verificar sinais e sintomas de SG ou SRAG, existência de comorbidades, medicamentos em uso, alergia a medicamentos e realizar o fluxo do Fast Track sugerido pelo Protocolo de Manejo clínico Nº 9 do MS;

- Classificar e Estratificar a Gravidade da Síndrome Gripal apos triagem inicial do Paciente na APS (médico), conforme FastTrack;
- Casos leves, prescrever medicação necessária e orientar para isolamento domiciliar reforçando as medidas de precaução padrão, principalmente, higienização das mãos, etiqueta respiratória e atentar para sinais de gravidade;
- Para o manejo terapêutico e isolamento domiciliar, casos leves devem ser manejados com medidas como repouso, hidratação, alimentação adequada, além de medidas farmacológicas, de acordo com a queixa, conduta após avaliação médica e isolamento domiciliar por 14 dias, até cessar os sintomas. É necessária a comunicação do paciente ou familiar com um profissional de saúde da APS/ESF durante todo o cuidado doméstico do paciente até o fim do período do seu isolamento;
- Disponibilizar telefone da UBS e realizar monitoramento utilizando o formulário de identificação e acompanhamento por meio de teleatendimento de pacientes com síndrome gripal do MS de acordo com as recomendações a seguir:
 - A cada 24h em pessoas com mais de 60 anos e portadores de condições clínicas de risco e a cada 48h nos demais, até completar 14 dias do início dos sintomas. Caso seja necessário, realizar atendimento presencial, preferencialmente no domicílio.
- Casos atendidos na UBS com sinais de gravidade prestar os primeiros atendimentos, acionar o transporte sanitário e realizar a transferência ao serviço de referência pactuado na RAS;
- Após cada atendimento, garantir ventilação e realizar higienização ambiental adequada (superfícies e equipamentos);
- Instituir e orientar a comunidade a respeito das principais medidas de prevenção;



- Reuniões de equipes devem ser realizadas em local aberto e ventilado, obedecendo a distância mínima de 1,5 metro entre os participantes, a fim de avaliar o funcionamento da UBS, novos manejos clínicos e a situação epidemiológica local;
- O profissional deve manter a etiqueta social, não realizar cumprimentos com contatos físicos.

2.5 Diagnóstico e Notificação

2.5.1 Definição de Casos

Definição 1 – Síndrome Gripal (SG): indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza OU dificuldade respiratória.

- Em crianças: considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico;
- Em idosos: a febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

Definição 2 – Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): Síndrome Gripal que apresente: dispnéia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto.

- Alguns pacientes podem apresentar diarreia e/ou vômito;
- Em crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.



2.5.2 Definição de Casos Suspeitos

- Todas as Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG);
- Profissionais de saúde com Síndrome Gripal (SG), inclusive os das aldeias indígenas;
- Profissionais de segurança pública em atividade com Síndrome Gripal (SG);
- Contatos domiciliares de profissionais de saúde e de segurança pública em atividade, com Síndrome Gripal (SG);
- Pessoas privadas de liberdade com Síndrome Gripal (SG);
- Profissionais e idosos com Síndrome Gripal (SG) das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), e seus contatos próximos;
- Recém-nascido, independentemente de apresentar sintomas respiratórios, cuja mãe seja um caso suspeito ou confirmado da COVID-19;
- Usuários de Residências terapêuticas, Unidades de Acolhimento e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 24h com Síndrome Gripal (SG);
- Cuidadores de Residências terapêuticas e Unidades de Acolhimento com Síndrome Gripal (SG);
- Gestantes no pré-natal com Síndrome Gripal (SG);
- Profissionais de serviços essenciais (supermercados, padarias, farmácias, postos de gasolina, imprensa, bancos, clínicas e hospitais veterinários, serviços de assistência social e atendimento à população em estado de vulnerabilidade, transporte público) com Síndrome Gripal (SG);
- Pacientes no pré-operatório de cirurgias eletivas, conforme validação das comissões intrahospitalares;
- Pacientes no pré-operatório de cirurgias oncológicas.

2.5.3 Definição de Casos Confirmados

Por critério laboratorial: caso suspeito de SG ou SRAG com teste de:

- Biologia molecular (RT-PCR em tempo real, detecção do vírus SARS-CoV-2): resultado detectável para o SARS-Cov-2 em amostra coletada,



preferencialmente, até o sétimo dia de início dos sintomas (podendo ter sido coletada até o décimo dia, quando a pessoa ainda estiver sintomática), processada em laboratório público ou privado. No caso de laboratório privado o laudo precisa ser validado pelo laboratório de referência (LACEN-PE).

OU

- Imunológico (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos): resultado positivo para anticorpos IgM e/ou IgG, em amostra coletada após o sétimo dia de início dos sintomas E após 72 horas do desaparecimento dos sintomas.

Por critério clínico-epidemiológico:

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

2.5.4 Definição de Casos Descartado

- Caso suspeito da COVID-19 com resultado laboratorial negativo para o SARS-Cov-2 (não detectável pelo método de RT-PCR em tempo real), considerando a oportunidade da coleta;

OU

- Caso suspeito da COVID-19 com resultado negativo no teste sorológico, realizado após 7 dias completos do início dos sintomas E após 72 horas do desaparecimento dos sintomas.

2.5.5 Definição de Casos Inconclusivo

- Caso suspeito de COVID-19 notificado, cuja coleta de material biológico não tenha sido realizada;

OU

- Caso suspeito de COVID-19 notificado, cuja coleta foi insuficiente ou inadequada para análise laboratorial;

OU

- Caso suspeito da COVID-19 que apresentou resultado inconclusivo no teste de RCT- PCR, após duas análises consecutivas.

2.5.6 Definição de Casos Recuperado

Caso confirmado de COVID-19 com 14 dias do início dos sintomas E, ao mesmo tempo, sem sintomas há 72h, que não evoluiu para óbito.

2.5.7 Notificação de casos

Os casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) devem ser notificados de forma imediata (até 24 horas) pelo profissional de saúde responsável pelo atendimento, ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco (CIEVS-PE) através do preenchimento de formulário eletrônico na Plataforma Online Cievs <https://www.cievspe.com/notifique-aqui>, clicando em SRAG – Notifique aqui! (Covid-19) e anexando a ficha de SRAG preenchida ao formulário eletrônico. Caso se trate de profissional de saúde, preencher a variável Ocupação do Paciente com 'profissional de saúde'. Se tratando de um óbito por SRAG, cuja notificação não tenha sido realizada em vida, a notificação deve seguir esse mesmo fluxo, selecionando a opção óbito na especificação do evento. Na ocorrência de óbito suspeito ou confirmado por COVID19, o mesmo deve ser informado imediatamente ao Cievs/PE (cievs.pe.saude@gmail.com).

Além disso, os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) devem ser digitados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) pelas unidades hospitalares que já utilizam o sistema. Para aquelas que não utilizam, a digitação no SIVEP-Gripe deve ser realizada pelo município da ocorrência da internação.

A notificação das Síndromes Gripais (SG) dos casos suspeitos, que NÃO atenderem à definição de caso para SRAG, deverá ser realizada no sistema e-SUS





Notifica através do endereço <https://notifica.saude.gov.br>. É obrigatório registrar os dados de todos, inclusive os resultados dos exames.

Os casos de Síndrome Gripal (SG) atendidos nas Unidades de Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal, devem seguir os fluxos já estabelecidos para a vigilância da influenza e outros vírus respiratórios, devendo ser notificados, pelas no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEPGripe) e, também, no sistema e-SUS Notifica através do endereço <https://notifica.saude.gov.br>.

2.6 Estratégias de Telessaúde

Os avanços das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) têm **impulsionado** vários segmentos da sociedade, inclusive na educação e na saúde, por meio das aplicações da Telemedicina e Telessaúde, as quais encontram-se em destaque no cenário nacional da Atenção Primária à Saúde com o desenvolvimento de atividades de apoio à Política Nacional de Educação Permanente e Assistência à Saúde a distância.

A Secretaria de Saúde Pernambuco por meio do Núcleo Estadual de Telessaúde aprovou em 08 de março de 2017 a Política Estadual de Telessaúde, em consonância com as portarias que regulamentam o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, o Plano Estadual de Saúde de Pernambuco (PES) e o Plano Diretor de Regionalização (PDR); visa subsidiar os gestores e demais profissionais da rede de atenção à saúde de Pernambuco, no uso efetivo de Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), nos eixos da Teleducação, Teleassistência e Telegestão.

No contexto da pandemia do COVID-19 as estratégias de Telessaúde tornaram-se essenciais para garantir a continuidade das ações de saúde rompendo os distanciamentos geográficos e contribuindo para isolamento social imprescindível evitar a disseminação do contágio do Coronavírus. Assim, o Núcleo de Telessaúde em parceria com as diversas áreas técnicas da SES-PE, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Universidade de Pernambuco (UPE) por meio das Faculdades de Ciências Médicas (FCM) e de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG) e Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco Prof. Luiz Tavares (PROCAPE); além dos diversos serviços de saúde que compõem a Rede Estadual de Assistência em Saúde, vem desenvolvendo as ações de



Teleducação, Teleassistência e Telegestão voltadas prioritariamente para Atenção Primária em Saúde.

No escopo de ações desenvolvidas pelo Núcleo de Telessaúde, se destacam os seguintes serviços ofertados através do Portal de Telessaúde (www.telessaude.pe.gov.br):

- **Teleducação**

Webpalestra: encontro virtual para discussão de evidências científicas, indicadores e situações sazonais relacionadas às necessidades locais de saúde);

Cursos online: dentre outros disponíveis na Plataforma de Ensino do Núcleo de Telessaúde, destacamos: o **Fique Atento Pode Ser Câncer** desenvolvido em parceria o Grupo de Ajuda à Criança Carente com Câncer de Pernambuco (GAC-PE) com carga horária de 120 horas é voltado especialmente para toda a equipe de enfermagem, médicos, equipe de saúde bucal, agente comunitário de saúde, e equipe multiprofissional atuam no âmbito da APS no estado.

Comunidades de Práticas: constituem grupos de pessoas com interesses comuns de aprendizado para compartilhar informações. Dentre outras Comunidades criadas, se destacam as seguintes: Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da família de Jaboatão dos Guararapes; Programa de Residência Médica em Neonatologia do Hospital Agamenon Magalhães (HAM) e Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde da UFPE/CAV.

Home Page sobre Coronavírus no Portal do Núcleo de Telessaúde, com objetivo de disponibilizar evidências científicas provenientes das constantes atualizações sobre manejo clínico, dados epidemiológicos e medidas de prevenção relacionadas à COVID-19.

Disponibilização de **Playlists** que compõem diversos vídeos:

Temas relacionados à COVID-19;

Orientações para familiares e cuidadores de crianças com deficiências e doenças raras em tempo de pandemia;



Orientações para a rede assistencial: Manejo clínico do paciente crítico e intubação orotraqueal no paciente com COVID-19;

Orientações para o enfrentamento à pandemia do COVID-19 no Sistema Prisional; e
Palestras: Em tempos de Pandemia: COVID-19.

- **Teleassistência:**

Teleconsultoria Assíncrona: via plataforma de Teleassistência permite que profissionais de saúde esclareçam questões relacionadas a processos de trabalho, casos e dúvidas clínicas com tempo médio de resposta de até 24 horas após o envio. O esclarecimento das dúvidas é realizado por um profissional de saúde especialista na área, mediante as melhores evidências científicas disponíveis, de forma simples, segura e sigilosa.

Teleconsulta: permite que profissionais de saúde especialistas e generalistas, realizem à distância uma consulta clínica para fins de orientação, apoio diagnóstico e terapêutico, durante a pandemia do Coronavírus. O sistema on-line utilizado possibilita a realização de consultas virtuais, médicas e multiprofissionais, dando continuidade ao cuidado às crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus, pessoas com deficiências, doenças raras, doenças crônicas, garantindo atendimento aos pacientes acompanhados nos diversos serviços de saúde da rede envolvidos na oferta.

Telegestão: conecta aproxima os profissionais e gestores de saúde facilitando a implementação dos processos administrativos e operacionais. Utilizando videocolaboração como principal estratégia de transformação digital desde o início da suas atividades, o Núcleo de Telessaúde constituiu a Rede de videocolaboração em Saúde (RVS), que se tornou um importante recurso para interação on-line entre gestores, médicos e demais profissionais de saúde no estado de Pernambuco. Em decorrência da pandemia da COVID-19, a gestão à distância tem sido aperfeiçoada e ampliada com a liberação de forma massiva dos recursos de webconferência e do streaming. O sistema é simples e pode ser acessado por computador, smartphone e tablet.



O Ministério da Saúde também disponibiliza recursos para realização da Telessaúde, como componente da Estratégia e-Saúde (Saúde Digital) para o Brasil, tendo como finalidade a expansão e melhoria da rede de serviços de saúde, sobretudo da APS, e sua interação com os demais níveis de atenção fortalecendo as RAS do SUS.

Após a publicação do Decreto nº 9795, de 17 maio de 2019 o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Saúde Digital, foram estabelecidas diretrizes para a Telessaúde no Brasil, no âmbito do SUS. A atuação se dá através de teleconsultoria, telediagnóstico, telemonitoramento, telerregulação e teleducação.

3 RECOMENDAÇÕES PARA A VISITA DOMICILIAR

As visitas do ACS, bem como dos demais profissionais, devem ser mantidas e estimuladas considerando a sua relevância, especialmente no momento atual. As visitas devem ser bem objetivas, com escuta de possíveis queixas dos usuários, com informes sobre os cuidados na prevenção da proliferação da COVID-19 e orientações quanto à forma de assistência das pessoas com sintomas respiratórios na UBS, prestando também orientações quanto às arboviroses, atualização do calendário de vacinas, campanhas de vacinação e atentando para possíveis queixas de outros agravos.

Segue as recomendações para a visita domiciliar do ACS e demais profissionais de saúde:

3.1 Ao realizar a visita domiciliar

- Manter distância recomendada do morador (peridomicílio) de pelo menos 1,5 metro, explicando ao mesmo a razão de assim proceder. Coloque uma máscara cirúrgica ou de pano ao sair de casa;
- Ao tossir ou espirrar, utilize a dobra do cotovelo e higienize assim que puder;
- Prenda o cabelo e evite usar brincos, anéis, correntinhas, sacolas;
- Se usa barba, mantê-la bem cortada, caso contrário removê-la;
- Se estiver com sinais de resfriado procure a orientação da enfermeira ou médico da sua unidade;



- Se possível colocar uma roupa sobreposta tipo duas camisas ou bata para se proteger mais;
- Se necessitar entrar na casa evitar tocar nos objetos;
- Leve lençinhos descartáveis/ papel toalha/papel higiênico e use-os para tocar as superfícies quando inevitável. Descarte no lixo;
- Procurar um local aberto e de preferência arejado ao comunicar-se com as pessoas, de preferência não entrar no domicílio;
- Não toque seu rosto sem antes higienizar suas mãos;
- Levar álcool gel para higiene das mãos e sempre que possível utilizar água e sabão;
- Fazer a higiene das mãos com a técnica correta (preferencialmente com água corrente e sabão; se não for possível, com álcool a 70%), antes e após cada visita, assim como, após tocar em qualquer objeto ou superfície;
- Priorizar visita aos grupos de risco.

3.2 Orientações aos usuários durante a visita

Durante a visita seja objetivo, abordando os usuários sobre a existência de queixas de síndrome respiratória: sintomas respiratórios (tosse, dor de garganta, desconforto ou esforço respiratório) com ou sem febre, bem como, atentar para as queixas dos sintomas gastrointestinais (mais raros) como diarreia. É oportuno também realizar a escuta qualificada de possíveis queixas de outras comorbidades.

3.2.1 Para usuários em geral

- Ficar em casa, sair apenas quando necessário;
- Evitar contato com pessoas que apresentem sinais ou sintomas da doença;
- Orientar sobre o isolamento domiciliar em caso de presença de síndromes gripais leves;
- Dormir em ambiente separado de quem estiver doente, ou pelo menos, em camas separadas;
- Não compartilhar toalhas, talheres, copos e outros objetos pessoais;



- Lavar roupas, lençóis e toalhas com mais frequência;
- Manter a ventilação adequada da casa;
- Em caso de agravamento respiratório (asma, dificuldade para deglutir, dor ao respirar, falta de ar e desorientação) é que deve procurar a unidade de saúde mais próxima ou acionar o aplicativo virtual de teleatendimento (se assim o tiver);
- Usar máscara cirúrgica ou de pano duplo antes de sair de casa;
- Limpar as embalagens que trouxer de fora antes de guardar (supermercados, mercadinhos, farmácias, etc);
- Lavar as mãos com água e sabão ou usar álcool a 70% (se não puder lavar) com frequência, principalmente após contatos com pessoas doentes;
- Utilizar leno descartável/ toalha de papel para higiene nasal;
- Cobrir nariz e boca com cotovelo quando espirrar ou tossir e lavar as mãos e antebraços com água e sabão ou álcool líquido ou em gel a 70% logo que possível;
- Evitar aglomerações
- Manter distanciamento seguro de pelo menos 1,5 metro das pessoas, quando necessário sair de casa;
- Não tocar seu rosto, nariz, boca, olhos antes de higienizar as mãos;
- Ao sair de casa, prender o cabelo e evitar usar brincos, anéis, correntinhas e outros adereços;
- Limpar e desinfetar sempre que possível as superfícies de alto contato (maçanetas, puxadores de móveis, torneiras e demais objetos manipulados por muitas pessoas), de referência com água hipoclorito ou com o próprio álcool a 70%;
- Se sair com seu animal de estimação, tentar evitar que se esfregue contra superfícies externas e higienizar as suas patas antes de entrar em casa.
- Manter os cuidados com saúde em dia: alimentação saudável, beber água, fazer atividades físicas, ter sono regulado, manter medicações em dia, caso utilize;



3.2.2 Para idosos

- Pessoa idosa com sinais e sintomas respiratórios deve entrar em contato com a unidade de saúde para orientações quanto ao isolamento domiciliar e acompanhamento clínico;
- Orientar os familiares/cuidadores as medidas de prevenção: lavagem das mãos, guardar distância segura (1 a 2m), uso de máscara, quando houver necessidade de ficar no mesmo ambiente da pessoa idosa, caso não esteja em isolamento com o mesmo, atentando à higiene dos objetos provenientes de fora do domicílio e reforçar a higiene da casa;
- Crianças e pessoas idosas, que não são do mesmo domicílio, não devem manter contato;
- Orientar a importância da vacina contra a Influenza, devendo escolher horários de pouco movimento na UBS ou a vacinação em domicílio;
- Orientar quanto aos cuidados de higiene e prevenção de acidentes e cuidados gerais com a saúde.

3.2.3 Para as puérperas

- Manter a amamentação e usar máscaras, caso tenha sintomas respiratórios;
- Manter, preferencialmente, o binômio em quarto separado dos demais moradores da casa caso tenham sintomas respiratórios;
- Manter distância mínima de 1 metro do berço do recém-nascido (RN);
- Orientar a realizar etiqueta respiratória;
- Orientar a higienização das mãos imediatamente após tocar nariz, boca e sempre antes do cuidado com o RN;
- Orientar o uso de máscara cirúrgica ou de pano durante o cuidado com o RN e a amamentação;
- Caso a puérpera precise circular em áreas comuns da casa, utilizar máscara cirúrgica ou de pano;



- Enfatizar a necessidade dos usuários, neste momento permanecerem em suas casas. Sair apenas em necessidade extrema e orientar sobre novo funcionamento da unidade de saúde.

3.3 Ao retornar da visita domiciliar

- Ao voltar para casa, não toque em nada, antes de se higienizar;
- Deixe bolsa, carteira, chaves, etc, em uma caixa na entrada de casa. Eles devem ser higienizados;
- Tire os sapatos (utilize sempre o mesmo sapato para sair e deixe fora de casa);
- Tire a primeira peça de roupa tentando puxar pelo lado de dentro se já tiver higienizado as mãos, não deixe tocar no rosto, e coloque-a direto no balde com sabão ou máquina de lavar se não for possível coloque em uma sacola plástica no cesto de roupas;
- Limpe seu celular com Álcool e se usar óculos, lave-o com água e sabão ou álcool líquido ou em gel a 70%;
- Tome banho. Se não puder, lave bem todas as áreas expostas.

4 GRUPOS DE RISCOS

4.1 Ações e atividades da Atenção à Saúde da criança na APS

- Às crianças inseridas no critério de risco, recomenda-se que é imprescindível a atenção compartilhada entre o ambulatório especializado e a Atenção Primária, devendo as equipes da saúde da família realizar as consultas de seguimento, preferencialmente domiciliares, sempre que necessário, com avaliação clínica e terapêutica adequada, realizar a imunização de rotina, a vigilância do crescimento e desenvolvimento, além de manter as orientações à família como a amamentação/alimentação adequada individualizada a cada criança;
- Orienta-se manter a coleta da Triagem Neonatal (Teste do pezinho), realizando preferencialmente as ações do 5º dia no domicílio ou agendada com hora



marcada e intervalos. É importante reforçar que a consulta do enfermeiro deve ter foco na amamentação e ganho de peso;

- As crianças selecionadas para gestão de caso deverão ser monitoradas via prontuário, telefone e assim discutir com equipe. A depender da situação de saúde, a equipe deverá avaliar a necessidade do atendimento domiciliar;
- O profissional ao utilizar equipamentos para avaliação antropométrica, termômetros, dentre outros, deverá higienizá-los com álcool 70% a cada atendimento;
- Reforçar as medidas de prevenção da COVID-19 e estimular o isolamento domiciliar;
- Manter as consultas em puericultura na APS para crianças de Alto Risco e para crianças de Médio Risco com fragilidade do cuidado familiar;
- A consulta do Enfermeiro deve ter foco na amamentação e ganho de peso;
- As crianças de alto risco devem ser acompanhadas na APS e compartilhada com AAE, preferencialmente, de forma presencial ou por telefone ou WhatsApp. Onde não houver o AAE no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) para criança de alto risco, encaminhar para a referência do município;
- As crianças em puericultura de médio e baixo risco deverão ser monitoradas por meio de telefone e/ou WhatsApp com agendamento de consulta presencial quando necessário.

4.2 Ações e atividades da Atenção à Saúde da gestante e puérpera na APS

- A equipe de saúde deve fortalecer a importância do distanciamento social e das medidas de prevenção da COVID-19;
- Organizar e agendar as consultas do pré-natal com hora marcada, em intervalo mínimo de 30 minutos entre os atendimentos, diminuindo o tempo de espera, de modo que não cause aglomerações e que não haja prejuízo do número de consultas preconizadas durante toda a gestação;
- Realizar triagem de sintomas respiratórios e fatores de risco para todas as gestantes e acompanhantes;



- Manter as consultas de pré-natal, exames laboratoriais, vacinas e ultrassom obstétrico;
- A gestante que se dirigir a UBS deverá utilizar máscara e o profissional, equipamentos de proteção individual;
- Ofertar orientação às gestantes e familiares quanto aos sinais e sintomas leves e graves da COVID-19;
- Todas as gestantes, a partir de 24 semanas, devem ser orientadas a monitorar a movimentação fetal diariamente;
- A gestante “caso suspeito” ou confirmado para COVID-19 e que já esteja em acompanhamento da infecção, deverá ter sua consulta do pré-natal reagendada para o período após 14 dias de isolamento domiciliar, entretanto, quando necessário, a consulta deverá ser realizada com o uso de EPI apropriado, garantindo a qualidade durante todo o processo de assistência prestada;
- Estratégias locais devem ser montadas para reavaliação frequente (diárias) de sintomas e queixas das pacientes em isolamento domiciliar, de modo a diagnosticar precocemente piora clínica (febre alta ou tosse sem melhora, ou dispneia, entre outros);
- O uso do oseltamivir de acordo com recomendação do MS possui melhor resultado quando utilizado dentro das primeiras 48 horas para todas as gestantes com sintomas gripais, pois estes podem ser causados por H1N1 ou até coinfeções com COVID-19. Porém cada estado e seus municípios deverão adotar o uso desta medicação conforme disponibilidade e protocolo junto a SEVS;
- Devem ser suspensos, temporariamente, os grupos de rodas de gestantes;
- A amamentação pode ser mantida para puérperas com coronavírus, com os devidos cuidados de etiqueta respiratória, higienização e uso de máscara pela mãe, de acordo com o Protocolo da COVID-19, do Ministério da Saúde;
- Orientar a puérpera para, se possível, manter o binômio em quartos separados e caso precise circular em áreas comuns da casa, utilizar máscara.
- Deve-se higienizar todo o material utilizado em cada atendimento (ex: higienizar com álcool a 70% o sonar, fita métrica, termômetros, maca, dentre outros);



4.3 Ações e atividades da Atenção à Saúde da pessoa idosa na APS

- Recomenda-se aos municípios a reorganização dos atendimentos eletivos para pessoas idosas, nas unidades de Atenção Básica sem quebra do cuidado continuado. Entretanto, salienta-se observar a importância de não deixar a população idosa desassistida;
- Nos domicílios, onde residam pessoas idosas, o monitoramento deve ser regular, preferencialmente via Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou algum outro profissional da unidade de saúde ou por meio de ligação telefônica, priorizando o atendimento de acordo com o risco da situação de saúde. Lembrar que, neste momento, a visita deve ser peridomiciliar, evitando-se entrar no domicílio;
- Orientar a pessoa idosa/cuidador fazer contato prévio com a equipe, se houver necessidade de ir até a unidade de saúde, principalmente na suspeita de síndrome gripal;
- Recomenda-se a emissão de receitas com renovação automática no período de mais três meses, bem como a retirada de medicamentos por familiares ou pessoa responsável e a entrega da medicação para pessoa idosa frágil no domicílio, desde que estas sigam as recomendações necessárias para a prevenção da COVID-19, obedecendo ao fluxo na unidade;
- Os profissionais da APS devem retomar gradativamente os atendimentos às pessoas idosas, de forma presencial, porém priorizando as visitas domiciliares àquelas com maior grau de comprometimento de funcionalidade, também chamados de idosos frágeis, tendo em vista apresentarem maior vulnerabilidade; do mesmo modo, a vacinação destes idosos deverá ser realizada, preferencialmente, no domicílio. Para estes atendimentos, orienta-se utilizar a caderneta de saúde da pessoa idosa, e nos casos onde este insumo não esteja disponível, sugere-se o uso do aplicativo “Atenção à Saúde da Pessoa Idosa”, que possui ferramenta VES-13 (instrumento de avaliação de vulnerabilidade da pessoa idosa) e IVCF-20 – Tecnologia – Centro de Telessaúde – HC – UFMG (instrumento de avaliação do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20, que permite avaliação multidimensional da pessoa idosa, e pode ser utilizado por profissional não especialista), disponíveis na loja de aplicativo para smartphone;



- Estimular a mobilidade dentro do domicílio para evitar a perda da massa muscular e outras complicações;
- As equipes da APS também devem monitorar frequentemente as moradias coletivas para idosos (residências terapêuticas, repúblicas, instituições de longa permanência), fornecendo informações e orientações sobre formas de evitar o contágio no ambiente compartilhado;
- Sugere-se reorganizar as visitas nas Instituições de longa Permanência para Idosos (ILPI's) nesse período, a fim de reduzir o risco de transmissão. Porém sabendo que a ausência de visitas pelos familiares pode ser um fator para o agravamento da saúde mental da pessoa idosa, sugere-se então a visita dos familiares no peridomicílio das ILPI's, respeitando as medidas protetivas, segundo Protocolo COVID-19 do Ministério da Saúde;
- No caso de presença de sinais gripais sem sinais de gravidade, a pessoa idosa, mesmo frágil, estando bem, não deve ser encaminhada para atendimento de urgência (policlínicas, UPA, etc.). A pessoa idosa ou familiar/cuidador deverá entrar em contato com a equipe da APS, a fim de monitorá-la regularmente, identificando a presença de sinais de agravo, sendo este monitoramento realizado do período de 24 a 72 horas, de acordo com a clínica até o usuário ficar assintomático por mais de 72 horas.

4.4 Ações e atividades da Atenção à Saúde da pessoa com doenças crônicas na APS

- As demandas de eventos agudos passíveis de atendimento na UBS deverão ser mantidas e encaminhadas para a referência, caso não seja possível estabilizar na APS;
- Orientar e sensibilizar a comunidade quanto à retomada gradativa dos atendimentos na sua unidade de saúde, salientando que será por hora marcada e que levará em consideração, inicialmente, as demandas mais urgentes (considerar situação epidemiológica do município);
- A equipe multiprofissional deve estar envolvida nas demandas dessas pessoas, de forma a garantir a continuidade do cuidado longitudinal de acordo com a



estratificação de risco, estabilidade clínica e capacidade de autocuidado, considerando o contexto de vulnerabilidade e suporte familiar;

- Os pacientes de Alto e Muito Alto Risco que tiveram alta da Rede de Urgência e Emergência ou Rede Hospitalar devem ser manejados e acompanhados precocemente pela equipe da APS;
- A equipe da APS deverá entregar no domicílio as fitas de aferição de glicemia capilar e orientar o monitoramento domiciliar pelo próprio usuário ou cuidador, estando atenta para maior vigilância nos casos de autocuidado insuficiente;
- Planejar o atendimento de acordo com o risco clínico (do maior para o menor), considerando também a vulnerabilidade social e capacidade de autocuidado do usuário:

Pessoas com muito alto risco devem ter sua consulta realizada no domicílio ou UBS, pelo médico ou enfermeiro, de acordo com as diretrizes clínicas utilizadas;

Pessoas como alto risco devem ser monitoradas por telefone ou videochamada, pelo médico ou enfermeiro, avaliando a necessidade de visita domiciliar posterior;

Pessoas como médio e baixo risco, receberão contato telefônico ou videochamada (verificar alterações inapropriadas da glicemia capilar e níveis pressóricos).

5 AÇÕES E ATIVIDADES DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA- PSR

- Garantir acesso aos serviços de saúde, baseando-se nos princípios da universalidade e da equidade;
- Orientar medidas de segurança durante o acolhimento e a assistência a saúde prestada para a população em situação de rua, com finalidade de proteção dupla, aos profissionais e usuários;
- Assegurar educação em saúde de forma efetiva, utilizando linguagem acessível buscando eliminar possíveis barreiras linguísticas, culturais ou qualquer outra que dificulte a comunicação e compreensão das informações sobre a COVID-19;
- Notificar casos suspeitos de COVID-19 para a vigilância do município;
- Fornecer equipamentos de proteção individual para os profissionais e para a população;



- Orientar as pessoas em situação de rua para o não compartilhar utensílios (tais como garrafas, talheres, vasilhames, copos, entre outros), cigarros e outros itens relacionados ao uso de álcool e drogas.
- Manter nos equipamentos e locais de circulação dessas pessoas, informativos imagéticos visíveis de como proceder com a higienização das mãos e os insumos necessários para tais procedimentos;
- Se houver no município abrigos para a PSR, realizar orientações quanto à prevenção da COVID-19, garantindo espaço para isolamento dos casos suspeitos;
- É fundamental uma articulação conjunta entre a Secretaria Municipal de Saúde com Secretaria de Assistencial Social e entidades de apoio à população em situação de rua para traçar estratégias voltadas à prevenção da COVID-19 e ao mesmo tempo garantir suporte de alimentação, higiene e abrigo para essa população.

6 AÇÕES E ATIVIDADES DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

- Trabalhar fortemente a psicoeducação através do repasse das informações e orientações de prevenção ao COVID-19, como fornecer todos os tipos e formas de informações necessárias, que possam subsidiar os familiares e usuários dos serviços da RAPS com relação às principais medidas de prevenção ao COVID-19 sendo a principal estratégia de combate a esta problemática no momento;
- As equipes de saúde mental precisam estar atentas aos casos de usuários sintomáticos e encaminhar os mesmos, conforme os protocolos clínicos vigentes na atualidade à unidade de referência mais próxima. Vale destacar a importância das equipes conhecerem e se apropriarem dos protocolos de vigilância em saúde com relação ao COVID-19, como também identificar em suas redes locais os pontos de assistência;
- Pressupondo-se que este cenário de agravamento do COVID-19 ter impulsionado uma forte tendência de isolamento e diminuição do convívio social das pessoas, recomendamos que os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial estejam mais atentos para possibilidade de acolhimento e suporte em saúde mental para profissionais das diversas áreas (principalmente saúde) e população em geral;



- Conceber prioritariamente a Atenção à Crise como o principal foco no cuidado essencial a ser ofertado neste momento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de acordo com as suas necessidades e realidade local;
- Pensar os serviços Residenciais Terapêuticos como pontos de vulnerabilidade, neste momento, tendo em vista que muitos moradores são pessoas idosas e estão no grupo de risco prioritário. Reforçar o isolamento destas pessoas e orientar os Técnicos de Referência e Cuidadores de acordo com as orientações do Ministério da Saúde (MS) e Organização Mundial da Saúde (OMS). No tocante às visitas de familiares, estas deverão ser avaliadas criteriosamente e se possível, suspensas temporariamente;
- Reorganizar, neste momento, a estrutura de atividades coletivas realizadas diariamente no CAPS e em locais fechados de demais unidades da RAPS, como por exemplo, os grupos. Desta forma, orientamos que esta não se constitua como modalidade de atendimento prioritária e assim as atividades grupais sejam suspensas temporariamente;
- Destaca-se a importância de sempre ser disponibilizado, com fácil acesso para profissionais e usuários dos serviços, materiais que auxiliam na prevenção da COVID-19, como por exemplo, água e sabão, álcool em gel 70%, como banheiros e demais ambientes permanentemente muito bem higienizados e contendo todos os elementos necessários, conforme todos os protocolos de biossegurança.

7 AÇÕES E ATIVIDADES DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

O cirurgião-dentista é parte indissociável do processo de trabalho multidisciplinar, com potencial capacidade de contribuir no enfrentamento e contenção da COVID-19. Quando considerada a relação de proximidade face a face inerente à realização dos procedimentos odontológicos, a inalação de partículas e aerossóis produzidos no atendimento de pacientes com COVID-19 configura-se como um alto risco ocupacional, aos quais cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal e técnicos de prótese dentária estão expostos. Diante disso e buscando a redução dos riscos de disseminação da COVID-19 recomenda-se:



- Os responsáveis pelas clínicas, clínicas de diagnóstico por imagem odontológicas, consultórios ou serviços de saúde odontológico devem garantir que todos os profissionais sejam informados sobre o protocolo de biossegurança e sobre as normas relativas ao retorno aos atendimentos eletivos;
- Marcar previamente as consultas, de forma remota, para evitar ter paciente em sala de espera;
- Colocar alertas visuais em locais estratégicos fornecendo aos pacientes e acompanhantes instruções sobre etiqueta respiratória e de biossegurança;
- Diminuir a quantidade de agendamentos que devem ser espaçados em intervalos de 30 minutos entre o término de atendimento de um paciente e o início do atendimento do próximo paciente. Exceto:

Em estabelecimentos que tem mais de um consultório por ambiente, as agendas devem ser organizadas com horários distintos por sala de atendimento, atendendo sempre o critério do distanciamento social de um paciente a cada 1,5m² (ambiente com 4 cadeiras devem conter 2 pacientes, com 8 cadeiras máximo de 4 pacientes e assim sucessivamente evitando aglomerações) e desinfecção das superfícies de contato entre atendimentos;

Em clínicas de diagnóstico por imagem, em que as agendas devem ser organizadas com horários distintos por sala e de acordo com a capacidade produtiva dos equipamentos, utilização obrigatória de barreiras físicas nas superfícies de contato dos equipamentos, desinfecção entre os atendimentos e atendendo sempre o critério do distanciamento social de um paciente à cada 1,5m² (ambiente com 4 cadeiras devem conter 2 pacientes, com 8 cadeiras máximo de 4 pacientes e assim sucessivamente evitando aglomerações). Ficando desde já, à recomendação de que os exames intra-bucais como radiografias periapicais (de alto risco de contaminação) quando possível, sejam substituídos por exames de menor risco de contaminação como radiografias panorâmicas da maxila/mandíbula e tomografias de feixe-cônico;

- O estabelecimento deve dispor de lavatório/pia ou banheiro com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel toalha, papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual e dispensadores com álcool à 70%;
- Manter os ambientes ventilados (se possível com janela aberta e tela);



- Realizar limpeza e desinfecção das superfícies e ambientes após cada atendimento, principalmente as mais tocadas como trincos, puxadores, bancadas, armários, torneiras, cadeiras, interruptores etc.;
- Todos os pacientes devem usar máscaras (podendo ser de tecido) durante os deslocamentos até os consultórios e enquanto aguardam atendimento. Os cirurgiões-dentistas devem fornecer máscaras, caso os pacientes não as tenham e aproveitar este momento para orientar os pacientes de como utilizar esse EPI;
- Pode instituir barreiras físicas como placas de acrílico, faixa de piso, etc. para o atendimento na recepção que devem realizar frequentemente a higiene das mãos com água e sabonete líquido ou álcool gel 70%;
- À recepcionista deve utilizar máscara cirúrgica (se permanecer à menos de 1 metro dos pacientes) ou de tecido juntamente com o protetor facial durante todo período de trabalho, trocando a máscara se estiver úmida ou suja;
- O profissional sintomático e de grupo de risco devem ser afastados imediatamente do serviço;
- O cirurgião-dentista deve utilizar capote/avental descartável, máscara PFF2-N95, óculos de proteção, touca, luvas e protetor facial;
- O tempo de uso respirador N95/PFF2/PFF3 devem considerar as orientações do fabricante. Os procedimentos geradores de aerossóis necessita da utilização da máscara n95 ou respiradores em uso único, entretanto devido à emergência de saúde pública causada pelo vírus, estes podem ser excepcionalmente usados por período maior, ou por um número maior de vezes que o previsto pelo fabricante, desde que sejam utilizadas pelo mesmo profissional e que sejam seguidas minimamente, as seguintes recomendações:

O profissional de saúde deve utilizar protetor facial que protegerá a máscara de contato com as gotículas;

Deve-se inspecionar visualmente o respirador, antes de cada uso, para avaliar se sua integridade foi comprometida. Máscara úmidas, sujas, rasgadas, amassadas ou com vincos e elásticos soltos devem ser imediatamente descartadas;

Se não houver ótima vedação a máscara à face do usuário (realizar teste positivo de vedação da máscara à face), deve ser descartada imediatamente;



O respirador deve ser acondicionado em um recipiente perfurado ou embalagem de papel que permita a ventilação, identificado, não devendo ser compartilhado, podendo assim ser reutilizado enquanto estiver em bom estado de conservação; Respiradores com válvula de exalação tem fundo de filtragem somente do exterior para o interior, portanto seu uso é contraindicado em ambiente odontológico.

- Demais orientações estão disponíveis em:

https://www.cro-pe.org.br/site/adm_syscomm/legislacao/foto/746.pdf

8 AÇÕES E ATIVIDADES DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

- O estado de emergência de saúde pública no Brasil, em decorrência da pandemia da COVID-19, exige a tomada de medidas articuladas, tanto para conter a disseminação do vírus, quanto para desenvolver ações associadas à proteção da vida, da saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional da população, em especial, aquelas em situação de vulnerabilidade social.
- Os segmentos com mais alto grau de vulnerabilidade socioeconômica (pessoas com necessidades especiais, população de baixa renda, indígenas, povos e comunidades tradicionais, pessoas em situação de rua, refugiados, migrantes) se tornam ainda mais vulneráveis em situações de emergência sanitária e social; e também entre os considerados biologicamente mais vulneráveis (crianças, mulheres e idosos), podendo levar à fome, à desnutrição e outras formas de carências nutricionais e má nutrição.
- As ações a serem desenvolvidas devem estar em consonância com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que tem como propósito melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição, disponível em:

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf;



- Ao setor saúde, cabem ações que já vêm sendo desenvolvidas na Atenção Primária de Saúde ou em outros pontos de atenção e que podem ser fortalecidas e aprimoradas no contexto da pandemia. Dentre as quais destacamos:

Identificar situações de insegurança alimentar e nutricional no território e dar orientações sobre alimentação adequada e saudável, para as diferentes fases do curso da vida, baseadas em orientações oficiais - aqui incluídas cuidados na escolha e preparo dos alimentos e da água para consumo;

Monitoramento de situações de insegurança alimentar e nutricional (inSAN), pelas equipes de APS, especialmente nas famílias mais vulneráveis socialmente, com idosos e famílias com casos confirmados de COVID-19 e, articular intersetorialmente ações para apoiar essas famílias nesse momento de pandemia;

Realizar o Monitoramento do estado nutricional e o consumo alimentar da população atendida, por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) em especial de beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF), crianças menores de 5 anos, gestantes e idosos (grupo mais exposto ao risco de contaminação pelo COVID19;

Promover, proteger e apoiar o Aleitamento Materno, estimular a amamentação até os 2 anos ou mais, bem como a introdução alimentar oportuna e adequada para crianças a partir dos 6 meses de vida, de acordo com o Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos, disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf;

Ampliar e fortalecer os Programas Nacionais de Suplementação de Ferro (PNSF) e de Suplementação de Vitamina A como estratégias para assegurar o estado nutricional adequado de crianças e gestantes;

Promover ações educativas para consumo de alimentos adequados e saudáveis, de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira, disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2e_d.pdf

que estimula o consumo e orienta quanto à autonomia na escolha de alimentos mais saudáveis. Suas diretrizes orientam no sentido de estimular o consumo dos alimentos in natura e minimamente processados, limitar o consumo dos alimentos processados e evitar o consumo dos alimentos ultraprocessados;

Atentar para as Doenças Crônicas relacionadas à alimentação não saudável que são fatores de risco para a Covid-19 como doenças cardíacas, diabetes mellitus, hipertensão arterial e obesidade grave (IMC>40 kg/m²);



Orientar e alertar que o consumo excessivo de sal e de açúcar pode agravar as condições crônicas. O consumo diário de sal, por pessoa, não deve ultrapassar 1 colher de chá cheia. Já o consumo diário de açúcar, por pessoa, não deve ultrapassar 2 colheres de sopa. Para realçar o sabor das refeições, orientar a utilização dos temperos naturais (orégano, hortelã, salsa, coentro, cebolinha, alecrim, manjericão).

- Com relação à alimentação e imunidade, não existem alimentos milagrosos contra o novo Coronavírus. Existem poucas evidências ou recomendações sobre alimentação e COVID-19, no entanto, sabe-se que o adequado estado nutricional e hidratação contribuem para a manutenção e recuperação da saúde. Uma alimentação saudável, equilibrada em todos os nutrientes, sobretudo em micronutrientes (minerais e vitaminas), quando realizada de forma habitual, pode condicionar a um sistema imunológico mais eficiente e com menor risco de adoecimento;
- É fundamental manter boa hidratação que é uma forte aliada para o funcionamento das células, inclusive durante infecções virais. A quantidade de água necessária depende de vários fatores (idade, peso, atividade física etc.). O indicado é de 35 a 40 mL água/Kg de peso, diariamente. Na prática esportiva, esse volume deve aumentar;
- **Associação entre Vitamina D e Covid19:** A literatura científica atual traz evidências sobre o uso da vitamina D no contexto de doenças respiratórias. Contudo, os documentos identificados apenas hipotetizam o possível efeito da vitamina D como agente profilático da COVID-19, mas não foi identificado nenhum estudo clínico que avaliou e observou esse efeito na prática. Concluindo-se que não há evidência científica sobre a eficácia da suplementação de vitamina D na prevenção de infecções por SARS COV-2 e a associação entre deficiência de vitamina D e o risco de agravamento de infecções por SARS- CoV 2 (SIC/Área Técnica da Coord. Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável – SES/PE);
- **O Novo Coronavírus pode ser transmitido através dos alimentos?** Até o presente momento, não há evidências de que o novo Coronavírus (COVID-19) possa ser transmitido por meio dos alimentos. Estes vírus multiplicam-se a partir de um hospedeiro (animal ou humano) não possuindo capacidade de multiplicação nos



alimentos, porém ressalta-se que o alimento manuseado sem a devida higiene das mãos poderá ser uma fonte de contaminação. Esse grupo de vírus é termolábil, ou seja, susceptível às temperaturas normalmente usadas para cozimento dos alimentos (em torno de 70 °C);

- Estimular e incentivar as pessoas para criação de Hortas domiciliares. Uma horta em casamesmo que pequena, plantada nos quintais, em vasos, muros, varandas, é uma oportunidade de obter, a baixo custo, uma quantidade razoável de alimentos saudáveis;
- **Dicas importantes para orientar aos usuários:** Procurar fazer as refeições nos mesmos horários, mantendo certa regularidade, evitar “beliscar” nos intervalos entre as grandes e pequenas refeições, fazer as refeições à mesa, em ambientes tranquilos, limpos e confortáveis, evitar distrair-se com TV ou celular durante as refeições e prestar atenção à comida, mastigar devagar e apreciar o que está comendo, para ajudar a digestão e evitar exageros.
- Orientar quanto às medidas de higiene necessárias e as boas práticas de manipulação e processamento de alimentos estabelecidos pelas autoridades sanitárias para evitar contaminações por meios físicos, químicos e/ou biológicos. Entre os procedimentos descritos encontra-se o da higienização dos alimentos in natura (frutas e hortaliças) para evitar a contaminação por microrganismos, tais como:
 - lavar as mãos antes de manipular os alimentos;
 - remover raízes e partes deterioradas ou danificadas;
 - lavar em água corrente os vegetais um a um, e no caso das verduras, folha a folha;
 - colocar de molho para desinfetar em solução clorada por 15 minutos - 1 colher de sopa de hipoclorito de sódio ou água sanitária para uso em alimentos (sem alvejante e sem perfume) para 1 L de água;
 - retirar o excesso de cloro em água corrente;
 - secar com auxílio de papel toalha ou centrífuga de alimentos;
 - armazenar em geladeira em sacos próprios para alimentos ou em recipientes fechados;
- Divulgar que a prática de atividade física contribui para a proteção e combate às Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs), reduz significativamente as



chances do desenvolvimento de câncer de mama e de cólon, diabetes, cardiopatia e eventos de AVC, além de contribuir para a proteção e melhora do sistema imunológico;

- Manter a rotina da prática regular de atividade física pode contribuir tanto para os benefícios psicológicos e sensação de bem-estar e funções cognitivas. Nesse sentido, manter a prática de atividade física ajudará no retorno às atividades de vida diária após o período crítico de disseminação do Coronavírus;
- O conjunto de ações e recomendações propostas pode contribuir para minimizar o impacto da pandemia de COVID-19 sobre a segurança nutricional e alimentar da população, em especial àquela mais vulnerável econômica, social e biologicamente, bem como causar menor impacto sobre o Sistema de Saúde das consequências de agravos nutricionais resultantes da insegurança alimentar e nutricional.

9 AÇÕES E ATIVIDADES DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA

Recomenda-se que as ações de atenção primária continuem a serem realizadas. Os Municípios com aldeias indígenas deverão dar apoio aos profissionais de saúde que atuam nos pólos indígenas, tendo em vista que fazem parte do território.

No entanto, cada Coordenador Distrital, juntamente com a equipe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena, poderá, considerando as características territoriais e geográficas, populacionais, socioculturais e epidemiológicas, criar estratégias e/ou orientações específicas para a priorização e organização dos atendimentos na assistência à população indígena no território de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).

Desse modo, as Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI), por conhecerem a situação de saúde de cada comunidade, poderão estabelecer, considerando as situações epidemiológicas da Síndrome Gripal (SG) e da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) de sua região de cobertura, ações prioritárias e de extrema relevância de modo a minimizar o contato que eventualmente possa ser postergado em função da pandemia de COVID-19.



As EMSI devem priorizar o trabalho de busca ativa domiciliar de casos de SG e SRAG, realizando a triagem dos casos, evitando a circulação de pessoas com sintomas respiratórios. Ou seja, sugere-se que, preferencialmente, não se tenha sala de espera nos serviços. Para isso, a equipe deve comunicar à comunidade que priorizará o atendimento domiciliar, sendo que os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) devem informar ao enfermeiro e/ou ao médico os casos sintomáticos respiratórios para que ocorra o atendimento domiciliar.

Caso a Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI) tenha sala de espera, mantê-la arejada e instruir aos AIS para proceder às seguintes orientações aos pacientes e acompanhantes:

- Informar, já na chegada ao serviço, se apresenta sintomas de alguma infecção respiratória (por exemplo, tosse, coriza, febre, dificuldade para respirar);
- Adotar as ações preventivas apropriadas, por exemplo, usar máscara cirúrgica a partir da entrada do serviço (NOTA TÉCNICA No 04/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA, de 17/02/2020).

Ressalta-se que os profissionais médicos são responsáveis pelos diagnósticos diferenciais nos casos de SG e SRAG, pela prescrição de antivirais e antibióticos - primando pelo uso racional de medicamentos, bem como pelas solicitações de exames complementares.

O registro do atendimento deve ser feito no prontuário do paciente e também no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI).

Para os casos suspeitos ou confirmados para COVID-19 em populações indígenas que, após avaliação médica, não necessitem de hospitalização, recomenda-se que o paciente indígena permaneça em isolamento domiciliar:

- Caso o indígena com sintomas respiratórios esteja fora da aldeia, recomenda-se manter o isolamento fora da aldeia até se confirmar ou descartar o caso; caso confirmado, o paciente deve permanecer fora da aldeia até cura;
- Caso o indígena com sintomas respiratórios esteja na aldeia, a equipe deve buscar estratégias de isolamento eficiente até se confirmar ou descartar o caso;



caso confirmado, manter o paciente em isolamento até 14 dias, e todos os moradores do domicílio do caso confirmado devem permanecer também em isolamento domiciliar, para evitar transmitir o vírus para outros moradores da aldeia.

Em caso de isolamento domiciliar, as EMSI deverão orientar o paciente indígena sobre a importância do isolamento, das medidas de prevenção da transmissão para contatos e sinais de alerta para possíveis complicações. Nesse contexto, os AIS têm um papel fundamental para monitorar o caso. A presença de qualquer sinal de alerta deverá determinar a remoção imediata do paciente indígena para unidade de referência hospitalar.

Considerando as especificidades étnicas, culturais e de modos de vida dos povos indígenas, faz-se necessário que a EMSI realize a avaliação caso a caso, devendo observar se o ambiente domiciliar é adequado e se o paciente é capaz de seguir as medidas de precaução recomendadas.

Para os casos suspeitos ou confirmados para COVID-19 em que o paciente indígena esteja na Casa de Saúde Indígena (CASAI), faz-se necessário que a equipe da unidade adéque seus espaços para que o paciente fique em isolamento. Recomenda-se que os profissionais de saúde dos DSEI sigam as orientações sobre isolamento domiciliar, disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Isolamento_domiciliar_populacao_APS_20200319_ver001.pdf.

9.1 Medidas de quarentena

- Os DSEI devem seguir essa medida se a mesma for estabelecida no âmbito do município ou do Estado da abrangência de seu território;
- Os povos indígenas isolados e de recente contato, considerando o que preconiza a Portaria Conjunta no 4.094, de 20 de dezembro de 2018, assinada pelo Ministério da Saúde e pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), considerando as peculiaridades socioculturais e a vulnerabilidade epidemiológica dessas populações, e considerando os Planos de Contingência para Surtos e Epidemias



em populações indígenas de recente contato, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) reforça a necessidade da implementação das medidas de quarentena para profissionais de saúde e membros da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) antes do ingresso a esses territórios indígenas.

9.2 Orientações às equipes multidisciplinares de saúde indígena e de saneamento

- Conscientizarem a comunidade sobre as medidas de prevenção e controle da doença;
- Identificarem precocemente sinais e sintomas de SRAG;
- Compreenderem o fluxo de encaminhamento dos casos suspeitos da COVID-19;
- Adotarem as medidas de proteção individual frente a um caso suspeito;
- Redefinirem quais atendimentos da rede de referência de atenção à saúde (exames, consultas) fora das aldeias serão mantidos, para evitar ao máximo a circulação da população indígena fora das aldeias.

9.3 Orientações às Casas de Saúde Indígena

A Nota Técnica nº 22/2020-COGASI/DASI/SESAI/MS (0014397032) apresenta orientações aos profissionais das CASAI sobre as medidas de prevenção e controle da pandemia de COVID-19.

9.4 Equipe de Resposta Rápida

Foi publicada em 14 de abril de 2020, a Portaria SESAI nº 55 que institui a Equipe de Resposta Rápida (ERR), no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, para enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

A ERR permanecerá em isolamento domiciliar, na cidade sede do DSEI, e será acionada para entrar em área indígena nas (i) situações de emergência ou outras situações decorrentes da pandemia ou (ii) surto de Síndrome Gripal ou Síndrome Respiratória Aguda Grave. A ERR terá a sua disposição kits de insumos, medicamentos,



EPI, equipamentos de saúde, bem como a logística necessária para entrar nos territórios indígenas. Às ERR caberá realizar, prioritariamente, ações relacionadas ao enfrentamento da pandemia de COVID-19.

A Nota Técnica nº 4/2020-DASI/SESAI/MS (0014411935) apresenta o rol de insumos estratégicos de saúde, equipamentos de saúde e meios logísticos necessários para atuação da Equipe de Resposta Rápida (ERR) no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), no enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), bem como orienta sobre procedimentos e fluxos para contratação da equipe.

9.5 Mobilidade de pessoas para dentro e fora das aldeias

A SESAI recomenda à população indígena que evite ao máximo se dirigir aos centros urbanos, onde pode haver transmissibilidade do vírus. Ações como essa, além de reduzirem o número de casos, e por consequência, evitar a transmissão dentro da aldeia indígena, têm o potencial de reduzir o impacto para os serviços de saúde, por reduzir o pico epidêmico.

- Em caso de indígenas que saíram da aldeia e apresentaram sinais e sintomas respiratórios antes de retornarem, estes devem ser examinados por um médico ou enfermeiro ainda fora da aldeia, para confirmar a suspeita de COVID-19 e proceder o isolamento (14 dias), caso recomendado. Ninguém deve retornar à aldeia com sinais e sintomas respiratórios;
- Em caso de indígenas que estejam fora e desejem retornar à aldeia, mas não apresentam sinais e sintomas respiratórios, avaliar a necessidade e viabilidade de permanecerem em isolamento fora da aldeia por 7 dias, antes de retornarem para a aldeia, caso não seja possível testar para SARS-CoV-2. Se a testagem ou o isolamento fora da aldeia não forem viáveis, e o indígena tenha que retornar à aldeia, recomenda-se que ele permaneça em isolamento domiciliar por 7 dias, para observar o possível surgimento de sinais e sintomas respiratórios.



Os pacientes que apresentarem sinais e sintomas clínicos e epidemiológicos devem ser mantidos em local privativo/isolamento até que o caso seja descartado.

Recomenda-se aos DSEI que seja realizada a higienização frequente dos meios de transporte, principalmente os pontos de maior contato, de modo a evitar a disseminação da COVID-19.

10 AÇÕES E ATIVIDADES DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA

Para todos os serviços que trabalham com Comunidades Quilombolas, grupo populacional que compõe a População Negra, recomenda-se:

- Respeitar no desenvolvimento de suas ações, à autoidentificação étnica, cultural, linguística e territorial, dialogando com seus valores, costumes e práticas sociais, culturais, religiosas e espirituais;
- Garantir a participação das Comunidades Quilombolas no planejamento e execução das ações que visem proteção e enfrentamento da contaminação por Coronavírus;
- Estabelecer agenda de visitas periódicas às comunidades quilombolas pela equipe de atenção primária de referência, como forma de realizar busca ativa de casos suspeitos, bem como realizar as demais ações orientadas aos serviços de atenção primária, à saúde pela SES;
- Ofertar a vacinação de influenza conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, às comunidades quilombolas, construindo estratégias de vacinação in loco;
- Orientar quanto ao fechamento das comunidades para visitação, permitindo apenas a entrada das equipes de saúde. Se possível reorganizar a logística dos rituais religiosos e manifesta es culturais que resultem em aglomera o de pessoas;
- Orientar as medidas de segurança tais como, evitar no acolhimento dos usuários cumprimentos com abraços, beijos ou toque de mãos, com a finalidade de prote o de ambos;



- Não esquecer de preencher a variável Quesito Raça/Cor na ficha do(a) usuário(a), contribuindo assim, com a construção anual do Perfil Epidemiológico da População Pernambucana;
- Para evitar a proliferação do vírus, recomenda-se medidas básicas de higiene, como lavar bem as mãos (dedos, unhas, punho, palma e dorso) com água e sabão, e, de preferência, utilizar toalhas de papel para secá-las, após cada atendimento. Além do sabão, outro produto indicado para higienizar as mãos é o álcool líquido ou em gel a 70%, que também serve para limpar objetos como telefones, teclados, cadeiras, maçanetas, etc.;
- Orientar a utilização de máscaras caseiras para impedir a disseminação de gotículas expelidas do nariz ou da boca do usuário no ambiente, garantindo uma barreira física que auxilie na mudança de comportamento da população e diminuição de casos;
- Para a limpeza da Unidade de Saúde recomenda-se a utilização dos produtos usuais, dando preferência para o uso da água sanitária (em uma solução de uma parte de água sanitária para 09 partes de água) para desinfetar superfícies;
- Realizar ações de educação em saúde com Comunidades Quilombolas para informar sobre sinais e sintomas da COVID-19, assim como informar seus sinais de gravidade e ações que devem ser tomadas, caso estes sinais e sintomas se manifestem;
- Garantir a efetividade da educação em saúde através do uso de linguagem acessível e outras ferramentas que eliminem possíveis barreiras linguísticas, culturais e de deficiência associada à comunicação de informações da COVID-19;
- Priorizar o uso de linguagem acessível, acerca das medidas preventivas e sinais de alarme, utilizando se necessárias demonstrações lúdicas, vídeos e outros instrumentos que garantam a efetividade da educação em saúde;
- Recomendar o isolamento domiciliar às pessoas que moram nas comunidades quilombolas, ao retornarem de lugares com casos confirmados de coronavírus, independente de apresentar sintomas gripais, ou seja, manter-se em casa com o mínimo de contato possível com as pessoas da família e/ou da comunidade por 14 dias. A doença pode demorar até 14 dias para aparecer os sintomas, porém,



mesmo assintomático, existe chance de proliferação do vírus através das gotículas salivares;

- Reforçar as medidas protetivas nas pessoas que possuem doenças como diabetes, hipertensão (pressão alta), Doença Falciforme, doenças prevalentes na População Negra, e problemas respiratórios (asma, por exemplo), pois são consideradas grupos de risco e precisam de cuidado redobrado;
- No caso de identificação de sinais e sintomas de síndrome gripal, o profissional deverá proceder ao manejo conforme fluxo assistencial de casos suspeitos de coronavírus, bem como encaminhar clinicamente o paciente, conforme a gravidade de cada situação.

Em caso de necessidade de transporte do usuário com quadro de síndrome gripal (indivíduo que apresente febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta ou dificuldade respiratória e, pelo menos, um dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia, na ausência de outro diagnóstico específico) até a unidade de saúde com a utilização do carro próprio, ter os seguintes cuidados:

- Todas as pessoas que estiverem envolvidas no transporte deverão utilizar os EPI (máscara cirúrgica, avental, protetor de face ou óculos, luvas) durante todo o deslocamento até chegar à unidade de referência;
- Realizar higiene de mãos, respeitando os cinco momentos de higienização;
- Todos devem estar de máscaras cirúrgicas e serem orientados quanto à importância da higienização das mãos;
- Garantir a ventilação do veículo, mantendo-se as janelas abertas, para aumentar a troca de ar durante o transporte, devendo-se distanciar entre os passageiros transportados, ainda que isso implique na redução de passageiros por deslocamento;
- Desinfetar (pode ser com álcool a 70% ou hipoclorito de sódio) todas as superfícies internas do veículo após a realização do transporte, seguindo o procedimento operacional padrão definido para a atividade de limpeza e desinfecção do veículo e seus equipamentos.



11 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICS) NA ASSISTÊNCIA AO COMBATE DO COVID-19

- Neste momento de pandemia, muitas pessoas experimentam sensações novas e muitas vezes indesejáveis por medo do desconhecido, preocupações consigo mesmo e com aqueles que amam, além de outros sentimentos que surgem da adaptação a nova rotina. Tudo isso pode comprometer o estado geral de saúde dos indivíduos;
- Diante disso, recomenda-se a divulgação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na assistência combate da COVID-19;
- Os benefícios das PICS estão relacionados com a redução da dor, melhora da qualidade do sono, diminuição da tensão muscular, melhora na imunidade e redução do estresse. Na esfera psíquica, há uma importante redução da ansiedade e melhora de quadros depressivos;
- Em Pernambuco 169 municípios já utilizam PICS nos tratamentos de pacientes do SUS. Medicina tradicional chinesa, terapia comunitária, dança circular/biodança, yoga, massagem, auriculoterapia, massoterapia, arteterapia, meditação, musicoterapia, acupuntura, tratamento termal, tratamento naturopático, e reiki estão entre as práticas oferecidas;
- Apesar de algumas dessas práticas, por serem coletivas, estarem suspensas, isso não impossibilita a utilização de outras muito úteis para o processo de autocuidado, como por exemplo, a meditação, dança, o yoga e a musicoterapia;
- Os municípios que possuem estabelecimentos de saúde e profissionais habilitados podem oferecer as práticas através de aplicativos, vídeos, *podcasts*(áudios), entre outros meios. Estas devem ser feitas utilizando orientações simples para que todos possam realizá-las nos seus lares;
- As PICS também podem ser utilizadas como auxiliar no tratamento a pacientes acometidos pelo novo Coronavírus. Em um contexto que ainda não há medicação para a cura, as práticas integrativas apresentam-se como uma alternativa que tem bons resultados na melhora do quadro clínico.



12 ORGANIZAÇÃO DA APS NO ÂMBITO PRISIONAL PARA O ENFRENTAMENTO À COVID-19

Diante da pandemia da COVID-19, a Superintendência de Atenção Primária (SAP), através da Coordenação Estadual de Atenção à Saúde (CEASP), estabeleceu estratégias de enfrentamento ao novo coronavírus pelas Equipes de Atenção Primária Prisional (EAPP), periodicamente revisada conforme novas evidências e cenário epidemiológico.

Recomendações sobre o funcionamento da unidade de saúde e processo de trabalho da EAPP:

- As unidades de saúde prisional deverão adequar seu horário de funcionamento, na perspectiva de garantir a detecção precoce e o acompanhamento das pessoas com sintomas de síndrome gripal;
- A EAPP deve reorganizar previamente o fluxo de entrada e circulação de pessoas na unidade de saúde, a fim de minimizar as aglomerações e contato entre as pessoas com sintomas de síndrome gripal;
- Organizar os atendimentos programados, mantendo as atividades de rotina, com priorização das Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) integrantes do grupo de risco para COVID-19, com adoção das medidas de prevenção e controle, em conformidade com normas técnicas específicas;
- As PPL integrantes do grupo de risco para COVID-19, devem receber avaliação e quando necessário, a EAPP deverá elaborar laudo clínico, conforme normatização dos Ministérios da Saúde e Justiça;
- Quanto aos atendimentos de demanda espontânea - organizar a agenda de modo a disponibilizar um número maior para esta modalidade de atendimento, tendo em vista o aumento da demanda que ocorrerá;
- Sempre que uma PPL chegar a unidade de saúde, deve-se perguntar sobre sintomas de síndrome gripal e fazer as orientações gerais de prevenção e controle, orientando as PPL a comunicar a ocorrência destes sintomas de forma imediata;



- A EAPP deve estabelecer uma sala/consultório/local de atendimento, ventilado, preferencialmente com janelas, evitando uso do ar condicionado, para atendimento dos casos com sintomas síndrome gripal. Esta sala deverá possuir uma rotina de limpeza intensificada após cada atendimento, conforme normas técnicas específicas;
- Definir escala diária de profissionais para acolhimento/triagem das PPL com sintomas de síndrome gripal;
- Na identificação de casos de PPL com sintomas de síndrome gripal, a PPL deverá receber máscara cirúrgica imediatamente e ser conduzido a sala/consultório/local de atendimento, previamente definido, e o profissional destacado priorizará seu atendimento;
- No caso da sala de espera, dos grupos operativos e outros espaços de atendimento coletivo, estes devem ser suspensos temporariamente;
- A EAPP deverá estabelecer, conforme as diretrizes contidas neste documento, junto à gestão da unidade prisional (UP), o fluxo de entrada e saída das PPL, de modo a implantar rotina de acolhimento/triagem de todas as PPL que adentrem na UP, inclusive prevendo isolamento de controle até avaliação da EAPP;
- Os profissionais integrantes da EAPP devem estabelecer rotina de busca ativa de PPL que apresentem sinais e sintomas gripais, além de estimular a demanda espontânea sobre queixas relativas a sinais e sintomas de síndrome gripal ou COVID-19.
- As PPL com sintomas de síndrome gripal devem ser isoladas em cela individuais. Caso não seja possível devido às questões estruturais da unidade prisional, deve-se recorrer ao isolamento por coorte – pessoas com sintomas semelhantes são colocadas no mesmo espaço – aplicado para pacientes com os mesmos sintomas e sinais. No isolamento por coorte, pode-se utilizar cortinas e/ou marcações no chão para a delimitação de distância mínima de dois metros entre os pacientes.
- O espaço de isolamento destinado aos casos em investigação deve ser diferente do espaço de isolamento para os casos confirmados para a infecção pelo coronavírus. Estes locais devem conter porta fechada, a melhor ventilação possível e possibilitar às PPL a higienização constante das mãos com água



corrente e sabonete líquido. As áreas de isolamento devem ser frequentemente higienizadas.

13 CUIDADOS DE BIOSSEGURANÇA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA APS

Neste momento, é imprescindível o uso adequado dos Equipamentos de proteção individual (EPI), assim como o cumprimento das medidas preventivas por todos os profissionais da equipe de Atenção Primária. Portanto, é necessário atentar para as seguintes medidas essenciais para proteção à infecção durante a rotina do trabalho:

13.1 Orientações gerais de segurança e o Uso de EPI

- Utilizar calçado fechado durante o expediente de trabalho;
- Retirar os adornos (anéis, alianças, pulseiras, relógios, colares, brincos, etc.);
- Não manter barba e bigode, pois podem reter as gotículas, potencializar o risco de contaminação, além de reduzirem a eficácia das máscaras de proteção;
- Usar luvas em caso de risco de contato com sangue, secreções ou excreções em membranas ou mucosas. Calce-as imediatamente antes do contato com o paciente e retire-as logo após o uso, higienizando as mãos em seguida;
- Usar óculos quando houver risco de respingos de sangue, secreções ou excreções na mucosa dos olhos (desinfetar após o uso);
- Utilizar avental descartável quando houver risco de contato de sangue, secreções ou excreções nas roupas e superfícies corporais;
- Utilizar roupa exclusiva na jornada de trabalho na UBS, ou seja, usar um jaleco por dia e evitar sair à rua com jaleco utilizado no período assistencial;
- Orientar que a roupa utilizada pelo profissional de saúde seja lavada separadamente das demais roupas da casa;
- Não reutilizar máscara cirúrgica e realizar descarte sempre que tiver suja ou úmida;



- Equipamentos de uso compartilhado entre os profissionais (por exemplo, estetoscópios, aparelho para aferição de pressão arterial e termômetros) devem ser limpos e desinfetados com álcool a 70% antes e após o uso;
- Eliminar ou restringir o uso de itens compartilhados por pacientes, como canetas, pranchetas e telefones;
- Realizar a limpeza e desinfecção das superfícies do consultório e de outros ambientes utilizados pelo paciente;
- Descartar adequadamente os resíduos, segundo o regulamento técnico para gerenciamento de resíduos de serviços de saúde da Anvisa;
- Os profissionais da APS em situação de risco (idosos e pessoas de todas as idades com doenças crônicas descompensadas e/ou comprometimento do sistema imunológico) devem atuar preferencialmente em linhas telefônicas de apoio e orientação à população;
- Não é necessário trocar a paramentação a cada triagem. Esta deve ser substituída quando o profissional sair da sala;
- Após a saída do paciente da sala de triagem deverá ser realizada limpeza concorrente com álcool 70% nos mobiliários e equipamentos utilizados para atendimento. Na presença de fluídos corporais utilizar quaternário de amônia e aguardar a secagem espontânea. A próxima paciente só poderá ser chamada após a limpeza concorrente;
- A cada atendimento (caso seja preciso utilizar a luva) retirar as luvas, higienizar as mãos e calçar novas luvas. Se não houver contato com o paciente, não é necessário trocar o avental;
- Não é necessário manter a paramentação durante todo o turno;
- Óculos de proteção: fazer a desinfecção a cada retirada. Máscara cirúrgica: trocar se saturada.

13.2 Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem:

- Seguir as instruções de biossegurança: limpeza e desinfecção da sala antes e após o atendimento e dos instrumentais utilizados com álcool 70% ou hipoclorito de sódio 5%; uso de máscara, avental, óculos, luvas; a retirada dos EPI deve ser



dentro da técnica asséptica*; desprezar os materiais descartáveis no lixo infectante;

- Usar máscara cirúrgica para o atendimento ao usuário com sintoma respiratório. A máscara N95/PFF2 somente está indicada nos procedimentos que podem gerar aerossóis (como coleta de swab nasal, nebulização, broncoscopia, aspiração de paciente intubado, entre outros);
- Higienizar as mãos com água e sabonete líquido ou álcool em gel 70%, seguindo os 5 momentos (1. Antes do contato com o paciente, 2. antes da realização de procedimento; 3. após risco de exposição a fluidos biológicos; 4. após contato com o paciente e; 5. após contato com objetos tocados pelo paciente);
- Solicitar ao profissional de higienização a troca do lixo contaminado quando atingir dois terços da capacidade de armazenamento do saco de lixo infectante ou ao final do período de trabalho.

***Recomendação para retirada de EPI:** retirar a máscara puxando pelo elástico ou tiras, cuidando para que não haja o contato com a superfície externa, da mesma forma com as luvas, aventais.

13.3 Administrativo/ Recepção

- Utilizar máscara cirúrgica ou de pano duplo e manter distanciamento social de pelo menos 1,5 metro dos usuários;
- Higienizar, frequentemente, as mãos com água e sabonete líquido, seguindo os 5 momentos (descritos no item 13.2);
- Realizar limpeza frequente do balcão.

13.4 Agentes Comunitários de Saúde – ACS

- Utilizar máscara cirúrgica ou de pano duplo e manter distanciamento social de pelo menos 1,5 metro, durante a recepção dos usuários na unidade (caso esteja na escala do acolhimento).



- Higienizar frequentemente as mãos com água e sabonete líquido ou álcool em gel 70%, seguindo os 5 momentos (descritos no item 13.2).
- Ao realizar as visitas domiciliares, recomenda-se que a visita ocorra em região peridomiciliar (ambientes externos a casa).

13.5 Dentistas/Auxiliares de Saúde Bucal/Técnicos de Higiene Bucal

- Manter rotinas de biossegurança padrão com a particularidade de uso das máscaras N95/PPF2;
- Higienizar as mãos com água e sabonete líquido ou álcool em gel 70%, seguindo os 5 momentos (descritos no item 13.2);
- Restringir a exposição de insumos e equipamentos periféricos mantendo-os protegidos em recipientes plásticos com tampa, sendo retirados apenas para o uso;
- Adotar o uso de barreiras com sacos plásticos, preferencialmente ao filme de PVC;
- Garantir a limpeza correta e frequente, com varrição úmida e utilização de água e sabão/detergente neutro, e a desinfecção (hipoclorito de sódio, álcool líquido a 70% ou outro desinfetante padronizado pelo serviço, regularizado junto à Anvisa).

13.6 Farmacêutico e equipe da farmácia

- Utilizar máscara cirúrgica ou de pano duplo e manter distanciamento de pelo menos 1,5 metro dos usuários que solicitam medicamentos no balcão da farmácia;
- Higienizar frequentemente as mãos com água e sabonete líquido, seguindo os 5 momentos (descritos no item 13.2) e realizar a limpeza frequente do balcão.

É importante que a máscara esteja apropriadamente ajustada à face para garantir sua eficácia e reduzir o risco de transmissão. Todos os profissionais devem ser



orientados sobre como usar, remover e descartar as máscaras e sobre a adequada higiene das mãos antes e após o seu uso.

QUADRO 1 - Recomendações de equipamentos de proteção individual (EPI), segundo a atividade desempenhada

FUNÇÃO	ATIVIDADE	EPI NECESSÁRIO
Prestador de cuidado direto ao paciente (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, demais categorias)	Cuidado direto ao paciente	Máscara cirúrgica, avental impermeável de mangas longas, luvas, precaução ocular
Prestador de cuidado direto ao paciente (médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, demais categorias)	Realização de procedimento gerador de aerossol	Máscara N 95, avental impermeável de mangas longas, luvas, precaução ocular
Profissional de higienização ambiental	Entra no quarto paciente com Covid-19	Máscara cirúrgica, avental impermeável de mangas longas, luvas, precaução ocular, sapato fechado (impermeável)
Profissional do laboratório	Manipula amostras respiratórias	Máscara cirúrgica, avental impermeável de mangas longas, luvas, precaução ocular

14 TESTAGEM DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Todos os profissionais da Atenção Básica que atenderam pacientes suspeitos ou confirmados da COVID-19 e/ou estão realizando coleta de swab, independentemente do local de trabalho devem ser considerados casos suspeitos, **se apresentarem sintomas respiratórios**. Os casos serão confirmados de acordo com os critérios:

Por critério laboratorial

- **Biologia molecular (RT-PCR em tempo real, detecção do vírus SARS-CoV-2):** resultado detectável para o SARS-Cov-2 em amostra coletada, preferencialmente, até o sétimo dia de início dos sintomas (podendo ter sido coletada até o décimo dia, quando a pessoa



ainda estiver sintomática), processada em laboratório público ou privado. No caso de laboratório privado o laudo precisa ser validado pelo laboratório de referência (LACEN-PE).

OU

- **Imunológico (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos):** resultado positivo para anticorpos IgM e/ou IgG, em amostra coletada após o sétimo dia de início dos sintomas E após 72 horas do desaparecimento dos sintomas.

Por critério clínico-epidemiológico

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

- A notificação de profissionais de saúde em atividade com sintomas respiratórios, bem como a notificação de seus contatos domiciliares sintomáticos respiratórios, que **NÃO** atenderem à definição de caso para SRAG (Nota técnica 16/2020 – Sevs - SES), deverá ser realizada no sistema e-SUS VE através do endereço <https://notifica.saude.gov.br>. É obrigatório registrar os dados de todos os profissionais, inclusive os resultados dos exames;
- Em caso de profissional de saúde sintomático que não se enquadre na definição de SRAG e esteja, preferencialmente, até o sétimo dia do início dos sintomas (podendo ser até o décimo dia, se o profissional ainda estiver sintomático), deve ser realizada coleta de secreção da nasofaringe e orofaringe, utilizando 2 swabs: um para a coleta da secreção de ambas as narinas e o outro para a coleta da orofaringe, acondicionados no mesmo meio de transporte viral. A amostra deve ser encaminhada para o LACEN-PE, com o cadastro no GAL E acompanhada da ficha de notificação do e-SUS VE;
- O profissional de saúde sintomático deve informar à chefia imediata sobre o início dos sintomas. O local prioritário para que o profissional de saúde sintomático realize sua coleta de swab é o serviço de saúde no qual trabalha. Caso não seja possível, a chefia imediata deve entrar em contato com a Vigilância em Saúde/Cievs do município no qual se localiza, que orientará como proceder;



- Os profissionais de saúde sintomáticos devem ficar em isolamento domiciliar até o resultado do exame. Caso o resultado seja negativo para COVID-19, retornar ao trabalho, de imediato. Se o resultado for positivo para COVID-19, o mesmo deverá permanecer em isolamento domiciliar durante 14 dias, contados a partir do início dos sintomas;
- O teste rápido sorológico deve ser realizado em todos os profissionais de saúde considerados suspeitos, segundo o primeiro item deste tópico. O teste deverá ser realizado com no mínimo 7 dias completos desde o início dos sintomas respiratórios e no mínimo 72 horas após o desaparecimento dos sintomas;
- O local prioritário para que o profissional de saúde realize o teste rápido sorológico é o serviço de saúde no qual trabalha, bem como o teste rápido do seu contato domiciliar. Caso não seja possível, o serviço deve entrar em contato com a Vigilância em Saúde/Cievs do município no qual se localiza, que orientará como proceder;
- Caso o profissional de saúde em atividade – ou seu contato domiciliar - apresente resultado positivo no teste rápido sorológico, o mesmo cumprirá o período total de 14 dias em isolamento, contados a partir do início dos sintomas;
- Caso o profissional de saúde ou de segurança pública em atividade apresente resultado negativo no teste rápido sorológico, o mesmo estará apto a retornar imediatamente ao trabalho, utilizando máscara cirúrgica até que se complete 14 dias de início dos sintomas. A mesma recomendação vale para o contato domiciliar de um profissional de saúde ou de segurança pública.

15 QUANTO À QUALIFICAÇÃO DOS TRABALHADORES

Fica suspenso o treinamento de equipes multiprofissionais de saúde, ainda que em pequenos grupos, sugerindo-se a qualificação por meio de cursos à distância ou webconferências ministrados pela SES-PE, Universidades, etc., para que essas equipes qualifiquem suas ações no repasse das informações verdadeiras e científicas para a população e bem realizar a identificação, triagem, manuseio clínico e notificação dos casos.



16 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES

Monitorar diariamente o uso e efetividade de ações preventivas de acordo com atualizações disponibilizadas sobre o perfil de disseminação através do “Informe Epidemiológico Coronavírus (COVID-19) da SES-PE”, que é publicado na página da internet <http://portal.saude.pe.gov.br/boletim-epidemiologico-COVID-19>. Utilizar na avaliação da evolução da pandemia e divulgar essas informações para os trabalhadores da saúde e população.

17 RECOMENDAÇÕES PARA A RETOMADA DOS SERVIÇOS

Iniciamos o processo de reabertura dos estabelecimentos de saúde de forma gradativa, onde faz-se necessário o aprendizado no convívio com a COVID-19. A reorganização neste momento de retomada deve ser bastante cautelosa, pois mesmo com a abertura plena dos estabelecimentos de saúde os cuidados devem permanecer, bem como o seguimento das orientações das entidades públicas sanitárias no tocante às regras que ainda devem vir ao longo desse período.

Precisamos acompanhar algumas diretrizes para nortear o retorno das atividades de saúde, as quais devem estar associadas a um plano epidemiológico amplo, apoiado em estudos estatísticos, sanitários, de comportamento e prevenção da doença.

É importante ressaltar que a pandemia não modifica a história natural das outras patologias não relacionadas ao novo coronavírus. No enfrentamento da COVID-19 outras doenças estão sendo colocadas em segundo plano, como por exemplo as doenças crônicas, onde alguns pacientes têm seu quadro clínico agudizado resultando em um aumento da taxa de morbimortalidade.

Sabe-se que cada região apresenta características peculiares próprias, o que reforça o conceito de que cada município deve, de forma emergencial: criar, apresentar e divulgar de forma explícita, o seu plano de combate à COVID-19 e de retomada dos serviços.

Para um retorno seguro são necessários referenciais epidemiológicos de controle visando a segurança na flexibilização da abertura, bem como a possibilidade de



progressão ou retorno a estágios anteriores. O estabelecimento de saúde deve oferecer aos seus pacientes e acompanhantes o máximo de segurança possível, diante disso os serviços retornarão em tempos diferentes em cada região de saúde de Pernambuco.

Orientamos aos usuários a comparecer aos estabelecimentos de saúde desacompanhados, excetuando os necessários previstos por lei como crianças, idosos, portadores de necessidade especiais e pacientes com baixa capacidade de locomoção, devendo esse número ser restrito a um acompanhante. Nos casos da existência de acompanhantes que não se enquadram nos critérios de necessidade, mas por motivos de mobilidade ou outros de aspectos pessoais, orientamos que os mesmos permaneçam em um local fora do estabelecimento de saúde ou, em casos existências de estacionamento, no interior dos seus carros.

Todos os usuários e acompanhantes devem utilizar máscaras, mesmo que artesanal. Os serviços devem ser ofertados de preferência por agendamento com intervalos de usuário para outro de aproximadamente 1 hora, possibilitando assim a higienização do ambiente entre os atendimentos, bem como evitar aglomerações. Em casos da demanda espontânea, que por ventura gerar fila, esta deve seguir o distanciamento de pelo menos 1,5 metro. No tocante ao distanciamento em recepções, recomendamos a disposição de pelo menos 1,5 metro entre assentos para usuários.

As marcações de consultas devem ser feitas prioritariamente através de meios não presenciais: telefone, internet ou aplicativos. Na impossibilidade, as mesmas podem ser realizadas por visita domiciliar do ACS através de busca ativa dos grupos prioritários ou em ambientes distintos da unidade de saúde, guardando as referências contidas no fluxo de pessoas e de distanciamento em recepções.

17.1 Retomada dos serviços da equipe de saúde na Atenção Básica

- Usar máscara cirúrgica durante todo o tempo de permanência dentro do serviço de saúde, mesmo quando estiverem em áreas sem usuários conforme NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA No 07/2020;
- Retomar as consultas de enfermagem, odontológicas e médicas com a garantia de agendamento por horário com no mínimo de 40 min de intervalo;



- Atendimentos em grupos continuam suspensos, as orientações passam a ser individuais no decorrer da consulta;
- Retomar as coletas de exames laboratoriais, estabelecendo agendamento por horário considerando a prioridade na necessidade;
- Prosseguir com as coletas de exames citopatológicos, com agendamento por horário considerando a faixa etária mais vulnerável;
- Reaver os atendimentos de puericultura, realizando agendamento prévio com marcação de horário considerando inicialmente atendimentos aquelas crianças com maior fator de risco;
- Permanecer com o agendamento de consulta de pré-natal por horário marcado, evitando aglomeração de pessoas;
- Realizar visitas domiciliares com a garantia de todos os EPI`s necessários, seguindo as normas propostas pela ANVISA em vigência mantendo ainda o modo peridomiciliar;
- Realizar os curativos de rotina com a garantia de segurança para o profissional e paciente;
- Retomar as atividades de monitoramento de níveis pressóricos e glicêmicos de acordo com as consultas agendadas;
- Disponibilizar profissionais em número adequado para atividade de vacina e organizar o fluxo de forma a evitar aglomeração de pessoas;
- Assegurar plano de contingência e protocolos de atendimento visando o distanciamento social;
- Realizar todas as medidas necessárias para redução de transmissibilidade do coronavírus, evitando aglomerações e garantindo a segurança dos profissionais e usuários, observando o contido na NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 07/2020, em específico o item “4”: Retorno às atividades laborais e restrições de trabalho.



REFERÊNCIAS

1. ANVISA. NOTA TÉCNICA Nº 07/2020. Orientações para a prevenção da transmissão de COVID-19 dentro dos serviços de saúde (complementar à Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020).
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa Nº 8/2020-CGARB/DEIDT/SVS/MS. Recomendações aos Agentes de Combate a Endemias (ACE) para adequação das ações de vigilância e controle de zoonoses frente à atual situação epidemiológica referente ao Coronavírus (COVID-19), 26 de março de 2020.
3. CONASEMS. CONASS. Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde. Brasília, 2020.
4. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO. Plano de retomada das ações de enfermagem. Junho de 2020.
5. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Plano de Retorno dos Serviços de Saúde. Junho de 2020.
6. CONSELHO REGIONAL DE ONDONTOLOGIA DE PERNAMBUCO. RESOLUÇÃO Nº 03/2020. Cuidados dos Serviços Odontológicos diante do retorno aos atendimentos eletivos.
7. MARTINS, D. Uma abordagem às Práticas Integrativas e Complementares associadas aos tratamentos especializados em comorbidades crônicas, na Estratégia de Saúde da Família. 16p. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.
8. NOTA INFORMATIVA COE-RS/SES-RS, 22 de abril de 2020.
9. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL. NOTA TÉCNICA Nº 01/2020. Atualização da estratégia assistencial e de vigilância na epidemia COVID-19.
10. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. INFORME TÉCNICO nº 04/2020.
11. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. Nota Técnica GASAM 006/2020, 19 de março de 2020.
12. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. Nota Técnica. População de Situação de Rua, 2 de abril de 2020.



13. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. Nota Técnica. Orientações para o enfrentamento do coronavírus nas Comunidades Quilombolas, 27 de abril de 2020.
14. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. PORTARIA Nº 208/2020. Dispõe sobre o funcionamento e as recomendações para atividades no segmento SAÚDE - Rede Assistencial Pública e Privada (Consultórios, Clínicas, Laboratórios e Hospitais) durante a pandemia do COVID-19, a partir de 10 de junho de 2020, 09 de junho de 2020.
15. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. NOTA TÉCNICA Nº 16/2020. Vigilância Epidemiológica e laboratorial na epidemia da COVID-19 (Ampliação da testagem), 19 de junho de 2020.



Versão 1.0, de 06 de Julho de 2020



NOVO CORONAVÍRUS

COVID-19

Protocolo de atendimento na atenção primária no período de
pandemia covid-19 no estado de Pernambuco

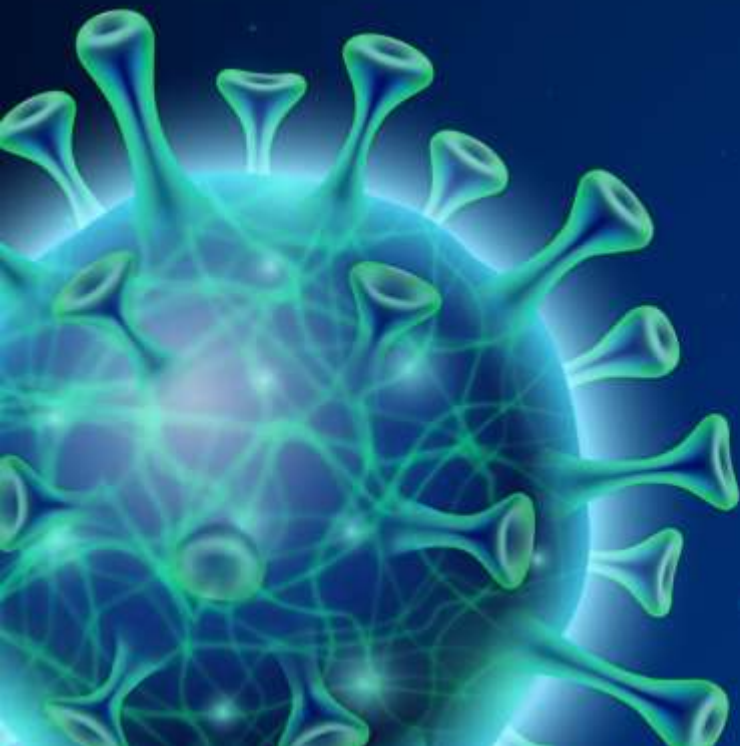
OUVIDORIA DE SAÚDE
0800 286 28 28
portal.saude.pe.gov.br



Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO
MAIS TRABALHO, MAIS FUTURO.



MINISTÉRIO DA SAÚDE



CORONAVÍRUS
COVID-19

GUIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

**EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA
NACIONAL PELA DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019**

COVID-19

Versão 3
15 de março de 2021

Documento Assinado Digitalmente por: BRUNA RAFAELA DORNELAS DE ANDRADE LIMA MONTEIRO
Acesse em: <https://ctce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: a2df1ae13-7a5b-4c4b-8391-930c428d3d9a

Brasília DF 2021





GUIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA
NACIONAL PELA DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019

COVID-19





2021 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br/bvs.

Tiragem: 1ª edição – 2021 – versão eletrônica preliminar

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Via W 4 Norte, Asa Norte, Setor de Rádio e Televisão Norte, PO 700, 7º andar
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Site: www.saude.gov.br
E-mail: svs@saude.gov.br

Editores científicos dessa edição:

Greice Madeleine Ikeda do Carmo
Jaqueline de Araujo Schwartz
Marcela Santos Correia da Costa
Walquiria Aparecida Ferreira de Almeida
Miriam Teresinha Furlam Prando Livorati
Gabriela Andrade Pereira

Colaboração:

Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS):
Arnaldo Correia de Medeiros.

Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DEIDT/SVS):

Laurício Monteiro Cruz; Marcelo Yoshito Wada.

Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI/DEIDT/SVS):

Francieli Fontana Sutile Tardetti
Fantinato, Adriana Regina Farias P.
Lucena, Greice Madeleine Ikeda do Carmo, Aline Kelen Vesely Reis, Caroline Gava, Daiana Araújo da Silva, Felipe Cotrim de Carvalho, Jaqueline de Araujo Schwartz, Luiz Henrique Arroyo, Marcela Santos Correia da Costa, Matheus Almeida Maroneze, Nârnada Divina Fontenele Garcia, Sirlene de Fátima Pereira, Víctor Bertollo Gomes Porto, Walquiria Aparecida Ferreira de Almeida, Wanderley Mendes Júnior.

Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública (DSASTE/SVS):

Daniela Buosi Rohlfs.

Coordenação-Geral de Emergências em Saúde Pública (CGEMSP/DSASTE/SVS):

Janaina Sallas, Fernanda Santos Bordalo, Camile de Moraes, Dalva Maria de Assis, Danielle Cristine Castanha da Silva, Flávia Caselli Pacheco Guilherme Almeida Elídio, Lillian Nobre de Moura

Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde (DAEVS/SVS):

Breno Leite Soares.

Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB/DAEVS/SVS):

Eduardo Regis Filizzola, Carla Freitas, Miriam Teresinha Furlam Prando Livorati,

Gabriela Andrade Pereira, Leonardo Hermes Dutra, Roberta Paim Guimarães, Vagner de Souza Fonseca, Ronaldo de Jesus, Mayrla da Silva Moniz, Isabella Luiza Passetto, Tainah Pedreira Thomaz Maya, Renata Tigulini de Souza Peral, Layssa Miranda de Oliveira Portela e Daniel Ferreira de Lima Neto.

Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DASNT):

Luciana de Almeida Costa.

Coordenação-Geral de Análises Epidemiológicas (CGAE/DASNT/SVS):

Giovanny Vinícius Araújo de França, Andrea de Paula Lobo, Elaine Dias de Oliveira Rincon, Fernanda Carolina de Medeiros, Marli Flores da Cunha, Marli Souza Rocha, Yluska Mirna Meneses Brandão e Mendes.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa):

Marcelo Felga de Carvalho, Mateus Rodrigues Cerqueira, Viviane Vilela Marques Barreiros, Camila da Silva Borges Lacerda de Oliveira, Olavo Ossamu Inoue, Rodolfo Navarro Nunes.

Nacional Influenza Center (NIC):

Marilda Agudo Mendonça Teixeira de Siqueira e Fernando Couto Motta – Fiocruz/RJ, Terezinha Maria de Paiva – IAL/SP, Mirleide Cordeiro dos Santos – IEC/SVS/MS.

Organização Pan-Americana de Saúde (Opas):

Maria Almiron, Rodrigo Fabiano de Carmo Saíd, Rodrigo Lins Frutuoso.

Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina:

Fábio Gaudenzi de Faria.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass):

Nereu Henrique Mansano, Fernando Campos Avendanho.

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems):

Alessandro Aldrin Pinheiro Chagas, André Ricardo Ribas Freitas.

Centro de Operações de Emergência (COE):

Nivaldo Moura Filho (SE), Addressa Bolzan Degout (SE), Marcelo Haas Villas-Bôas (Sesai), Etna de Jesus Leal (SVS), Evandro Medeiros Costa (SCTIE), Priscilla Azevedo

Souza (SCTIE), Fernanda Luiza Hamze (SAES), Samara Loyane Cardeal Ferreira (SAPS), Francy Webster de Andrade Pereira (SAPS), Henrique Coelho Guimarães (SGTES), Laila Caetano Mendes (SE), Lígia Oliveira Almeida Mendes (SCTIE), Luana Gonçalves Gehres (SE), Lucas Santos Ávila (SVS), Mariana de Carvalho e Vasconcelos (SCTIE), Pâmela Moreira Costa Diana (SAES), Paulo da Fonseca Valença Neto (SE), Víctor de Faria Pimenta (SE), Anízio César da Silva (SE).

Profissionais que contribuíram com as versões anteriores deste guia:

Adaauto Martins Soares Filho, Amanda de Sousa Delacio, Ana Julia Silva e Alves, André Luiz de Abreu, Augusto César Cardoso dos Santos, Cibelle Mendes Cabral, Deise Aparecida dos Santos, Eduardo Marques Macário, Elizabeth David dos Santos, Fernanda Bruzadelli Paulino da Costa, Fernanda Carvalho de Menezes Jader Percio, Joana Martins de Sena, João Matheus Bremm, Juliane Maria Alves Siqueira Malta, Julio Croda, Karla Freire Baêta, Líbia Roberta de Oliveira Souza, Marcus Vinícius Quito, Priscila Bochi de Souza, Rafaela Gomes Andrade, Rafael Buralli, Raquel Barbosa de Lima, Renato Alves, Ronaldo Fernandes Santos Alves, Sônia Maria Feitosa Brito, Tania Portella Costa, Thaís Baraviera Dutra, Valdelaine Etelvina Miranda de Araujo, Wanderson Kleber de Oliveira.

Revisão:

Samantha Resende – Necom/GAB/SVS/MS

Diagramação:

Ademildo Coelho Mendes – Necom/GAB/SVS/MS

Os quadros, figuras e tabelas constantes na obra, quando não indicados por fontes externas, são de autoria dos próprios colaboradores.

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis.

Guia de vigilância epidemiológica Emergência de saúde pública de Importância nacional pela Doença pelo coronavírus 2019 – covid-19 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

86 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/>

ISBN

1. Vigilância Epidemiológica. 2. Epidemiologia. 3. Covid-19 I. Título.

CDU 614-

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2021/0

Título para indexação:

Epidemiological Surveillance Guidance: Public Health Emergency of National Concern due to Coronavirus Disease 2019 – Covid-19.



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 6

CARACTERÍSTICAS GERAIS SOBRE A DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19) 7

DESCRIÇÃO 7

AGENTE ETIOLÓGICO 7

RESERVATÓRIO 7

MODO DE TRANSMISSÃO 7

PERÍODO DE INCUBAÇÃO 8

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE 8

SUSCETIBILIDADE E IMUNIDADE 9

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS 9

COMPLICAÇÕES 10

DIAGNÓSTICO 10

DIAGNÓSTICO CLÍNICO 10

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL 11

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM 11

ATENDIMENTO E TRATAMENTO 12

FATORES DE RISCO 12

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 13

VIGILÂNCIA SENTINELA DE SÍNDROME GRIPAL (SG) 13

VIGILÂNCIA DE SÍNDROME GRIPAL (SG) PARA CASOS SUSPEITOS DE COVID-19 NOS DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE 14

VIGILÂNCIA DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) 14

CÓDIGOS INTERNACIONAIS DE DOENÇAS (CID-10) PARA A COVID-19 14

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS 15

CASOS SUSPEITOS 15

CASOS CONFIRMADOS DA COVID-19 16

NOTIFICAÇÃO E REGISTRO 18

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE 22

VACINAS CONTRA COVID-19 22

DISTANCIAMENTO SOCIAL 23

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS 23

ETIQUETA RESPIRATÓRIA 24

USO DE MÁSCARAS 24



USO DE MÁSCARAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE	25
USO DE MÁSCARAS NA POPULAÇÃO EM GERAL	25
INVESTIGAÇÃO DE CASOS DE COVID-19 E ISOLAMENTO	26
INVESTIGAÇÃO DE CASOS DE COVID-19	26
ORIENTAÇÕES PARA ISOLAMENTO DE CASOS DE COVID-19	26
RASTREAMENTO, ISOLAMENTO E MONITORAMENTO DE CONTATOS DE CASOS DE COVID-19	29
OBJETIVOS	30
DEFINIÇÃO DE CONTATO	30
CENÁRIOS	31
ESTRATÉGIAS DE RASTREAMENTO DE CONTATOS	32
ESTRATÉGIAS DE ISOLAMENTO E MONITORAMENTO DE CONTATOS	34
ENCERRAMENTO DO MONITORAMENTO DE CONTATOS	38
FORÇA DE TRABALHO	41
INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL DO CORONAVÍRUS	42
TIPOS DE TESTES LABORATORIAIS PARA VÍRUS RESPIRATÓRIOS	43
TESTE MOLECULAR: RT-PCR EM TEMPO REAL (RT-qPCR)	43
TESTE MOLECULAR: RT-LAMP	43
TESTE RÁPIDO IMUNOCROMATOGRÁFICO PARA PESQUISA DE ANTÍGENO VIRAL	44
TESTES IMUNOLÓGICOS: TESTE RÁPIDO OU SOROLOGIA CLÁSSICA PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS	44
ORIENTAÇÕES PARA COLETA DE MATERIAL PARA RT-qPCR	46
METODOLOGIA PARA COLETA DE SECREÇÃO EM NASOFARINGE E OROFARINGE	47
ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE DAS AMOSTRAS	53
PROCESSAMENTO DE AMOSTRAS POR RT-PCR EM TEMPO REAL (RT-qPCR)	53
SEQUENCIAMENTO VIRAL	56
VARIANTES DE SARS-COV-2 ENCONTRADAS NO BRASIL	57
BIOSSEGURANÇA LABORATORIAL PARA COVID-19	59
FLUXOS LABORATORIAIS	61
CENTROS NACIONAIS DE INFLUENZA – NIC	61
LABORATÓRIOS CENTRAIS DE SAÚDE PÚBLICA – LACEN	61
LABORATÓRIOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR	62
LABORATÓRIO PÚBLICO PARCEIRO	63



PLATAFORMAS DE ALTA TESTAGEM **64**

RESULTADOS LABORATORIAIS **65**

SISTEMA GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL – GAL **65**

NOTIFICAÇÃO DE RESULTADOS DE EXAMES LABORATORIAIS PARA A REDE NACIONAL DE DADOS PARA A SAÚDE (RNDS) **67**

REINFECÇÃO POR SARS-COV-2 68

DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DE REINFECÇÃO PELO VÍRUS SARS-CoV-2 **68**

DEFINIÇÃO DE CASO CONFIRMADO DE REINFECÇÃO PELO VÍRUS SARS-CoV-2 **69**

FLUXO DE NOTIFICAÇÃO **69**

FLUXO DE ENVIO DE AMOSTRAS AOS LABORATÓRIOS DE REFERÊNCIA **69**

SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA (SIM-P) TEMPORALMENTE ASSOCIADA A COVID-19 71

DESCRIÇÃO **71**

DEFINIÇÃO DE CASO DE SIM-P **71**

NOTIFICAÇÃO E REGISTRO **72**

ORIENTAÇÕES SOBRE O FLUXO DE ENVIO DE AMOSTRAS **73**

COLABORADORES 74

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES 76

ANEXOS 78

Anexo I – Ficha de notificação de caso de Síndrome Gripal no e-SUS Notifica **79**

Anexo II – Ficha de Registro Individual – Caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG-HOSPITALIZADO) no Sivep-GRIPE **81**

Anexo III – Ficha de Monitoramento de Contatos **83**

Anexo IV – Ficha de Notificação para Casos da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) Temporalmente Associada à covid-19 (formulário online <https://is.gd/simpcovid>) **84**



INTRODUÇÃO

Em 20 de março de 2020, foi declarada a transmissão comunitária da Doença pelo Coronavírus 2019 (covid-19) em todo o território nacional. Com isso, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) realizou a adaptação do Sistema de Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas, visando orientar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde para a circulação simultânea do novo coronavírus (SARS-CoV-2), influenza e outros vírus respiratórios, no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN (Portaria GM 188/2020).

O Sistema de Vigilância de Síndromes Respiratórias foi criado em 2000 para monitoramento da circulação dos vírus influenza no país, a partir de uma Rede de Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal (SG). Em 2009, com a pandemia pelo vírus influenza A (H1N1) pdm09 foi implantada a vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e, a partir disso, o MS vem fortalecendo a vigilância de vírus respiratórios.

Importante ressaltar que a vigilância dos vírus respiratórios de relevância em saúde pública possui uma característica dinâmica, devido ao potencial de alguns vírus respiratórios causar epidemias e/ou pandemias, motivo que justifica as constantes atualizações deste Guia de Vigilância Epidemiológica.

Assim, este documento visa garantir a atualização do sistema de vigilância da covid-19 devido ao atual cenário pandêmico no país.



CARACTERÍSTICAS GERAIS SOBRE A DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

DESCRIÇÃO

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

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 humanos¹.

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 definido o reservatório silvestre do SARS-CoV-2.

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 aerossol².

- 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, nariz ou boca), ou com objetos e superfícies contaminados (fômites)³.
- 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 da outra.
- A **transmissão por aerossol** é a transmissão da infecção por meio de gotículas respiratórias menores (aerossóis) contendo vírus e que podem permanecer suspensas no ar, serem levadas por distâncias maiores que 1 metro e por períodos mais longos (geralmente horas).

¹ Ren LL, Wang YM, Wu ZQ, et al. Identification of a novel coronavirus causing severe pneumonia in human: a descriptive study. *Chin Med J (Engl)*. 2020 May 5; 133(9): 1015-24.

² Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/more/scientific-brief-SARS-CoV-2.html>.

³ WHO. Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-SARS-CoV-2-implications-for-infection-prevention-precautions>. Acesso em: 24/7/2020.



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 gotículas menores contendo o SARS-CoV-2 suspensas no ar na comunidade são incomuns, entretanto pode ocorrer em circunstâncias especiais quando uma pessoa infectada produz gotículas respiratórias por um período prolongado (maior que 30 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 passaram por aquele espaço logo após a saída da pessoa infectada. Estas circunstâncias incluem:

- Espaços fechados dentro dos quais várias pessoas podem ter sido expostas a uma pessoa infectada ao mesmo tempo, ou logo após a saída da pessoa infectada deste espaço.
- Exposição prolongada a partículas respiratórias, muitas vezes geradas por esforço respiratório (gritar, cantar, fazer exercícios) que aumentam a concentração de gotículas respiratórias em suspensão.
- Ventilação ou tratamento de ar inadequados que permitiram o acúmulo de pequenas gotículas e partículas respiratórias em suspensão.

Alguns procedimentos médicos em vias aéreas também podem produzir aerossóis que são capazes de permanecer suspensas 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.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

O período de incubação é estimado entre 1 a 14 dias, com mediana de 5 a 6 dias⁴⁻⁵.

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. Estas pessoas estão infectadas e eliminando vírus, mas ainda não desenvolveram sintomas (transmissão pré-sintomática)⁶.

⁴Linton NM, Kobayashi T, Yang Y, et al. Incubation period and other epidemiological characteristics of 2019 novel coronavirus infections with right truncation: a statistical analysis of publicly available case data. J Clin Med. 2020; 9. [PMID: 32079150] doi: 10.3390/jcm9020538

⁵Lauer SA, Grantz KH, Bi Q et al. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. Ann Intern Med 2020 doi: 10.7326/M20-0504.

⁶ WHO. Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions>. Acesso em: 24/7/2020.



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 ou sintomáticas⁷. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), indivíduos assintomáticos têm muito menos probabilidade de transmitir o vírus do que aqueles que desenvolvem sintomas⁸.

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 irá gerar imunidade contra novas infecções e se essa imunidade pode durar por toda a vida. Evidências atuais sugerem que a possibilidade de reinfeção pelo vírus SARS-CoV-2. Entretanto, reinfeções são incomuns no período de 90 dias após a primo-infecção.

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 taquipneia (maior ou igual a 70 rpm para menores de 1 ano e maior ou igual a 50 rpm para crianças maiores que 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.

⁷Furukawa NW, Brooks JT, Sobel J. Evidence supporting transmission of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 while presymptomatic or asymptomatic. *Emerg Infect Dis.* 2020 jul. <https://doi.org/10.3201/eid2607.201595>

⁸World Health Organization. Advice on the use of masks in the context of Covid-19: Interim guidance. 5 June 2020. Disponível em: [https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak). Acesso em: 24/7/2020.



- **Caso crítico:** os principais sintomas são sepse, síndrome do desconforto respiratório agudo, 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.

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 intensivos⁹.

A covid-19 pode estar frequentemente associada a manifestações mentais e neurológicas¹⁰, incluindo delírio ou encefalopatia, agitação, acidente vascular cerebral, meningoencefalite, olfato ou paladar prejudicados¹¹, ansiedade, depressão e distúrbios de sono. Em muitos casos, manifestações neurológicas foram relatadas mesmo em pacientes sem sintomas respiratórios⁹.

As manifestações clínicas da covid-19 são geralmente mais leves em crianças do que em adultos. No entanto, em 26 de abril de 2020, o Sistema Nacional de Saúde Inglês (NHS) lançou um alerta relatando uma nova apresentação clínica em crianças, caracterizada como uma síndrome hiperinflamatória que pode levar a um quadro de falência de múltiplos órgãos e choque, denominada Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) temporalmente associada à covid-19. Para maiores informações sobre a SIM-P vide capítulo específico neste guia.

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como Síndrome Gripal (SG). O diagnóstico pode ser feito por investigação clínico-epidemiológica, anamnese e exame físico adequado do paciente, caso este apresente sinais e sintomas característicos da covid-19. Deve-se considerar o histórico de contato próximo ou domiciliar nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas com pessoas já confirmadas para covid-19. Também se deve suspeitar de casos clínicos típicos sem vínculo epidemiológico claramente identificável. Essas informações devem ser registradas no prontuário do paciente para eventual investigação epidemiológica.

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

⁹ World Health Organization. Clinical management of Covid-19: interim guidance. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19>. Acesso em: 24/7/2020.

¹⁰ Mao L, Jin H, Wang M, Hu Y, Chen S, He Q, et al. Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol.* 2020. Epub 2020/04/11.

¹¹ Spinato G, Fabbris C, Polese J, Cazzador D, Borsetto D, Hopkins C, et al. Alterations in Smell or Taste in Mildly Symptomatic Outpatients With SARS-CoV-2 Infection. *JAMA.* 2020. Epub 2020/04/23.



DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O diagnóstico laboratorial pode ser realizado tanto por testes de biologia molecular, sorologia ou testes rápidos¹².

- **Biologia molecular:** permite identificar a presença do material genético (RNA) do material genético (RNA) do vírus SARS-CoV-2 em amostras de secreção respiratória, por meio das metodologias de RT-PCR em tempo real (RT-qPCR) e amplificação isotérmica mediada por loop com transcriptase reversa (reverse transcriptase loop-mediated isothermal amplification, RT-LAMP).
- **Sorologia:** detecta anticorpos IgM, IgA e/ou IgG produzidos pela resposta imunológica do indivíduo em relação ao vírus SARS-CoV-2, podendo diagnosticar doença ativa ou pregressa. As principais metodologias são: Ensaio Imunoenzimático (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay – Elisa), Imunoensaio por Quimioluminescência (Clia) e Imunoensaio por Eletroquimioluminescência (Eclia).
- **Testes rápidos:** Estão disponíveis dois tipos de testes rápidos, de antígeno e de anticorpo, por meio da metodologia de imunocromatografia. O teste rápido de antígeno detecta proteína do vírus em amostras coletadas de naso/orofaringe, devendo ser realizado na infecção ativa (fase aguda) e o teste rápido de anticorpos detecta IgM e IgG (fase convalescente), em amostras de sangue total, soro ou plasma.

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

- **Imagem (tomografia computadorizada de alta resolução – TCAR):** As seguintes alterações tomográficas são compatíveis com caso da covid-19:
 - OPACIDADE EM VIDRO FOSCO periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”).
 - OPACIDADE EM VIDRO FOSCO multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”).
 - SINAL DE HALO REVERSO ou outros achados de pneumonia em organização (observados posteriormente na doença).

OBSERVAÇÕES

Segundo o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), quando indicada, o protocolo é de uma TC de alta resolução (TCAR), se possível com protocolo de baixa dose. O uso de meio de contraste endovenoso, em geral, não está indicado, sendo reservado para situações específicas a serem determinadas pelo radiologista¹³.

¹² Sethuraman N, Jeremiah SS, Ryo A. Interpreting Diagnostic Tests for Sars-CoV-2. JAMA. 2020;323(22):2249–2251. doi: 10.1001/jama.2020.8259. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765837>. Acesso em: 24/7/2020.

¹³ COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA. Recomendações de uso de métodos de imagem para pacientes suspeitos de infecção pelo Covid-19. Disponível em: https://cbr.org.br/wp-content/uploads/2020/03/CBR_Recomenda%C3%A7%C3%B5es-de-uso-de-m%C3%A9todos-de-imagem.pdf.



ATENDIMENTO E TRATAMENTO

O atendimento adequado dos casos suspeitos ou confirmados da covid-19 depende do reconhecimento precoce de sinais e sintomas da doença e monitoramento contínuo dos pacientes. Considerando as características gerais da infecção, as manifestações clínicas e as possíveis complicações, e com o objetivo de orientar a conduta terapêutica adequada a cada caso, foram elaborados, pelo Ministério da Saúde, documentos técnicos contendo orientações quando ao manejo clínico e tratamento de pacientes com covid-19, disponíveis no link: <https://coronavirus.saude.gov.br/manejo-clinico-e-tratamento>.

Estas orientações estão sujeitas a ajustes decorrentes da sua utilização prática e das modificações do cenário epidemiológico da covid-19.

FATORES DE RISCO

Condições e fatores de risco a serem considerados para possíveis complicações da covid-19^{14, 15}:

- Idade igual ou superior a 60 anos;
- Tabagismo;
- Obesidade;
- Miocardiopatias de diferentes etiologias (insuficiência cardíaca, miocardiopatia isquêmica etc.);
- Hipertensão arterial;
- Doença cerebrovascular;
- Pneumopatias graves ou descompensadas (asma moderada/grave, DPOC);
- Imunodepressão e imunossupressão;
- Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5);
- Diabetes melito, conforme juízo clínico;
- Doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica;
- Neoplasia maligna (exceto câncer não melanótico de pele);
- Cirrose hepática;
- Algumas doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme e talassemia);
- Gestaçãõ.

¹⁴ CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (US). Coronavirus Disease 2019 (Covid-19): People with certain medical conditions. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html>. Acesso em: 24 de julho de 2020.

¹⁵ Zhu, J., Pang, J., Ji, P., Zhong, Z., Li, H., Li, B., Zhang, J. and Lu, J. (2020), Coagulation dysfunction is associated with severity of Covid-19: a meta-analysis. J Med Virol. Doi: 10.1002/jmv.26336.



VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

No Brasil, a vigilância dos vírus respiratórios de importância em saúde pública é desenvolvida por meio de uma Rede de Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal (SG) e de vigilância de 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.

O monitoramento (perfil epidemiológico e laboratorial) dos casos de SG e de SRAG hospitalizados e/ou óbitos por SRAG (definições de casos, citadas em tópico posterior) 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 Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe).

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;
- Realização de rastreamento, monitoramento e isolamento (quarentena) de contatos de casos de infecção pelo vírus SARS-CoV-2;
- Estabelecer as medidas de prevenção e controle;
- Realizar a comunicação oportuna e transparente da situação epidemiológica no Brasil.

VIGILÂNCIA SENTINELA DE SÍNDROME GRIPAL (SG)

Criada em 2000 para monitoramento da influenza, a Vigilância Sentinela de SG tem como objetivo fortalecer a vigilância epidemiológica de vírus respiratórios, por meio da identificação da circulação dos mesmos, de acordo com a patogenicidade, a virulência em cada período sazonal, a existência de situações inusitadas ou o surgimento de novo subtipo viral. O isolamento de espécimes virais e o respectivo envio oportuno ao Centro Colaborador de referência para as Américas e para a Organização Mundial da Saúde (OMS) visa à adequação da vacina da influenza sazonal, bem como o monitoramento da circulação de vírus respiratórios.



A rede de vigilância sentinela de SG é composta por unidades de saúde definidas pelos gestores dos municípios, estados e Distrito Federal. Essas unidades sentinelas devem ter características de atendimento para todas as faixas etárias e, preferencialmente, serem estabelecimentos de atendimento 24 horas (unidades de pronto atendimento, emergências, entre outros). Atualmente, além das atividades de rotina para vigilância de influenza e outros vírus respiratórios, as unidades sentinelas incorporaram atividades para a detecção do vírus SARS-CoV-2 na sua rotina.

VIGILÂNCIA DE SÍNDROME GRIPAL (SG) PARA CASOS SUSPEITOS DE COVID-19 NOS DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE

Devido ao atual cenário pandêmico, os serviços de saúde que atendem casos de SG e não fazem parte da rede de unidades sentinelas, devem investigar e notificar todos os casos de SG.

VIGILÂNCIA DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

A vigilância de 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 em todos os hospitais do país 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, 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.

Importante ressaltar que todos os óbitos por SRAG, mesmo os não hospitalizados, devem ser notificados no 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 municípios que não possuem unidade hospitalar.

CÓDIGOS INTERNACIONAIS DE DOENÇAS (CID-10) PARA A COVID-19¹⁶

- 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 novos códigos **U07.1 (covid-19, vírus identificado)** e **U07.2 (covid-19, vírus não identificado, clínico-epidemiológico)**, definidos pela OMS, são os marcadores da pandemia no Brasil.

¹⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Orientações para o preenchimento da Declaração de Óbito no contexto da Covid-19. Versão 1: 4/5/2020. Disponível em: <https://portalquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/13/orienta----es-para-delcara----o-de---bito.pdf>. Acesso em: 3/8/2020.



Sendo assim, na mesma linha em que for alocado o B34.2 (Infecção pelo coronavírus de localização não especificada), deve constar, também, o código marcador U07.1 ou U07.2.

Caso o código U04.9 (Síndrome respiratória aguda grave – SARS/SRAG) tenha sido utilizado como marcador para caso suspeito ou confirmado de covid-19, deverá ser substituído pelos códigos supracitados.

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS¹⁷

CASOS SUSPEITOS

DEFINIÇÃO 1: SÍNDROME GRIPAL (SG)

Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

OBSERVAÇÕES

- **Em crianças:** além dos itens anteriores, considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.
- **Em idosos:** deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.
- Na suspeita da covid-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

DEFINIÇÃO 2: SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

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

¹⁷ AWAERTER PG. Coronavirus Covid-19 (SARS-CoV-2). Johns Hopkins ABX Guide; 2020 Apr 21 [citado em 26 Abr 2020]. Disponível em https://www.hopkinsguides.com/hopkins/view/Johns_Hopkins_ABX_Guide/540747/all/Coronavirus_Covid_19__Sars_CoV_2_. Acesso em 24/7/2020.

MCINTOSH K. Coronavirus disease 2019 (Covid-19): epidemiology, virology, clinical features, diagnosis, and prevention [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; [atualizado em 24 Abr 2020, citado em 26 Abr 2020]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19>. Acesso em: 24/7/2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) 2020 Interim Case Definition, Approved April 5, 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nndss/conditions/coronavirus-disease-2019-covid-19/case-definition/2020/>. Acesso em 24/07/2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global surveillance for Covid-19 caused by human infection with Covid-19 virus: interim guidance. 20 April 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/global-surveillance-for-covid-19-caused-by-human-infection-with-covid-19-virus-interim-guidance>. Acesso em: 24/7/2020.



OBSERVAÇÕES

- **Em crianças:** além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência;
- Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.

CASOS CONFIRMADOS DA COVID-19

POR CRITÉRIO CLÍNICO

Caso de **SG** ou **SRAG** associado a anosmia (disfunção olfativa) OU ageusia (disfunção gustatória) aguda sem outra causa progressiva.

POR CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO

Caso de **SG** ou **SRAG** com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas com caso confirmado para covid-19.

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).

OBSERVAÇÃO

segundo o Colégio Brasileiro de Radiologia, quando houver indicação de tomografia, o protocolo é de uma Tomografia Computadorizada de Alta Resolução (TCAR), se possível com protocolo de baixa dose. O uso de meio de contraste endovenoso, em geral, não está indicado, sendo reservado para situações específicas a serem determinadas pelo radiologista.¹⁸

¹⁸ COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA. Recomendações de uso de métodos de imagem para pacientes suspeitos de infecção pelo Covid-19. Disponível em: https://cbr.org.br/wp-content/uploads/2020/03/CBR_Recomenda%C3%A7%C3%B5es-de-uso-de-m%C3%A9todos-de-imagem.pdf

**POR CRITÉRIO LABORATORIAL EM INDIVÍDUO NÃO VACINADO CONTRA COVID-19**

Caso de **SG** ou **SRAG** com teste de:

- **BIOLOGIA MOLECULAR:** resultado **DETECTÁVEL** para SARS-CoV-2 realizado pelos seguintes métodos:
 - RT-PCR em tempo real;
 - RT-LAMP.
- **IMUNOLÓGICO:** resultado **REAGENTE** para IgM, IgA e/ou IgG* realizado pelos seguintes métodos:
 - Ensaio imunoenzimático (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay* – Elisa);
 - Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos;
 - Imunoensaio por Eletroquimioluminescência (Eclia);
 - Imunoensaio por Quimioluminescência (Clia).
- **PESQUISA DE ANTÍGENO:** resultado **REAGENTE** para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

OBSERVAÇÃO

*Considerando a história natural da covid-19 no Brasil, um resultado **isolado** de IgG reagente não deve ser considerado como teste confirmatório para efeitos de notificação e confirmação de caso. Um resultado IgG reagente deve ser usado como critério laboratorial confirmatório somente em indivíduos não vacinados, sem diagnóstico laboratorial anterior para covid-19 e que tenham apresentado sinais e sintomas compatíveis, no mínimo 8 dias antes da realização desse exame. Essa orientação não é válida para inquérito sorológico.

POR CRITÉRIO LABORATORIAL EM INDIVÍDUO VACINADO CONTRA COVID-19

Indivíduo que recebeu a vacina contra covid-19 e apresentou quadro posterior de SG ou SRAG com resultado de exame:

- **BIOLOGIA MOLECULAR:** resultado **DETECTÁVEL** para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real ou RT-LAMP.
- **PESQUISA DE ANTÍGENO:** resultado **REAGENTE** para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

ATENÇÃO

Tendo em vista a resposta vacinal esperada, com produção de anticorpos, os testes imunológicos não são recomendados para diagnóstico de covid-19 em indivíduos vacinados.



POR CRITÉRIO LABORATORIAL EM INDIVÍDUO ASSINTOMÁTICO

Indivíduo ASSINTOMÁTICO com resultado de exame:

- **BIOLOGIA MOLECULAR:** resultado **DETECTÁVEL** para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real ou RT-LAMP.
- **PESQUISA DE ANTÍGENO:** resultado **REAGENTE** para SARS-CoV-2 pelo método de imunocromatografia para detecção de antígeno.

CASO DE SG OU SRAG NÃO ESPECIFICADA

Caso de **SG** ou de **SRAG** para o qual não houve identificação de nenhum outro 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.

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 coinfeção 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 Notifica.

OBSERVAÇÃO

Para fins de vigilância, notificação e investigação de casos e monitoramento de contatos, o critério laboratorial deve ser considerado o padrão ouro, não excluindo os demais critérios de confirmação.

NOTIFICAÇÃO E REGISTRO

O QUE NOTIFICAR?

Casos de **SG**, de **SRAG** hospitalizado e óbito por **SRAG**, independente da hospitalização, que atendam à definição de caso.

Indivíduos assintomáticos com confirmação laboratorial por biologia molecular ou imunológico de infecção recente por covid-19.



OBSERVAÇÃO

Um resultado IgG reagente só deve ser considerado para fins de notificação e registro de caso em indivíduos não vacinados, sem diagnóstico laboratorial anterior para covid-19 e que tenham apresentado sinais e sintomas compatíveis, no mínimo 8 dias antes da realização desse exame.

QUEM DEVE NOTIFICAR?

Profissionais e instituições de saúde do setor público ou privado, em todo o território nacional, segundo legislação nacional vigente.

Todos os laboratórios das redes pública, privada, universitários e quaisquer outros, em território nacional, devem notificar os resultados de testes diagnóstico para detecção da covid-19 (Portaria GM/MS nº 1.792 de 21/7/2020).

QUANDO NOTIFICAR?

Devem ser notificados dentro do prazo de 24 horas a partir da suspeita inicial do caso ou óbito.

A notificação dos laboratórios deve ser realizada no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas contado da data do resultado do teste, mediante registro e transmissão de informações da Rede Nacional de Dados em Saúde (Portaria GM/MS nº 1.792 de 21/7/2020).

ONDE NOTIFICAR?

- **Unidades públicas e privadas** (unidades de atenção primária, consultórios, clínicas, centros de atendimento, pronto atendimento, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT): casos de **SG** devem ser notificados por meio do **sistema e-SUS Notifica**. <https://notifica.saude.gov.br/login>, cuja ficha encontra-se no Anexo I.
- **Unidades de Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal**: casos de **SG** devem seguir os fluxos já estabelecidos para a vigilância da influenza e outros vírus respiratórios, devendo ser notificados no **Sivep-Gripe** <https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/>.
- **Todos os hospitais públicos ou privados**: casos de **SRAG** hospitalizados devem ser notificados no **Sivep-Gripe** <https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/>, cuja ficha encontra-se no Anexo II.

ATENÇÃO

Casos da covid-19 que requerem internação, contudo não apresentam SRAG, não devem ser notificados no Sivep-Gripe. Manter a notificação no e-SUS Notifica.



E QUANDO FOR ÓBITO?

Os óbitos por SRAG, independente de hospitalização, devem ser notificados no **Sivep-Gripe** <https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/>. O registro do óbito também deve ocorrer, obrigatoriamente, no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Em situações de óbito por SRAG, em municípios que não possuem cadastro no Sivep-Gripe, por não terem unidade hospitalar, orienta-se que o cadastro no Sivep-Gripe seja realizado por meio do CNES de suas vigilâncias para a correta e oportuna notificação.

As orientações sobre o preenchimento e emissão da Declaração de Óbito e registro no SIM se encontram disponíveis na publicação “Orientações para o preenchimento da Declaração de Óbito no contexto da covid-19” e “Orientações para codificação das causas de morte no contexto da covid-19”, disponíveis no sítio eletrônico: <https://coronavirus.saude.gov.br/profissional-gestor#protocolos>.

IMPORTANTE

Os municípios ou unidades federadas que possuem sistemas de informação próprios para registros de casos de SG, de SRAG e óbitos precisam compartilhar seus registros com os sistemas oficiais do Ministério da Saúde, seja por digitação ou transferência digital dos dados.

OBSERVAÇÃO

A oportuna notificação, registro e digitação dos dados epidemiológicos no sistema de informação é a melhor maneira de subsidiar os gestores para o planejamento das ações de prevenção e controle, ou seja, a tomada de decisão. Quanto mais descentralizada a notificação e a digitação, mais oportuna a informação de dados epidemiológicos.



FIGURA 1 FLUXO DE NOTIFICAÇÃO E REGISTRO DE CASOS SUSPEITOS DE SG E SRAG POR COVID-19



OBSERVAÇÃO:

A oportuna notificação e digitação dos dados epidemiológicos no sistema de informação é a melhor maneira de subsidiar os gestores para o planejamento das ações de prevenção e controle, ou seja, a tomada de decisão. Quanto mais descentralizada a notificação e a digitação, mais oportuna a informação dos dados epidemiológicos.



MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

Diante da emergência ocasionada pelo coronavírus SARS-CoV-2, o reconhecimento da pandemia pela OMS e a declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), o Ministério da Saúde tem estabelecido sistematicamente medidas para resposta e enfrentamento da covid-19.

Entre as medidas indicadas pelo MS, estão as não farmacológicas, como distanciamento social, etiqueta respiratória e de higienização das mãos, uso de máscaras, limpeza e desinfecção de ambientes, isolamento de casos suspeitos e confirmados e quarentena dos contatos dos casos de covid-19, conforme orientações médicas. Ademais, o MS recomenda ainda a vacinação contra a covid-19 dos grupos prioritários conforme o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação. Estas medidas devem ser utilizadas de forma integrada, a fim de controlar a transmissão do SARS-CoV-2, permitindo também a retomada gradual das atividades desenvolvidas pelos vários setores e o retorno seguro do convívio social.

Informações adicionais podem ser descritas na Portaria GM/MS nº 1.565, de 18 de junho de 2020 e podem ser visualizadas no link: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.565-de-18-de-junho-de-2020-262408151>).

VACINAS CONTRA COVID-19

Em 17 janeiro de 2021 foram autorizadas duas vacinas covid-19 para uso emergencial no Brasil pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, uma do laboratório Sinovac (China), em parceria com o Instituto Butantan, e outra do laboratório Serum (Índia), em parceria com a Universidade Oxford, cuja tecnologia faz parte do acordo entre o laboratório AstraZeneca e BioManguinhos/Fiocruz.

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, sendo mais de 70% de eficácia para casos graves da doença, evitando assim a necessidade de hospitalização. Mundialmente, ainda não há disponibilidade de vacinas para a vacinação em massa contra a covid-19, de forma que os grupos com fatores de risco para agravamento da doença são prioritários para a vacinação. Maiores detalhes de população-alvo e estratégias para vacinação podem ser consultados no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a covid-19, disponível no site eletrônico <https://www.gov.br/saude/pt-br/Coronavirus/vacinas/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacina-contr-a-covid-19>.

Cabe destacar que ainda não há estudos que comprovem a efetividade da vacina como bloqueio da transmissão da doença, assim não há orientação para vacinação de bloqueio em caso de contactantes e/ou aglomerado de casos.



Considerando ainda a possibilidade de surgimento de variantes que impliquem em menor efetividade das vacinas covid-19 e o atual cenário de transmissão comunitária em todo país, ainda não é possível orientar o retorno às atividades regulares em indivíduos devidamente vacinados. Apenas após a vacinação de parcela expressiva da população e controle efetivo da pandemia será possível considerar o relaxamento de medidas de proteção individual, especialmente para os indivíduos pertencentes aos grupos de maior risco.

Portanto, ressalta-se a necessidade de manutenção das medidas não farmacológicas na prevenção da infecção pelo vírus da covid-19, conforme segue abaixo.

DISTANCIAMENTO SOCIAL

Limitar o contato próximo entre pessoas infectadas e outras pessoas é importante para reduzir as chances de transmissão do SARS-CoV-2. Principalmente durante a pandemia, devem ser adotados procedimentos que permitam reduzir a interação entre as pessoas com objetivo de diminuir a velocidade de transmissão do vírus. Trata-se de uma estratégia importante quando há indivíduos já infectados, mas ainda assintomáticos ou oligossintomáticos, que não se sabem portadores da doença e não estão em isolamento. Além disso, recomenda-se a manutenção de uma distância física mínima de pelo menos 1 metro de outras pessoas, especialmente daquelas com sintomas respiratórios e um grande número de pessoas (aglomerações) tanto ao ar livre quanto em ambientes fechados. Garantir uma boa ventilação em ambientes internos também é uma medida importante para prevenir a transmissão em ambientes coletivos.

Segundo o CDC¹⁹ e a OMS²⁰, aglomerações representam um risco alto para disseminação do SARS-CoV-2. Para isso, considera-se o aglomerado de várias pessoas num mesmo local, onde se torna difícil para as pessoas permanecerem a pelo menos um metro de distância entre elas. Quanto mais pessoas interagem durante este tipo de evento e quanto mais tempo essa interação durar, maior o risco potencial de infecção e disseminação do vírus SARS-CoV-2. Lugares ou ambientes que favorecem a aglomeração de pessoas devem ser evitados durante a pandemia.

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

A higienização das mãos é a medida isolada mais efetiva na redução da disseminação de doenças de transmissão respiratória. As evidências atuais indicam que o vírus causador da covid-19 é transmitido por meio de gotículas respiratórias ou por contato. A transmissão por contato ocorre quando as mãos contaminadas tocam a mucosa da boca, do nariz ou dos olhos. O vírus também pode ser transferido de uma superfície para outra por meio das mãos contaminadas, o que facilita a transmissão por contato indireto. Conseqüentemente, a higienização das mãos é extremamente importante para evitar a disseminação do vírus causador da covid-19. Ela também interrompe a transmissão de outros vírus e bactérias que causam resfriado comum, gripe e pneumonia, reduzindo assim o impacto geral da doença.

¹⁹ CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Considerations for events and gatherings. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/large-events/considerations-for-events-gatherings.html>. Acesso em 3/8/2020.

²⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Overview of public health and social measures in the context of Covid-19. Interim guidance 18 May 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1278127/retrieve>.



ETIQUETA RESPIRATÓRIA

Uma das formas mais importantes de prevenir a disseminação do SARS-CoV-2 é a etiqueta respiratória, a qual consiste num conjunto de medidas que devem ser adotadas para evitar e/ou reduzir a disseminação de pequenas gotículas oriundas do aparelho respiratório, buscando evitar possível contaminação de outras pessoas que estão em um mesmo ambiente. A etiqueta respiratória consiste nas seguintes ações:

- Cobrir nariz e boca com lenço de papel ou com o antebraço, e nunca com as mãos ao tossir ou espirrar. Descartar adequadamente o lenço utilizado.
- Evitar tocar olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas. Se tocar, sempre higienize as mãos como já indicado.
- Manter uma distância mínima de cerca de 1 metro de qualquer pessoa tossindo ou espirrando.
- Evitar abraços, beijos e apertos de mãos. Adote um comportamento amigável sem contato físico.
- Higienizar com frequência os brinquedos das crianças e aparelho celular. Não compartilhar objetos de uso pessoal, como talheres, toalhas, pratos e copos.
- Evitar aglomerações, principalmente em espaços fechados e manter os ambientes limpos e bem ventilados.

USO DE MÁSCARAS

Segundo a OMS, o uso de máscaras faz parte de um conjunto de medidas que devem ser adotadas de forma integrada para prevenção, controle e mitigação da transmissão de determinadas doenças respiratórias virais, incluindo a covid-19. As máscaras podem ser usadas para a proteção de pessoas saudáveis (quando em contato com alguém infectado) ou para controle da fonte (quando usadas por alguém infectado para prevenir transmissão subsequente). No entanto, o uso de máscaras deve ser feito de maneira complementar com outras medidas nos âmbitos individual e comunitário, como a higienização das mãos, distanciamento social, etiqueta respiratória e outras medidas de prevenção.

Segundo o Centers for Diseases Control and Prevention²¹, as máscaras são recomendadas como uma barreira simples para ajudar a evitar que gotículas respiratórias se propaguem no ar quando a pessoa tosse, espirra, fala ou levanta a voz. Isso é chamado controle de fonte.

²¹ CDC. Considerations for Wearing Masks. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/cloth-face-cover-guidance.html>. Acesso em: 23/10/2020.



USO DE MÁSCARAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

O uso universal de máscaras em serviços de saúde deve ser uma exigência para todos os trabalhadores da saúde e por qualquer pessoa dentro de unidades de saúde, independente das atividades realizadas. Todos os trabalhadores da saúde e cuidadores que atuam em áreas clínicas devem utilizar máscaras cirúrgicas de modo contínuo durante toda a atividade de rotina. Em locais de assistência a pacientes com covid-19 em que são realizados procedimentos geradores de aerossóis, recomenda-se que os profissionais da saúde usem máscaras de proteção respiratória (padrão N95 ou PFF2 ou PFF3, ou equivalente), bem como demais equipamentos de proteção individual.

USO DE MÁSCARAS NA POPULAÇÃO EM GERAL

O uso de máscara facial, incluindo as de tecido, é fortemente recomendado para toda a população em ambientes coletivos, em especial no transporte público e em eventos e reuniões, como forma de proteção individual, reduzindo o risco potencial de exposição do vírus especialmente de indivíduos assintomáticos.

As máscaras não devem ser usadas por crianças menores de 2 anos ou pessoas que tenham dificuldade para respirar, estejam inconscientes, incapacitadas ou que tenham dificuldade de remover a máscara sem ajuda.

Recomenda-se lavar as mãos antes de colocar a máscara, colocando-a sobre o nariz e a boca, prendendo-a sob o queixo. A pessoa deve ajustar a máscara confortavelmente pelas laterais do rosto, e certificar-se que consegue respirar normalmente. As máscaras não devem ser colocadas em volta do pescoço ou na testa, e ao tocá-la, deve-se lavar as mãos com água e sabão ou álcool em gel 70% para desinfecção.

Para pessoas sintomáticas recomenda-se o uso de máscaras cirúrgicas como controle da fonte.

Mais informações sobre medidas de prevenção e controle podem ser obtidas por meio do endereço eletrônico: <https://coronavirus.saude.gov.br/>.



INVESTIGAÇÃO DE CASOS DE COVID-19 E ISOLAMENTO

INVESTIGAÇÃO DE CASOS DE COVID-19

Após a identificação de um **caso suspeito** de covid-19, deve ser iniciada a investigação epidemiológica, o que inclui o levantamento de dados em diversas fontes (prontuários e fichas de atendimento, laudos de laboratório, profissionais de saúde, entre outros) e a coleta de informações com o próprio caso e/ou seus familiares e contatos, que pode ser realizada inclusive por contato telefônico. Essa investigação tem como principais objetivos a identificação da fonte de infecção e o modo de transmissão; os grupos expostos a maior risco e os fatores de risco; além de confirmar ou descartar o diagnóstico, determinando as características epidemiológicas.

É recomendado que a investigação de casos ocorra utilizando as fichas de notificação/investigação disponíveis em:

- e-SUS Notifica (<https://notifica.saude.gov.br/login>);
- Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe) (<https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/>).

Os indivíduos com sintomas compatíveis com a covid-19 devem ser orientados a procurar um serviço de saúde para atendimento, utilizando máscara, praticando etiqueta respiratória, mantendo distanciamento social e seguindo as orientações de isolamento.

ORIENTAÇÕES PARA ISOLAMENTO DE CASOS DE COVID-19^{22,23}

- Para indivíduos com quadro de **Síndrome Gripal (SG)** – leve a moderado – com **confirmação para covid-19** por qualquer um dos critérios clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico-laboratorial ou 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 dias 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.

²² Niud, Yan, and Fujie Xu. "Deciphering the power of isolation in controlling Covid-19 outbreaks." The Lancet Global Health 8.4 (2020): e 452- e 453.

²³ CENTERS FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION. Interim Guidance on Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19. Update Feb 13, 2021. Disponível em Interim Guidance on Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19 | CDC. Acesso em: 4/3/2021.



- Para indivíduos com quadro de **Síndrome Gripal (SG)** – leve a moderado – para os quais **não foi possível a confirmação** pelos critérios clínico, clínico epidemiológico ou clínico imagem, e que apresentem resultado de exame laboratorial **não reagente ou não detectável para covid-19** pelo método molecular (RT-qPCR ou RT-LAMP) ou teste rápido para detecção de antígeno para SARS-CoV-2, as medidas de isolamento e precaução podem ser **suspensas** desde que permaneça afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios. E que os exames tenham sido realizados no período indicado, para evitar resultado falso negativo.
- Para indivíduos imunocompetentes com quadro de **Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)** – grave/crítico – com **confirmação para covid-19** por qualquer um dos critérios (clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico-laboratorial) para covid-19, as medidas de isolamento e precaução devem iniciar imediatamente e só podem ser suspensas após 20 dias 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, mediante avaliação médica.
- Para indivíduos **gravemente imunossuprimidos** com **confirmação para covid-19** por qualquer um dos critérios (clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico-laboratorial), as medidas de isolamento e precaução devem iniciar imediatamente e só podem ser suspensas após 20 dias do início dos sintomas, desde que afebril há 24h e com remissão dos sintomas respiratórios. A estratégia baseada em testagem laboratorial (necessidade de RT-PCR para SARS-CoV-2 negativo) para descontinuidade do isolamento deve ser considerada nesta população, a critério médico.
- Para indivíduos hospitalizados com quadro de **SRAG para os quais não foi possível a confirmação pelos critérios clínico, clínico-epidemiológico ou clínico-imagem**, caso um primeiro teste de RT-qPCR venha com resultado negativo, um segundo teste na mesma metodologia, preferencialmente com material de via aérea baixa, deve ser realizado 48 horas após o primeiro. Sendo os dois negativos, o paciente poderá ser retirado da precaução para covid-19 (atentar para o diagnóstico de outros vírus respiratórios, como influenza).²⁴
- Para **indivíduos assintomáticos confirmados laboratorialmente** para covid-19 (resultado detectável pelo método RT-qPCR ou teste rápido para detecção de antígeno para SARS-CoV-2), deve-se manter isolamento, suspendendo-o após 10 dias da data de coleta da amostra.

²⁴WORLD HEALTH ORGANIZATION. Laboratory testing for coronavirus disease (Covid-19) in suspected human cases: interim guidance, 19 march 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331501>



OBSERVAÇÕES

Testes sorológicos (teste rápido, Elisa, Eclia, Clia) para covid-19 **não** deverão ser utilizados, de forma isolada, para estabelecer a presença ou ausência da infecção pelo SARS-CoV-2, nem como critério para isolamento ou sua suspensão, independentemente do tipo de imunoglobulina (IgA, IgM ou IgG) identificada²⁵.

Para casos confirmados de covid-19 em indivíduos severamente imunocomprometidos, a estratégia baseada em testagem laboratorial (RT-qPCR) deve ser considerada, a critério médico, para descontinuidade do isolamento, visto que em algumas situações esses indivíduos podem continuar a produzir vírus replicante após 20 dias do início dos sintomas²⁶.

Os casos encaminhados para isolamento domiciliar deverão continuar usando máscara e manter a etiqueta respiratória, sempre que for manter contato com outros moradores da residência, mesmo adotando o distanciamento social recomendado de pelo menos um metro e manter a limpeza e desinfecção das superfícies, conforme as recomendações da Anvisa²⁷.

²⁵CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Interim Guidelines for Covid-19 Antibody Testing in Clinical and Public Health Settings. Updated Aug. 1, 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/resources/antibody-tests-guidelines.html#:~:text=Serologic%20testing%20by%20itself%20should,develop%20detectable%20antibodies%20following%20infection>. Acesso em 3/8/2020.

²⁶CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Interim Guidelines for Covid-19 Antibody Testing in Clinical and Public Health Settings. Updated Aug. 1, 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/resources/antibody-tests-guidelines.html#:~:text=Serologic%20testing%20by%20itself%20should,develop%20detectable%20antibodies%20following%20infection>. Acesso em 3/8/2020.

²⁷ AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Nota técnica N° 47/2020/SEI/COSAN/GHCOS/DIRE3/ ANVISA: Recomendações sobre produtos saneantes que possam substituir o álcool 70% e desinfecção de objetos e superfícies, durante a pandemias de Covid-19. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/5923491/NT+47-2020+-GHCOS/2a2e1688-76f2-4de4-a4c8-c050d780b9d7>



RASTREAMENTO, ISOLAMENTO E MONITORAMENTO DE CONTATOS DE CASOS DE COVID-19

O rastreamento de contatos é uma medida de saúde pública que busca identificar todos os contatos próximos que um caso suspeito e/ou confirmado de covid-19 teve nos dois dias (48 horas) antes do início dos seus sintomas, colocando-os em isolamento domiciliar.

O objetivo do isolamento domiciliar dos contatos é diminuir a propagação da covid-19, pois os contatos próximos podem iniciar a transmissão do vírus SARS-CoV-2, mesmo que ainda estejam assintomáticos. Para essa estratégia ser mais efetiva, recomenda-se que o isolamento seja realizado a partir de um caso suspeito de covid-19. Dessa forma, é possível isolar novos casos e prevenir o surgimento de uma próxima geração de infecções a partir de um caso índice²⁸.

Adicionalmente, deve-se realizar o monitoramento dos contatos com o intuito de identificar precocemente os sinais e sintomas da doença sob suspeita e orientar a busca por atenção médica. O monitoramento de contatos é uma estratégia fundamental para o controle da transmissão da covid-19, conforme já descrito na nota técnica nº 30/2020-DESF/SAPS/MS.

A estratégia de rastreamento, isolamento e monitoramento de contatos é de responsabilidade das equipes de Atenção Primária à Saúde e de Vigilância em Saúde, devendo ser realizado preferencialmente por meios que contribuam com o distanciamento social, como ligações telefônicas, SMS, aplicativos de mensagem instantânea (WhatsApp, Telegram etc.), entre outros.

As Secretarias de Saúde podem definir e orientar o fluxo de estratégias complementares a este instrutivo, como o uso de call centers e chatbots e também ter equipes dedicadas para realizar essa estratégia.

O sistema de informação oficial para o monitoramento de contatos é o e-SUS Notifica, mas as fichas e sistemas próprios das Secretarias de Saúde também podem ser utilizados, priorizando a compatibilidade e interoperabilidade com o e-SUS Notifica.

²⁸ Anderson, Roy M., et al. "How will country-based mitigation measures influence the course of the Covid-19 epidemic?" *The Lancet* 395.10228 (2020): 931-934.

Eames, Ken TD, and Matt J. Keeling. "Contact tracing and disease control." *Proceedings of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences* 270.1533 (2003): 2565-2571.

Ferretti, Luca, et al. "Quantifying SARS-CoV-2 transmission suggests epidemic control with digital contact tracing." *Science* 368.6491 (2020).

Huerta, Ramon, and Lev S. Tsimring. "Contact tracing and epidemics control in social networks." *Physical Review E* 66.5 (2002): 056115.

Salathé, Marcel, et al. "Covid-19 epidemic in Switzerland: on the importance of testing, contact tracing and isolation." *Swiss medical weekly* 150.11-12 (2020): w 20225.



OBJETIVOS

O rastreamento, isolamento e monitoramento de contatos tem como objetivos²⁹:

- identificar, isolar e monitorar os contatos próximos de casos confirmados de covid-19;
- identificar oportunamente possíveis casos de covid-19 em indivíduos assintomáticos;
- orientar a busca por atendimento médico precoce;
- interromper as cadeias de transmissão, diminuindo o número de casos novos de covid-19.

DEFINIÇÃO DE CONTATO

É qualquer pessoa que esteve em **contato próximo** a um caso confirmado de covid-19 durante o seu período de transmissibilidade, ou seja, entre 48 horas antes até dez dias após a data de início dos sinais e/ou sintomas (caso confirmado sintomático) ou após a data da coleta do exame (caso confirmado assintomáticos).

Para fins de vigilância, rastreamento, isolamento e monitoramento de contatos, deve-se considerar **contato próximo** a pessoa que:

- Esteve a menos de um metro de distância, por um período mínimo de 15 minutos, com um caso confirmado sem ambos utilizarem máscara facial ou utilizarem de forma incorreta;
- Teve um contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos) com um caso confirmado;
- É profissional de saúde que prestou assistência em saúde ao caso de covid-19 sem utilizar equipamentos de proteção individual, conforme preconizado, ou com EPI danificados;
- Seja contato domiciliar ou residente na mesma casa/ambiente (dormitórios, creche, alojamento, entre outros) de um caso confirmado.

OBSERVAÇÃO

Para efeito de **avaliação de contato próximo**, devem ser considerados também os ambientes laborais ou eventos sociais.

²⁹ World Health Organization. Contact tracing in the context of Covid-19 (Orientação provisória). Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/contact-tracing-in-the-context-of-covid-19>. Acesso em: 15 de maio de 2020.
Centers for Disease Control and Prevention. HEALTH DEPARTMENTS: Interim Guidance on Developing a Covid-19 Case Investigation & Contact Tracing Plan. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/contact-tracing/contact-tracing-plan/overview.html>. Acesso em 27 de maio de 2020.



CENÁRIOS

O rastreamento de contatos deve ser utilizado para todos os **casos confirmados**. Recomenda-se que essa estratégia também seja feita, sempre que possível, **para os casos suspeitos**, em locais com poucos casos ou que tenha baixa capacidade laboratorial instalada.

Essa estratégia se torna mais efetiva quanto menor for o número de casos no território, isto porque em lugares com elevada incidência, os esforços das equipes de saúde estarão voltados, principalmente, para impedir o esgotamento dos serviços de saúde. Nesta situação, recomenda-se que o rastreamento, isolamento e monitoramento de contatos seja realizado conforme a capacidade local, priorizando-se os aglomerados de casos de covid-19 em lugares bem delimitados (instituições fechadas, trabalho em ambientes fechados ou confinados, casas de repouso, penitenciárias, entre outros) ou quando a curva epidêmica estiver em sentido descendente de aceleração. Já em lugares que há poucos casos ou os mesmos são esporádicos, é fortemente recomendada a realização do rastreamento, isolamento e o monitoramento de contatos para todos os casos de covid-19.

Neste sentido, no Quadro 1 são apresentadas recomendações sobre o rastreamento de contatos, segundo o contexto epidemiológico da doença no território.

Contudo, se a secretaria de saúde tiver condições logísticas e operacionais para realizar o rastreamento, isolamento e monitoramento de contatos, essas estratégias podem ser feitas independentemente da situação epidemiológica descrita.

QUADRO 1 RASTREAMENTO DE CONTATOS PRÓXIMOS SEGUNDO CENÁRIOS EPIDEMIOLÓGICOS DA COVID-19

Cenários	Característica local	Recomendações
1	<ul style="list-style-type: none"> ■ Apenas casos importados* ■ Casos autóctones** esporádicos ■ Clusters localizados*** 	<p>Identificar, capacitar e manter uma equipe de investigadores prontos para iniciar o rastreamento de contatos a partir do primeiro caso identificado.</p> <p>Nesta situação, sugere-se que todos os contatos próximos sejam identificados rapidamente, avaliados por uma equipe de saúde, testados, isolados e monitorados por até 10 dias.</p>
2	<ul style="list-style-type: none"> ■ Transmissão comunitária ■ Curva epidêmica em ascensão acelerada 	<p>Quando a transmissão é intensa e disseminada no território, o rastreamento de contatos pode ser difícil de operacionalizar, mas deve ser realizado sempre que for possível, priorizando os contatos domiciliares, trabalhadores de serviços de saúde, da segurança pública e trabalhadores de atividades de alto risco (casas de repouso, penitenciárias, alojamentos etc.).</p>

*Local de infecção fora do seu município de residência.

** Casos autóctones - municípios com casos de transmissão local.

*** Situação onde se tem casos em local bem delimitado (instituições de longa permanência, creches, centros de ensino, residência, empresas, entre outros).



OBSERVAÇÃO

Quando o nível local verificar que a curva epidêmica está em redução, a rápida identificação de casos, o rastreamento e monitoramento de contatos se farão ainda mais necessários, a fim de identificar e interromper, oportunamente, as possíveis cadeias de transmissão, prevenindo a ocorrência de uma nova onda de casos.

ESTRATÉGIAS DE RASTREAMENTO DE CONTATOS

Essa estratégia deve ser realizada a partir do momento em que se identifica um caso SUSPEITO de covid-19 ou então quando a vigilância tem conhecimento de um caso CONFIRMADO.

Na primeira situação, em que geralmente o caso SUSPEITO está em um serviço de saúde, ele deve ser direcionado para conversar com um profissional de saúde que possa lhe perguntar quais foram os contatos próximos (conforme definição detalhada anteriormente) que ele teve dois dias (48 horas) antes do início dos sintomas até àquele momento da suspeita de covid-19.

A segunda situação é aquela em que a vigilância identifica um caso já CONFIRMADO, seja via resultado laboratorial ou por consultar um sistema de informação (e-SUS Notifica ou Sivep-Gripe) que conste que esse caso teve covid-19 confirmada, por qualquer um dos critérios.

Em ambas situações, todos os contatos precisam ser rastreados e listados com o objetivo de identificar as pessoas que estiveram com um caso suspeito ou confirmado no período de transmissibilidade da doença, ou seja, **48 horas antes do início dos sintomas** (para os casos sintomáticos) **ou até 48 horas antes da data da coleta do exame** (para os casos assintomáticos) até 10 dias após o início dos sintomas.

O entrevistador deve-se solicitar ao caso SUSPEITO E/OU CONFIRMADO, as informações mínimas dos contatos para que estes possam ser localizados posteriormente, seja por telefone, meio eletrônico ou por visita. Recomenda-se realizar o registro dos contatos e suas informações no verso da ficha de notificação de caso suspeito de covid-19, do e-SUS Notifica (Figura 2), mas pode-se usar qualquer outro instrumento, respeitando a organização do município ou estado. Caso se utilize a ficha do e-SUS, para cada contato próximo, preencher: nome, CPF ou Cartão Nacional de Saúde – CNS (quando for possível), telefone 1 e telefone 2, relação com o caso (domiciliar, escolar, laboral etc.) e data do último contato. O resumo dessa estratégia encontra-se na Figura 3.

O CPF não é um campo obrigatório para registro do contato na ficha de notificação/rastreamento de contatos. Porém, caso não seja possível conseguir essa informação, deve-se obrigatoriamente obter essa informação na fase de monitoramento. O CPF ou o CNS são as chaves preferenciais para vincular registros no sistema e-SUS Notifica, permitindo recuperar informações provenientes, por exemplo, dos exames realizados em laboratórios da rede privada.

De acordo com a organização do município, uma equipe poderá ser responsável por realizar o rastreamento dos contatos e outra equipe pelo monitoramento dos contatos.

**OBSERVAÇÃO**

Para ser efetivo, o rastreamento de contatos deve ser precedido de ações de comunicação que visem aumentar o engajamento da população no enfrentamento da covid-19. A comunidade deve estar bem informada sobre o que é o rastreamento e isolamento de contatos, seus objetivos e importância de sua participação para ajudar na diminuição da propagação da covid-19 na comunidade. Também devem estar bem informadas no sentido de atender as orientações da equipe de monitoramento, se dirigindo a um serviço de saúde quando orientado, mantendo ações de prevenção (etiqueta respiratória, distanciamento físico e uso de máscaras) e isolamento pelo período adequado.

FIGURA 2 FICHA DE RASTREAMENTO DE CONTATOS DE CASO SUSPEITO E/OU CONFIRMADO DE COVID-19 (VERSO DA FICHA DO E-SUS NOTIFICA)

e-SUS Notifica – DE NOTIFICAÇÃO DE COVID-19 COM RASTREAMENTO DE CONTATOS							
Rastreamento de contatos							
Informações sobre os contatos							
ID do caso Fonte	ID do contato	Nome completo do contato	CPF do contato	Telefone 1	Telefone 2	Relação com o caso Domiciliar; Familiar (extradomiciliar); Laboral; Escolar; Evento Social; Outros.	Data do último contato

e-SUS Notifica – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE COVID-19 COM RASTREAMENTO DE CONTATOS 04/03/2021.



FIGURA 3 RESUMO DA ESTRATÉGIA DE RASTREAMENTO DE CONTATOS



ESTRATÉGIAS DE ISOLAMENTO E MONITORAMENTO DE CONTATOS

O isolamento e monitoramento de contatos são estratégias que devem ser conduzidas para todos os **contatos próximos** rastreados (identificados) dos casos SUSPEITOS e/ou CONFIRMADOS por qualquer um dos critérios (clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico-laboratorial) para covid-19.

Para realização do isolamento e monitoramento de contatos, deve ser estabelecida uma comunicação direta entre a equipe de investigadores e os contatos rastreados. O monitoramento pode ser realizado de maneira ativa ou passiva (Quadro 2).



QUADRO 2 ESTRATÉGIAS PARA O MONITORAMENTO DOS CONTATOS

Estratégia	Executor	Descrição
Ativa	Equipe de investigadores	Monitoramento de potenciais sinais e sintomas por telefone ou outro meio eletrônico e, caso seja necessária a visita domiciliar, preconizar sempre o distanciamento social e o uso de equipamentos de proteção pelos investigadores. O monitoramento deve ser feito a cada dois dias, porém, se atrasar mais de um dia, deve-se coletar os dados de forma retrospectiva.
Passiva	O próprio contato	

A equipe do monitoramento dos contatos deverá acionar os contatos rastreados identificados, preferencialmente nas primeiras 48 horas após a notificação do caso suspeito e/ou confirmado de covid-19, buscando encontrá-los, preferencialmente, por telefone, a fim de confirmar se eles atendem às definições propostas e se concordam em participar da estratégia de monitoramento.

Para proteger a privacidade do caso, recomenda-se informar ao contato que este pode ter sido exposto a um paciente com diagnóstico suspeito e/ou confirmado de covid-19, preservando o sigilo e a confidencialidade da provável fonte de infecção.

A primeira comunicação é a mais importante e devem ser dadas todas as orientações de como e porque deve ser feito o isolamento e o monitoramento dos contatos e esclarecer todas as dúvidas, a fim de aumentar a adesão às estratégias.

Ao ser encontrado, cada indivíduo identificado como contato deve receber informações sobre:

- Objetivo da estratégia de rastreamento, isolamento e monitoramento de contatos;
- Importância de se realizar o isolamento por até 14 dias após o último dia de contato com o caso suspeito ou confirmado de covid-19;
- Possibilidade voluntária de participar da estratégia de monitoramento, a cada dois dias, até que se complete 14 dias após o último dia de contato com o caso suspeito ou confirmado de covid-19;
- Orientações sobre a doença e as manifestações clínicas que deverão ser observadas durante o período de monitoramento. Isso inclui o aparecimento de qualquer sintoma de síndrome gripal, especialmente febre, calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza ou congestão nasal, distúrbios olfativos (perda de olfato) ou gustativos (perda de paladar) sem causa anterior, falta de ar ou dificuldade em respirar;



- O que fazer se apresentar algum sintoma, incluindo: i) a quem se reportar, ii) como se isolar e quais precauções adicionais deve tomar (observar sinais de gravidade), e iii) quais são os serviços de referência para diagnóstico e tratamento que deve buscar;
- Orientações sobre como e onde deve ser realizado o isolamento:
 - Seguir a orientação médica, ficar em casa pelo período de 14 dias após a data da última exposição ao caso;
 - Manter distanciamento físico de pelo menos um metro dos demais moradores da residência e uso de máscara quando estiverem no mesmo ambiente;
 - Verificar a temperatura no mínimo duas vezes ao dia;
 - Estar atento para a manifestação de sinais e sintomas;
 - Evitar contato com pessoas de grupos com maior risco (vide tópico fatores de risco);
 - Não compartilhamento de objetos pessoais e
 - Desinfecção de ambientes.
- Oferecer atestado médico para afastamento laboral durante o período de isolamento;
- Canais oficiais de comunicação sobre a covid-19 (site do Ministério da Saúde e governo local, telefones de contato, serviços de saúde de referência, entre outros);
- Sigilo e confidencialidade das informações coletadas (como poderão ser usados, como serão armazenados, processados e divulgados – informes, boletins, artigos, entre outros.);
- Forma acordada de acompanhamento durante o período de monitoramento (pessoalmente, por telefone, e-mail, entre outros), incluindo a periodicidade e os horários disponíveis.
- Possibilidade de realizar coleta de material para exames laboratoriais, caso esta seja uma estratégia municipal.

Sugere-se que os contatos sejam monitorados no mínimo a cada dois dias, contudo, essa periodicidade pode ser diária se o município tiver condições operacionais. Deve-se perguntar sobre o cumprimento das recomendações de isolamento e o aparecimento de sinais e sintomas compatíveis da covid-19 por um período de até 14 dias após a data do último contato com o caso confirmado para covid-19. Com o monitoramento sendo a cada dois dias, pode-se coincidir que as ligações sejam no 3º, 5º, 7º, 9º, 11º e 13º dia de sintomas, porém deve-se encerrar o ciclo completo, sendo necessário realizar contato também no 14º dia.

Os dados do monitoramento deverão ser coletados, para cada contato, em um formulário padrão ou diretamente em formulário eletrônico. O e-SUS Notifica possui um módulo de monitoramento de contatos para registrar essas informações, e é o sistema disponibilizado para uso nacional (Figura 4 e Anexo III).



FIGURA 4 FICHA DE MONITORAMENTO DE CONTATOS DO E-SUS NOTIFICA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

e-SUS Notifica MONITORAMENTO DE CONTATOS

INFORMAÇÕES DO CASO ÍNDICE														
ID Fonte/Caso Índice:	Nome do caso Fonte:													
INFORMAÇÕES DO CONTATO														
ID do contato:	Nome completo:													
UF de Residência:	Município de Residência:													
Telefone 1:	CPF do contato:													
Telefone 2:	Data do último contato com o caso índice:													
Relação com o caso: <i>(Marcar X)</i> <input type="checkbox"/> Domiciliar <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Evento Social <input type="checkbox"/> Outros (especificar): _____														
Status do Monitoramento: <i>(Marcar X)</i> <input type="checkbox"/> Não iniciado <input type="checkbox"/> Em andamento <input type="checkbox"/> Concluído														
PERÍODO DE INCUBAÇÃO (DIAS APÓS O ÚLTIMO ENCONTRO COM O CASO CONFIRMADO DE COVID-19)														
STATUS DO DIA:	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	13º	14º
1-Visto e saudável														
2-Caso suspeito														
Resultado final do monitoramento de contato: <i>(Marcar X)</i>														
<input type="checkbox"/> Monitoramento concluído, suspeita de COVID <input type="checkbox"/> Monitoramento concluído, contato descartado <input type="checkbox"/> Perda de seguimento <input type="checkbox"/> Problema com a equipe de monitoramento <input type="checkbox"/> Recusa <input type="checkbox"/> Não Encontrado (na ligação)														

e-SUS Notifica - MODELO DE FICHA DE MONITORAMENTO DE CONTATOS 17/12/2020.

Se o contato não for encontrado, deve se esforçar ao máximo para conseguir contatá-lo por outros meios. Por isso, no primeiro contato, deve-se coletar informações de pessoas próximas (familiares, amigos, entre outros), bem como perguntar se ele está pensando em se mudar em breve, a fim de garantir o seu novo endereço e, assim, diminuir a perda de seguimento.

Outra ação importante é verificar se os contatos encontrados possuem condições de realizar o isolamento, ou se necessitam de apoio do órgão de saúde. O atestado médico deve ser oferecido aos contatos em razão da necessidade de afastamento do trabalho durante o período de isolamento. Para efeitos de afastamento das atividades laborais de contatos próximos de casos confirmados, considerar a previsão legal da Portaria Conjunta nº 20 de 18 de junho de 2020, que estabelece as medidas a serem observadas visando à prevenção, controle e mitigação dos riscos de transmissão da covid-19 nos ambientes de trabalho.

Caso o município tenha condições de realizar exames laboratoriais dos contatos, deverá utilizar somente os métodos RT-qPCR, RT-LAMP ou teste rápido de antígeno, pois são os que detectam o vírus SARS-CoV-2.

Como se trata de realização de exame em indivíduos **assintomáticos**, deve-se realizar a coleta do *swab* no período mínimo de 5 dias após o último encontro com o caso suspeito e/ou confirmado de covid-19. Isso se explica porque, em geral, a maior parte da população tem período de incubação médio de 5 a 6 dias, assim, ao coletar no quinto (5º) dia, espera-se que tenha terminado o período de latência médio e o contato, se contaminado, já esteja eliminando o vírus, aumentando a chance real de se detectar o RNA viral em pessoas assintomáticas.



ENCERRAMENTO DO MONITORAMENTO DE CONTATOS

Todos os contatos rastreados precisam ter um encerramento. As possibilidades estão descritas a seguir:

a. Contato não encontrado

Se o contato não for encontrado, a equipe deve se esforçar ao máximo para se comunicar com o contato por outros meios, podendo, inclusive, conversar novamente com o caso suspeito e/ou confirmado para conseguir outras formas para localizar o contato indicado.

É importante estabelecer uma regra sobre o número de vezes, períodos e dias que a equipe deve tentar encontrar o contato, como por exemplo, três tentativas em dois dias e períodos do dia diferentes. Caso não consiga contatá-lo no número de tentativas estipuladas, o contato deverá ser encerrado como NÃO ENCONTRADO.

b. Recusa

Outra possibilidade é o contato ser encontrado, contudo ele pode se recusar a participar da estratégia de monitoramento, dessa forma, deverá ser encerrado como RECUSA.

c. Perda de seguimento

A fim de evitar perda de seguimento, na primeira entrevista realizada com o contato, deve-se coletar informações de pessoas próximas (familiares, amigos, entre outros), bem como perguntar se ele está pensando em se mudar em breve, a fim de garantir o seu novo endereço e, assim, diminuir a perda de seguimento. Caso o monitoramento seja iniciado, mas a equipe não consiga mais encontrar o contato, ou haja desistência do monitoramento por parte do contato, deve-se encerrar como PERDA DE SEGUIMENTO.

d. Problema com a equipe de monitoramento

Caso ocorra algum problema de descontinuidade do monitoramento devido a problemas relacionados a equipe técnica que está realizando a investigação, deve-se encerrar o caso como PROBLEMA COM A EQUIPE DE MONITORAMENTO.

e. Caso suspeito de covid-19

Os contatos que desenvolverem sinais ou sintomas sugestivos de covid-19 (contatos sintomáticos) durante o período de monitoramento ou se já estiverem sintomáticos ao serem encontrados pela equipe de monitoramento, serão considerados como casos suspeitos de covid-19.

Deverão ser orientados a procurar imediatamente um serviço de saúde mais próximo, para avaliação clínica e realização de testagem, além de receber informações sobre isolamento descritas no item “Orientações para isolamento de casos de covid-19”.

Esse contato deixará de ser monitorado como contato e passará a ser caso suspeito, portanto, deverá ser iniciado o rastreamento de seus contatos. Dessa forma, esse monitoramento deve ser encerrado como CASO SUSPEITO DE COVID-19. Ademais, por ser caso de SG ou SRAG, deverá ser notificado nos respectivos sistemas de notificação (e-SUS Notifica ou Sivep-GRIFE).

**f. Caso confirmado de covid-19**

Se o município realizar exame de RT-qPCR, RT-LAMP ou teste rápido de antígeno entre os contatos e o resultado de um desses exames for positivo, ele deixará de ser monitorado como contato e deverá ser encerrado como CASO CONFIRMADO de covid-19. Deve-se manter o isolamento e monitoramento de sinais e sintomas, suspendendo-o após 10 dias da data de coleta da amostra, conforme descrito no item “Orientações para isolamento de casos de covid-19”.

É importante ressaltar que o encerramento do monitoramento do contato pela confirmação por Covid-19, no e-SUS Notifica (módulo de monitoramento de contatos), não gera automaticamente uma ficha de notificação de caso suspeito ou confirmado, tanto no e-SUS Notifica (módulo principal de notificação) quanto no Sivep-Gripe. Portanto, o caso deverá ser notificado no e-SUS Notifica ou Sivep-GRIPE, a depender do quadro clínico. Ainda que o caso não apresente nenhum sintoma, o mesmo deverá ser notificado no e-SUS Notifica por ter apresentado um resultado laboratorial confirmatório.

Adicionalmente, deverá ser iniciado o rastreamento de seus contatos.

g. Contato descartado para covid-19

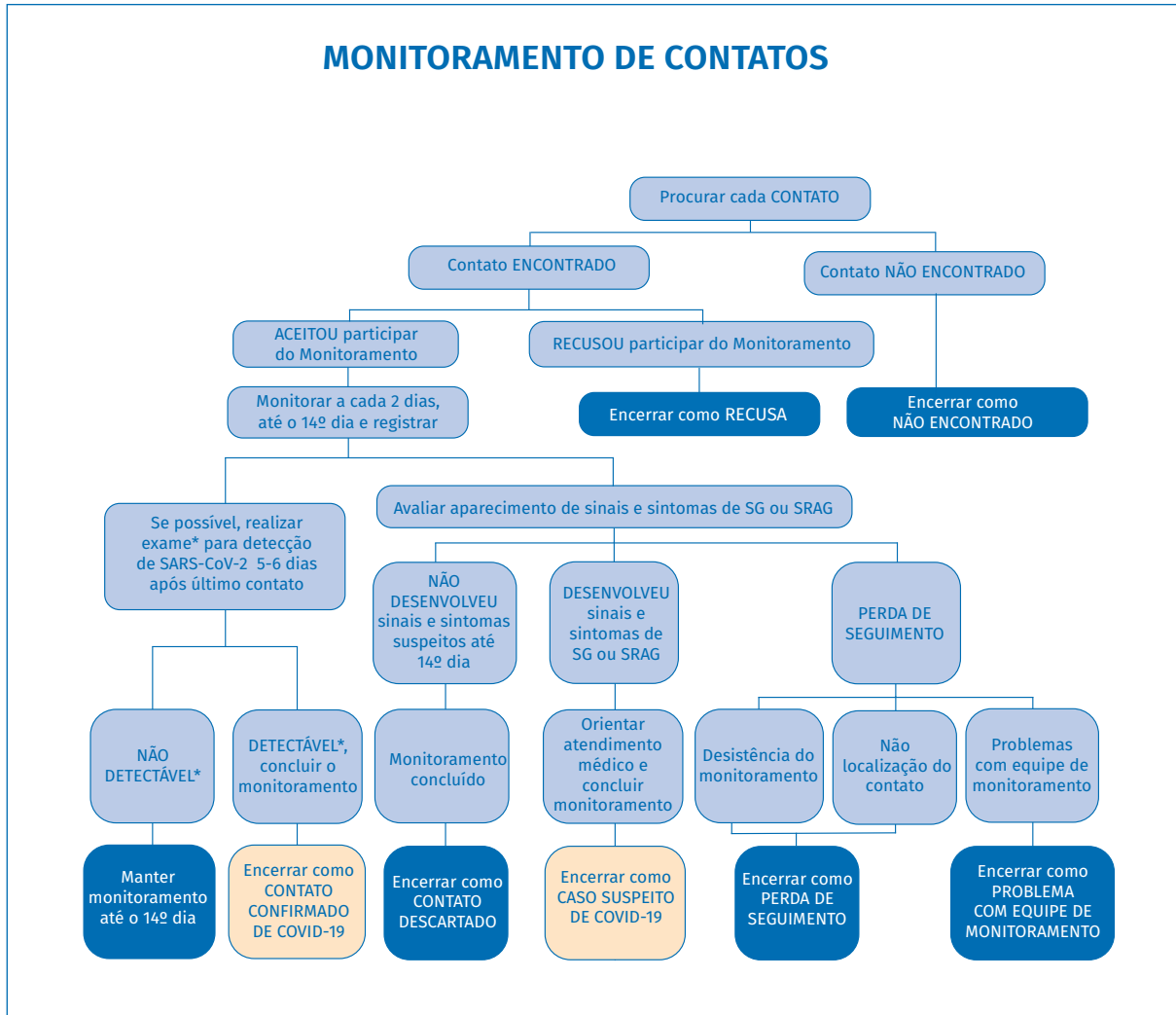
Os contatos que se mantiveram assintomáticos até o 14º dia do monitoramento deverão ser encerrados como CONTATO DESCARTADO para covid-19.

Os contatos assintomáticos que realizarem exame laboratorial e o resultado for negativo, o monitoramento desse contato deve ser continuado até o 14º dia, a fim de ter certeza que o mesmo não desenvolverá nenhum sinal ou sintoma de SG ou SRAG, uma vez que o período de incubação pode variar de 1 a 14 dias, com média de 5 a 6 dias. Nessa situação, o isolamento pode ser suspenso, mas o monitoramento deve ser mantido até o 14º dia. Se ao final desse período, permanecer assintomático, deverá ser encerrado como CONTATO DESCARTADO para covid-19.



A Figura 5 apresenta os passos que devem ser seguidos para monitoramento de contatos próximos de casos suspeitos e/ou confirmados de covid-19 até o seu encerramento.

FIGURA 5 FLUXOGRAMA PARA MONITORAMENTO DE CONTATOS E ENCERRAMENTO



*Exames para detecção de SARS-CoV-2: RT-qPCR, RT-LAMP e teste rápido de antígeno.



FORÇA DE TRABALHO

O rastreamento de contatos é uma atividade multidisciplinar e uma oportunidade de integração entre a vigilância e a atenção primária à saúde. Sugere-se que a equipe de investigadores seja mista, composta por, pelo menos, um técnico da vigilância e outro da atenção primária, que pode ser, inclusive, um agente comunitário de saúde (ACS).

O tamanho da equipe de investigadores depende de diversos fatores, incluindo o número de casos e contatos, a disponibilidade de equipamentos de proteção, a capacidade operacional e logística, entre outros, e deverá ser definida localmente.

Sugere-se que as equipes de investigadores se reportem a um supervisor, que deverá se responsabilizar pelas questões operacionais e logísticas para manter as equipes atuantes e garantir a qualidade da coleta e análise de dados, revisando uma amostra das entrevistas que forem sendo realizadas.

A distribuição das entrevistas por equipe de investigadores pode ser realizada por proximidade espacial (visitas domiciliares) ou por turnos (telefone ou e-mail).

Durante as visitas domiciliares, os investigadores devem manter a distância mínima de um metro dos casos ou contatos de covid-19, usar equipamento de proteção e, preferencialmente, conduzir as entrevistas em lugares externos ou bem arejados.

O rastreamento de contatos requer, além da equipe capacitada, materiais administrativos e outros de suporte, como identificação oficial, transporte, insumos laboratoriais, equipamentos como aparelho celular, telefone, computador, conexão com a internet, além de máscaras, luvas, sanitizantes como álcool gel, entre outros.



INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL DO CORONAVÍRUS

Desde o início da pandemia da doença causada pelo SARS-CoV-2, o diagnóstico laboratorial se destacou como uma importante ferramenta para confirmar os casos e, principalmente, para orientar estratégias de atenção à saúde, isolamento e biossegurança para profissionais de saúde. Mais recentemente tem sido considerado como possível estratégia de afastamento e retorno laboral seguros.

O diagnóstico laboratorial e o conhecimento da circulação do vírus SARS-CoV-2 são fundamentais para o desenvolvimento das atividades da vigilância. A Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (RNLSP) é de suma importância na identificação do agente etiológico, análise antigênica e genética.

As padronizações do diagnóstico, fluxos e prazos permitem comparação de resultados e a operacionalização de um monitoramento sistemático dos dados gerados pela RNLSP, com objetivo de subsidiar a tomada de decisão e de resposta em saúde pública referentes às ações de vigilância à covid-19.

A rede nacional de laboratórios para vigilância de influenza e outros vírus respiratórios, incluindo o SARS-CoV-2, faz parte do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab), constituída por 27 Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen), nas 26 unidades federadas e no Distrito Federal; um Laboratório de Referência Nacional (LRN) e dois Laboratórios de Referência Regional (LRR). O Laboratório de Vírus Respiratórios e Sarampo do Instituto Oswaldo Cruz da Fiocruz/RJ é o LRN, o Laboratório de Vírus Respiratório do Instituto Adolfo Lutz (IAL/SP) e o Instituto Evandro Chagas (IEC/SVS/MS) são os LRR, responsáveis pelas análises complementares às realizadas pelos Lacen. O LRN e os LRR são credenciados na OMS como Centros Nacionais de Influenza (NIC, do inglês *National Influenza Center*) e fazem parte da rede global de vigilância da influenza e outros vírus respiratórios. Os Laboratórios de Referência são responsáveis pela caracterização antigênica e genética dos vírus circulantes e identificação de novos subtipos, além da detecção do vírus SARS-CoV-2 por RT-qPCR.

A resposta laboratorial à pandemia de covid-19, no primeiro momento, foi realizada pelos laboratórios de referência nacional e regional, que foram responsáveis pela implantação do diagnóstico por RT-Qpcr para SARS-CoV-2 no país e posteriormente realizaram a capacitação dos profissionais dos Lacen para a descentralização desta metodologia. A descentralização do diagnóstico laboratorial foi parte essencial e estratégica para a resposta do Ministério da Saúde à pandemia.

Dessa maneira, todos os Lacen passaram a realizar RT-qPCR para identificação do SARS-CoV-2 e resposta às demandas do estado. Com isso, a vigilância laboratorial passou a ser peça fundamental para a vigilância epidemiológica e atenção à saúde na confirmação diagnóstica e tratamento da covid-19. Esses laboratórios realizam o processamento inicial das amostras coletadas, incluindo aliquotagem, estocagem e diagnóstico laboratorial viral.



TIPOS DE TESTES LABORATORIAIS PARA VÍRUS RESPIRATÓRIOS

TESTE MOLECULAR: RT-PCR EM TEMPO REAL (RT-qPCR)

Desde o início da epidemia de covid-19, a OMS recomenda que o diagnóstico laboratorial seja realizado utilizando testes moleculares, que visam a detecção do RNA do SARS-CoV-2 em amostras do trato respiratório por RT-PCR em tempo real (reação em cadeia da polimerase em tempo real precedida de transcrição reversa – RT-qPCR). Até o momento, este permanece sendo o teste laboratorial de escolha para o diagnóstico da covid-19.

O Ministério da Saúde, seguindo as recomendações da OMS, implantou o diagnóstico molecular de covid-19 no país, em 31 de janeiro de 2020, nos três NIC e, nos 27 Lacen, em 18 de março de 2020.

Entre os protocolos para detecção desses genes, o Brasil utiliza os protocolos do Instituto Charité/Berlim e do CDC (Centers for Disease Control and Prevention), sendo que o protocolo Charité/Berlim tem sido amplamente utilizado por estabelecimentos de saúde pública e da saúde suplementar, incluindo laboratórios da rede privada.

A recomendação para confirmação laboratorial dos casos é a detecção de dois marcadores genéticos diferentes. As recentes comunicações científicas demonstram que os genes E e N possuem maior sensibilidade que o gene RdRP (P1), devendo ser priorizados como marcador de escolha.

Segundo a OMS, a detecção do vírus por RT-qPCR (reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa em tempo real) permanece sendo o teste laboratorial de escolha para o diagnóstico de pacientes sintomáticos na fase aguda. Esse exame permite identificar a presença do vírus SARS-CoV-2 em amostras coletadas da nasofaringe até o 8º dia de início dos sintomas. Em casos graves hospitalizados, a amostra pode ser coletada até o 14º dia do início dos sintomas.

TESTE MOLECULAR: RT-LAMP

O teste molecular para covid-19 pela metodologia RT-LAMP identifica a presença do SARS-CoV-2 em amostra de saliva durante o período de infecção ativa do vírus. O protocolo é baseado na técnica de amplificação isotérmica mediada por loop com transcriptase reversa (reverse transcriptase loop-mediated isothermal amplification, RT-LAMP). O protocolo é mais simples e rápido do que o RT-PCR e não requer o uso de aparelhos laboratoriais complexos, como termociclador em tempo real. Essa metodologia está sendo utilizada na rede de saúde suplementar do Brasil, como alternativa à metodologia de RT-qPCR, uma vez que é capaz de detectar com segurança amostras de SARS-CoV-2.



TESTE RÁPIDO IMUNOCROMATOGRÁFICO PARA PESQUISA DE ANTÍGENO VIRAL

Os testes rápidos são imunoensaios que detectam a presença de um antígeno do vírus SARS-CoV-2, o que implica infecção viral atual, podendo ser utilizados para o diagnóstico na fase aguda da doença (do 1º ao 7º dia após início dos sintomas). São realizados a partir de amostras de esfregaço nasofaríngeo ou nasal e os resultados são liberados em aproximadamente 15 minutos.

A interpretação adequada dos resultados do teste de antígeno é importante para o manejo clínico preciso de pacientes com suspeita de covid-19, ou para identificação de pessoas potencialmente infectadas quando usado para triagem. São particularmente úteis se a pessoa é testada nos estágios iniciais da infecção com SARS-CoV-2, quando a carga viral está geralmente mais alta (CDC, 2019).

Segundo as orientações da OMS, testes rápidos que detectam antígenos específicos para infecção por SARS-CoV-2 são recomendados para uso próximo ao paciente, no local de atendimento.

Para o Ministério da Saúde, o uso desses testes é indicado para grupos populacionais específicos, que dependem de um resultado para auxiliar na conduta clínica imediata e para locais remotos, onde há limitação para o transporte oportuno de amostras até o Lacen.

Uma das desvantagens desse teste é a dificuldade para a rastreabilidade, tanto para o registro dos resultados, como também para o controle do estoque e seu uso.

O uso de testes rápidos de antígenos não é recomendado em populações com baixa prevalência esperada de doença (por exemplo: triagem em pontos de entrada, doação de sangue e cirurgia eletiva).

TESTES IMUNOLÓGICOS: TESTE RÁPIDO OU SOROLOGIA CLÁSSICA PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS

Os testes imunológicos (sorológicos) permitem conhecer o perfil sorológico da população, identificando a resposta imunológica (produção de anticorpos IgA, IgM e/ou IgG) do indivíduo em relação ao vírus SARS-CoV-2, podendo diagnosticar doença ativa ou pregressa, por isso são indicados a partir do 8º dia do início dos sintomas nos diferentes contextos para os grupos testados.

Os testes baseados nos métodos Elisa e quimioluminescência (realizados dentro de ambiente laboratorial por técnicas automatizadas) apresentam desempenho analítico superior aos testes imunocromatográficos (testes rápidos). Mesmo validados, é importante saber que os testes rápidos apresentam importantes limitações e a principal delas é que precisa ser realizado, de forma geral, a partir do 8º (oitavo) dia do início dos sintomas. Ausência de padronização dos kits, os diferentes antígenos e métodos utilizados para a detecção dos anticorpos, bem como o desenho dos estudos de avaliação do desempenho diagnóstico dos testes, resultam em heterogeneidade nos valores de sensibilidade, especificidade, somando-se à questão a cinética do aparecimento dos anticorpos, conforme descritos na literatura.



Atualmente, podem ser realizados por vários tipos de metodologias – imunocromatografia (teste rápido), ensaio imunoenzimático (Elisa), quimioluminescência (Clia) ou eletroquimioluminescência (Eclia), imunofluorescência direta e indireta (pouco usados neste caso) e são indicados para indivíduos:

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

No cenário da pandemia, os testes sorológicos da covid-19, por qualquer um dos quatro métodos citados, contribuem com a identificação da imunidade comunitária desenvolvida, sendo crucial para auxiliar os gestores na tomada de decisões de inteligência epidemiológica. Dessa forma, são testes indicados para triagem e auxílio na adoção das medidas não farmacológicas.

O teste sorológico do tipo imunocromatográfico, também conhecido como teste rápido da covid-19, tem a vantagem de ser prático e não necessitar de habilidade técnica para coleta da amostra e condução do exame, podendo ser realizado fora de ambiente laboratorial, até mesmo em uma residência. Contudo, o resultado é expresso de forma qualitativa, indicando presença ou ausência do anticorpo IgM e/ou IgG pesquisado.

Os testes sorológicos do tipo Elisa ou Eclia trazem como vantagens maior precisão e segurança por serem realizados em ambiente laboratorial, necessitarem de cadastro da amostra em um sistema de informação laboratorial, além do resultado poder ser quantificado, ou seja, os níveis de concentração dos anticorpos podem ser mensurados. No SUS, toda cadeia de requisição do exame, processamento da amostra e liberação do resultado é realizada por meio do sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), permitindo a rastreabilidade da amostra e facilitando a consulta pela vigilância municipal.

Qualquer produto para diagnóstico apresenta características sobre seu desempenho, conhecidas como acurácia, entre elas a sensibilidade e especificidade, valores preditivos positivos e negativos [VP+ e VP-], razão de verossimilhança positiva e negativa [RV+ e RV-], bem como características sobre o método do diagnóstico, tipo de amostra biológica necessária, tempo para a leitura do resultado, entre outros. Esses dados são informados pelos fabricantes no momento do registro na Anvisa e, posteriormente, na bula do produto comercial.

Essas características são variáveis para cada tipo de teste, por isso, recomenda-se que sejam avaliadas por profissionais que atuam nos laboratórios de saúde pública antes desse produto ser adquirido para uso no SUS.

Para conhecer os produtos para diagnóstico registrados no país, consultar o sítio eletrônico da Anvisa, <http://portal.anvisa.gov.br> buscando pelo termo **Produtos para diagnóstico in vitro de covid-19 regularizados**.



ORIENTAÇÕES PARA COLETA DE MATERIAL PARA RT-qPCR

Para a rotina da atenção e vigilância à saúde da covid-19, a coleta de amostras para a detecção do vírus SARS-CoV-2, por RT-PCR em tempo real, deve ser realizada o mais precocemente possível quando o paciente com SG ou SRAG está na fase aguda da infecção, até o 8º dia após o início dos sintomas. Após esse período, a sensibilidade de metodologia diminui significativamente e, portanto, não é recomendável a coleta fora desse período, exceto para pacientes graves hospitalizados que pode ser realizada até o 14º dia do início dos sintomas.

A amostra clínica preconizada para realização do RT-qPCR é a secreção de nasofaringe. Contudo, também podem ser coletadas amostras do trato respiratório inferior como escarro, aspirado traqueal e lavado broncoalveolar em pacientes hospitalizados. Nos casos graves as amostras de trato respiratório inferior podem ter uma positividade maior e permanecer positivas por mais tempo.

O processo de coleta é um dos pontos críticos para o resultado do exame. Uma coleta inadequada, com uso do *swab* na porção mais externa da cavidade nasal ou na língua, leva a obtenção de baixo ou nenhum material viral, que não será detectado mesmo por métodos tão sensíveis como métodos moleculares.

Segundo o CDC, para coleta de amostras de trato respiratório superior devem ser utilizados *swabs* de fibra sintética (rayon) com haste de plástico. Não devem ser usados *swabs* de alginato de cálcio ou com hastes de madeira, pois podem conter substâncias que inativam alguns vírus e inibem o teste de PCR.

CASOS DE SG OU SRAG

Para o diagnóstico laboratorial de casos de SG e SRAG suspeitos de covid-19, o padrão ouro é a realização do teste molecular RT-qPCR que detecta o RNA do vírus SARS-CoV-2, causador da covid-19. Essa coleta deve ser realizada para os seguintes grupos:

- Sintomáticos, na fase aguda da doença, que atendam a definição de caso de SG ou SRAG, com coleta da amostra recomendada entre 1º e o 8º dia de início dos sintomas (fase aguda da doença), por meio de *swab* de nasofaringe.
- Caso de SRAG, pode ter a coleta realizada entre o 1º e o 14º dia do início dos sintomas através da secreção de nasofaringe. Nos casos graves também podem ser coletadas amostras do trato respiratório inferior como escarro, aspirado traqueal e lavado broncoalveolar.

ASSINTOMÁTICOS OU CONTATOS DE CASOS CONFIRMADOS

- Assintomáticos, prioritariamente para os profissionais da saúde e segurança pública, com periodicidade a ser definida por cada serviço;
- Contatos de casos confirmados, para identificar casos assintomáticos em fase virêmica e evitar a transmissibilidade da doença.



BIOSSEGURANÇA PARA COLETA DE AMOSTRAS

A investigação de infecções respiratórias a partir de pacientes com suspeita de infecção por SARS-CoV-2 deve seguir as recomendações de biossegurança destinadas aos profissionais da saúde que trabalham com agentes infecciosos.

Constitui a primeira linha de proteção, os equipamentos de proteção individual (EPI):

- Gorro descartável;
- Óculos de proteção ou protetor facial total;
- Máscara do tipo PFF2 (N95 ou equivalente);
- Luva de procedimento;
- Avental de mangas compridas; e
- Calçados fechados.

Todos os procedimentos técnicos devem ser realizados de modo a minimizar a geração de aerossóis e gotículas.

METODOLOGIA PARA COLETA DE SECREÇÃO EM NASOFARINGE E OROFARINGE³⁰

SWAB DE NASOFARINGE

A coleta deve ser realizada com a fricção do *swab* na região posterior do meato nasal tentando obter um pouco das células da mucosa. Coletar *swab* nas duas narinas (um *swab* para cada narina).

O profissional que realizar a coleta deve examinar a fossa nasal do paciente com o intuito de verificar a presença de secreções.

O *swab* deve atingir uma profundidade próxima à distância entre a abertura da narina anterior (Fig.7) e parte anterior da abertura da orelha. Esta distância varia entre 8 a 10 cm para adultos (Fig. 6). Inserir com rotação suave o *swab* em uma narina, **paralelamente ao palato e assoalho nasal** até encontrar uma resistência que corresponde à parede posterior da **nasofaringe** (Fig. 6 e 7).

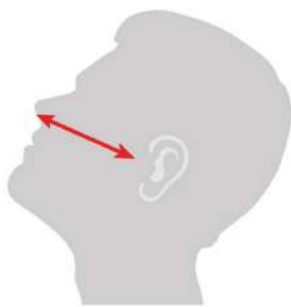
Não inserir paralelamente à mesma orientação do **dorso nasal** (Fig. 7). Não inclinar a ponta do *swab* para cima ou para baixo. Prosseguir sempre horizontalmente. Encontrando alguma resistência no percurso, antes de atingir a **nasofaringe**, redirecionar a haste e tentar novamente. Em caso de obstrução por desvio de septo nasal ou outro tipo de bloqueio, usar o mesmo *swab* para colher na outra narina. Havendo bloqueio em uma narina a coleta em uma só narina é aceitável, não havendo necessidade de colher em orofaringe.

³⁰ UFMG. NUCLEO DE AÇÕES E PESQUISA EM APOIO DIAGNÓSTICO DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG. Instruções para coleta de amostras para diagnóstico molecular Covid-19. Disponível em: <https://www.nupad.medicina.ufmg.br/doencas-infecciosas/instrucoes-coleta-covid-19/>. Acesso em 3/8/2020.



Após atingir a **nasofaringe**, realizar alguns movimentos suaves de fricção e rotação. Deixar o **swab imóvel** por 10 segundos na **nasofaringe**. Retirar devagar, fazendo movimentos suaves de rotação. Repita o procedimento na outra narina utilizando o mesmo **swab**.

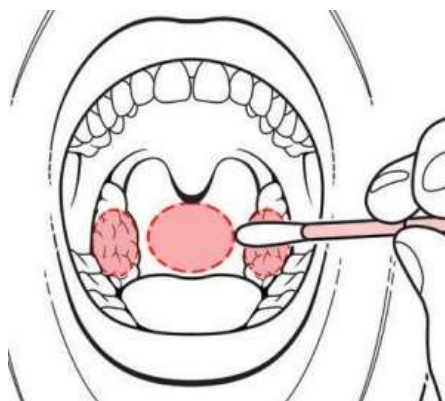
Após a coleta, introduzir o **swab**, imediatamente, no tubo com solução fisiológica 0,9% ou meio de transporte viral, fazendo um movimento de rotação por alguns segundos. Levante levemente a haste do **swab** e corte com tesoura seca, previamente higienizada com álcool a 70°. Caso o **swab** tenha um ponto de quebra, não é necessário usar a tesoura, bastando quebrar a haste. Manter o **swab** no tubo, vedando firmemente a tampa.

FIGURA 6**FIGURA 7**

SWAB DE OROFARINGE

Coletar **swab** na área posterior da faringe e tonsilas, evitando tocar na língua.

Com um novo **swab**, após exposição/abertura da cavidade oral, friccione o **swab** na **parede posterior da faringe** e **regiões amigdalíneas direita e esquerda**, conforme sinalizado na Figura 8. Se as amígdalas foram removidas ou não estão visíveis, friccione na loja amigdaliana. Evite contato da ponta do **swab** com a língua, dentes e gengivas.

FIGURA 8

**NOTA**

Devido à escassez mundial de insumos relacionados à assistência e ao diagnóstico laboratorial da covid-19, diversas são as dificuldades relatadas pelos profissionais da saúde quanto à realização dos procedimentos. No Brasil não tem sido diferente e inúmeros são os relatos de falta de *swab* para a coleta de amostras de trato respiratório superior para diagnóstico da covid-19.

Seguindo as recomendações da OMS e do CDC, a Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública recomenda que haja racionalização do uso de *swab*, por meio da utilização de um *swab* para as duas narinas.

ASPIRADO DE NASOFARINGE

Com o coletor próprio, aspirar a secreção de nasofaringe das duas narinas. Pode também ser utilizado como coletor um equipo de solução fisiológica, acoplado a uma sonda uretral número 6. A aspiração deve ser realizada com bomba aspiradora portátil ou vácuo de parede; não utilizar pressão de vácuo muito forte. (Figura 9)

Após aspirar a secreção nasofaríngea com o coletor próprio, inserir a sonda de aspiração no frasco, contendo 3 mL de meio de transporte viral. Aspirar todo o meio para dentro do coletor. Retirar a tampa com as sondas e desprezar como resíduo biológico. Fechar o frasco coletor utilizando a tampa plástica que se encontra na parte inferior do coletor. Vedar esta tampa com plástico aderente tipo Parafilm e manter refrigerado a 4°C (não congelar). Não havendo disponibilidade de Parafilm, vedar o frasco com esparadrapo.

Caso a amostra seja coletada com equipo, não deve ser adicionado o meio de transporte viral. O equipo deve ser colocado em saco plástico, lacrado e identificado. Manter refrigerado a 4°C (não congelar).

**FIGURA 9****LAVADO BRONCOALVEOLAR³¹**

Em pacientes hospitalizados o MS recomenda a coleta de lavado broncoalveolar como amostra preferencial ao *swab*. O processo de coleta dessa amostra é menos passível de erros que a coleta de *swabs* favorecendo assim, resultados com maior acurácia para RT-qPCR. Por se tratar de procedimento delicado, que requer utilização de equipamentos específicos, a coleta deve ser realizada por médicos.

SALIVA

Para a coleta, o paciente com a boca limpa e livre de resíduos alimentares, deverá estimular a produção de saliva por 1 minuto com movimentos de mastigação e depois cuspir 2-3 mL em frasco coletor universal, estéril, à prova de vazamento e com tampa de rosca. O material deverá ser coletado em ambiente de assistência médica, com intervenção e supervisão de um profissional de saúde.

A Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB/SVS/MS) recomenda que, em caráter excepcional, em locais onde haja falta de *swabs*, seja feita a coleta de saliva, como alternativa para o diagnóstico da covid-19.

³¹UFMG. NUCLEO DE AÇÕES E PESQUISA EM APOIO DIAGNÓSTICO DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG. Instruções para coleta de amostras para diagnóstico molecular Covid-19. Disponível em: <https://www.nupad.medicina.ufmg.br/doencas-infecciosas/instrucoes-coleta-covid-19/>. Acesso em 3/8/2020.



AMOSTRAS EM SITUAÇÃO DE ÓBITO

Para pacientes que evoluíram a óbito deverá ser realizada a coleta das seguintes amostras para o diagnóstico viral e histopatológico:

- Tecido da região central dos brônquios (hilar), dos brônquios direito e esquerdo e da traqueia proximal e distal;
- Tecido do parênquima pulmonar direito e esquerdo;
- Tecido das tonsilas e mucosa nasal.

Para o diagnóstico viral, as amostras frescas coletadas devem ser acondicionadas individualmente, em recipientes estéreis e imersas em meio de transporte viral ou solução salina tamponada (PBS pH 7.2), suplementadas com antibióticos. Imediatamente após a coleta, os espécimes identificados com sua origem tecidual devem ser congelados e transportados em gelo seco.

Para o diagnóstico histopatológico, a coleta de amostras deve ser feita observando-se os protocolos em vigência, nos serviços locais de patologia. Acondicionar as amostras em frasco de vidro com boca larga com formalina tamponada a 10%. Utilizar parafina sem compostos adicionais (por exemplo: cera de abelha, cera de carnaúba, dentre outros) no processo de parafinização dos fragmentos.

Observação

Esse conteúdo está atualizado conforme informações técnicas publicadas nos boletins epidemiológicos especiais (BEE) covid-19 número 12 e 16. Caso ocorram novas atualizações à luz do conhecimento científico do diagnóstico laboratorial da covid-19, as mesmas serão publicadas em novo BEE.



QUADRO 3 METODOLOGIAS LABORATORIAIS PARA DIAGNÓSTICO DA COVID-19 POR FASE DA DOENÇA, PERÍODO DA COLETA E TIPO DE AMOSTRA

Metodologia laboratorial	Objetivo	Fase da doença	Período de coleta	Tipo de amostra
RT-qPCR	Detecta RNA do vírus SARS-CoV-2.	Fase aguda ou período virêmico.	Pacientes com Síndrome gripal: entre o 1º e o 8º dia de sintomas.	Amostra de nasofaringe.
			Pacientes Internados com SRAG: ente o 1º e o 14º dia de sintomas.	Amostras de nasofaringe ou do trato respiratório inferior como escarro, aspirado traqueal e lavado broncoalveolar.
Teste rápido de antígeno	Detecta proteína do vírus SARS-CoV-2.	Fase aguda ou período virêmico.	1º ao 7º dia de sintomas.	Amostra de nasofaringe.
Elisa, Clia ou Eclia	Detecta anticorpos IgM, IgG e IgA.	Fase convalescente.	Após o 8º dia do início dos sintomas.	Amostras de soro.
Teste rápido de anticorpo	Detecta anticorpos IGM e IgG.	Fase convalescente.	Após o 8º dia do início dos sintomas.	Amostras de sangue total, soro ou plasma.

QUADRO 4 ORIENTAÇÕES PARA COLETA DE AMOSTRAS RESPIRATÓRIAS PARA TESTE MOLECULAR E AMOSTRAS DE SANGUE PARA SOROLOGIA NOS DIVERSOS SERVIÇOS DE SAÚDE E O PÚBLICO-ALVO

Serviço de Saúde	Indicação de coleta de amostra	Paciente na fase aguda da doença	Paciente na fase tardia da doença
Hospitais	100% dos casos de SRAG* hospitalizados .	Coletar amostra respiratória por meio de <i>swab</i> de nasofaringe, para realização de teste molecular (RT-qPCR).	Coletar amostra de sangue (gota de sangue, soro ou plasma) para realização de teste sorológico, conforme metodologia disponível no município ou Lacen.
Unidades Sentinela de SG*	100% dos casos de SG* atendidos.		
Centros de Atendimento para enfrentamento da covid-19	100% dos casos de SG* atendidos.	Realizar coleta para pacientes até o 8º dia de início dos sintomas.	Realizar coleta para pacientes a partir do 8º dia de início dos sintomas.
Demais unidades ¹	100% dos casos de SG* atendidos OU conforme capacidade local, priorizando pacientes de determinados grupos ² .	Em casos graves hospitalizados, a coleta pode ser realizada até o 14º dia do início dos sintomas.	

*SG: Síndrome Gripal; SRAG: Síndrome Respiratória Aguda Grave.

¹Unidade Básica de Saúde (UBS); Unidade de Pronto-Atendimento (UPA); Serviços de Atenção Domiciliar (SAD); Consultório na Rua; Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da covid-19 e outros serviços existentes a nível local.

²GRUPO 1: Trabalhadores de serviços de saúde e segurança; GRUPO 2: Condições de risco: Idosos, cardiopatas, renais crônicos, imunodeprimidos, doenças respiratórias, diabéticos e gestantes de alto risco; GRUPO 3: Grupos de interesse para a saúde pública: crianças menores de 2 anos, indígenas, gestantes e puérperas; GRUPO 4: Instituições de longa permanência para idosos; GRUPO 5: População privada de liberdade.



ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE DAS AMOSTRAS

Segundo recomendações da OMS, as amostras para diagnóstico molecular (tanto de trato respiratório superior quanto inferior) devem ser mantidas refrigeradas (2 a 8°C) até o processamento, que não deve ultrapassar 72 horas após a coleta. Na impossibilidade de processamento dentro desse período, recomenda-se congelar as amostras a -70°C. Caso haja necessidade de transporte das amostras deve-se assegurar a manutenção da temperatura. É importante evitar o congelamento e descongelamento sucessivos da amostra.

A embalagem para o transporte de amostras de casos suspeitos ou confirmados com infecção por SARS-CoV-2 devem seguir os regulamentos de remessa para Substância Biológica UN 3373, Categoria B. O MS coloca à disposição de todos os Lacen uma empresa especializada em logística para o transporte de amostras, que pode ser acionada pelo e-mail: cglab.transportes@saude.gov.br.

PROCESSAMENTO DE AMOSTRAS POR RT-PCR EM TEMPO REAL (RT-QPCR)

A OMS recomenda que o diagnóstico laboratorial seja realizado utilizando testes moleculares, que visam a detecção do RNA do SARS-CoV-2 em amostras do trato respiratório por RT-PCR em tempo real (reação em cadeia da polimerase em tempo real precedida de transcrição reversa – RT-qPCR), técnica considerada padrão ouro.

Entre os protocolos para detecção desses genes, o Brasil utiliza os protocolos do Instituto Charité/Berlim e do CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*).

A capacidade de resposta da rede Lacen e dos NICs tem sido ampliada com a aquisição dos kits: BiOMOL OneStep/Covid-19 IBMP, Allplex 2019-nCoV assay Seegen e kit molecular SARS-CoV-2 (E/RP) Bio-manguinhos. Estes kits possuem protocolos que estabelecem os genes alvos para a detecção do SARS-CoV-2 e a metodologia para a realização do RT-qPCR. O Brasil tem adotado o protocolo internacional desenvolvido pelo Instituto Charité/Berlim que utiliza como alvo os genes N, E, RdRp e o *Center Disease Control* (CDC) o qual é baseado na detecção de dois diferentes marcadores na região do nucleocapsídeo, N1 e N2.

O kit BIOMOL OneStep/covid-19 baseia-se na técnica de reação em cadeia da polimerase em tempo real com transcrição reversa (RT-qPCR) e permite a detecção do RNA do SARS-CoV-2 através de dois alvos: região conservada ORF1ab e região da proteína do nucleocapsídeo N. O kit possui um controle interno da reação, o qual possui como alvo o gene endógeno humano, Rox, que permite avaliar a qualidade do RNA extraído. De acordo com os critérios de interpretação, o controle positivo deverá amplificar os três alvos: ORF-1ab, gene N e o controle interno com $CT < 35$, e o controle negativo não deverá apresentar amplificação para os três genes avaliados. A confirmação laboratorial deve atender as seguintes condições: uma amostra é considerada positiva para a presença de SARS-CoV-2 quando os genes ORF-1ab e N são amplificados com amplificação ou ausência de amplificação do controle interno. Os resultados são considerados negativos quando ocorre ausência de amplificação ou amplificação dos genes ORF-1ab e N com ausência de amplificação do controle interno ($CT \leq 40$).



O kit Allplex 2019-nCoV assay Seegene é um ensaio de PCR em tempo real multiplex que detecta simultaneamente 3 alvos de SARS-CoV-2 em um único tubo. O ensaio foi projetado para detectar os genes RdRp, N específicos para o SARS-CoV-2 e o gene E para todos os Sarbecovírus, incluindo o SARS-CoV-2. A detecção laboratorial do SARS-CoV-2 é realizada pela presença de pelo menos um marcador com amplificação ou não do controle interno. Na ausência de amplificação de todos os genes alvos com a amplificação do controle interno o resultado é reportado como negativo.

O kit molecular SARS-CoV-2 (E/RP) Bio-manguinhos é um ensaio *one-step* baseado no protocolo do Instituto Charité/Berlim. Na prática, o gene E é selecionado como região alvo da amplificação. Neste kit também está incluído o controle endógeno interno, RNase P, o qual é usado para monitorar o processo de coleta de amostras, amplificação de RNA e PCR. De acordo com a interpretação dos resultados, a amplificação do gene E associado com amplificação ou não do controle interno é reportado como detectado. Se apenas o controle interno for detectado, o resultado é reportado como não detectável.

É importante ressaltar que resultados reportados como negativos não excluem a possibilidade de infecção pelo SARS-CoV-2. Vários fatores podem contribuir para um resultado negativo em um indivíduo infectado como: má qualidade da amostra, amostra biológica colhida cedo ou tardiamente, amostra enviada ao laboratório inadequadamente, mutações no genoma viral ou inibição das reações de transcrição-reversa. Diante disso, resultados de SARS-CoV-2 que tenham sido reportados como negativo de um paciente com elevada suspeita de infecção por este vírus, demonstra a necessidade de coletar amostras adicionais, incluindo as vias respiratórias inferiores.

De forma simplificada, o teste molecular é realizado de acordo com as etapas descritas no Quadro 5.



QUADRO 5 RESUMO DAS ETAPAS PARA REALIZAÇÃO DO RT-PCR EM TEMPO REAL E RECOMENDAÇÕES TÉCNICAS

Fase	Etapa	Equipamento de proteção individual*	Equipamentos	Resumo do procedimento	Tipo de material
Pré-analítica	1. Recepção, triagem e cadastramento da amostra no GAL	Máscara cirúrgica Avental Luva	-	Abertura da caixa de transporte para conferir as condições da amostra biológica: volume, integridade e rotulagem (identificação do recipiente x ficha).	Material infectante, mas recipiente fechado.
Analítica	2. Preparação da amostra	Gorro descartável Óculos de proteção ou protetor facial Máscara modelo PFF2 (N95 ou equivalente) Avental de mangas compridas Luva de procedimento Calçados fechados	Cabine de segurança Classe II A2 (com filtro HEPA)	Abrir o tubo falcon, esgotar o material dos 3 swabs dentro do próprio tubo e desprezá-los. Dividir a amostra em 2 criotubos (sem conservante)	Material infectante
	3. Extração do RNA viral		Sala específica 1 Equipamentos compatíveis com insumos para extração	Processamento manual ou automatizado para extração do RNA viral	Material infectante
	4. Amplificação do RNA viral		Sala específica 2 Equipamentos compatíveis com insumos para amplificação de covid-19	Processamento manual ou automatizado para amplificação do RNA viral	Material não infectante
	5. Leitura		Termociclador	Leitura das placas com as amostras	Material não infectante
Pós-analítica	6. Liberação do resultado	Avental	Computador Acesso ao sistema GAL	Digitação manual ou automatizada (interfaceamento com alguns equipamentos)	Material não infectante

* Ver recomendação no capítulo de Biossegurança laboratorial para covid-19.

É importante destacar que para as amostras negativas para covid-19 por teste molecular e que sejam de casos ou óbitos de SRAG deve ser continuado o diagnóstico para detecção de influenza e outros vírus respiratórios. Em áreas onde a covid-19 está amplamente disseminada, um ou mais resultados negativos de um mesmo caso ou óbito não descartam a possibilidade de infecção pelo vírus SARS-CoV-2. Vários fatores podem levar a um resultado negativo em um indivíduo infectado, incluindo:



- Amostra de má qualidade, contendo pouco material do paciente (como controle, considere determinar se existe DNA humano adequado na amostra, incluindo um alvo humano no teste de PCR).
- Amostra coletada em uma fase muito precoce ou tardia da infecção.
- Manuseio e envio inadequados da amostra. Razões técnicas inerentes ao teste como, por exemplo, mutação do vírus ou inibição de PCR.

Dessa forma, se um resultado negativo foi obtido de um paciente com alta probabilidade de infecção por SARS-CoV-2, particularmente quando foram analisadas apenas amostras do trato respiratório superior, é indicado, se possível, coletar amostras de vias respiratórias inferiores e testar novamente.

SEQUENCIAMENTO VIRAL

O sequenciamento genético desempenha um papel importante na luta contra as epidemias emergentes e reemergentes, uma vez que a análise dos genomas permite quantificar e qualificar a diversidade genética viral, reconstruindo origens da epidemia, estimando as taxas de transmissão, sugerindo os próximos surtos e fornecendo informações para o desenvolvimento de vacinas e novos medicamentos, além de permitir o melhoramento dos diagnósticos sorológicos e moleculares.

É importante destacar que o sequenciamento genético não é um método de diagnóstico e não é realizado para a rotina da confirmação laboratorial de casos suspeitos da covid-19, tampouco indicado para ser feito para 100% dos casos positivos, contudo a análise do seu resultado permite quantificar e qualificar a diversidade genética viral circulante no país. Essa técnica exige investimentos substanciais em termos de equipamentos, reagentes e recursos humanos em bioinformática e também em infraestrutura.

Desde a caracterização genômica inicial do SARS-CoV-2, causador da covid-19, o vírus divergiu em diferentes subclados em diversas regiões do mundo. A mutação é naturalmente esperada no processo de evolução do vírus. De fato, algumas mutações específicas definem subclados circulantes. Embora algumas dessas mutações tenham sido avaliadas quanto ao aumento de infectividade ou virulência, neste momento não há evidências suficientes para mostrar que alguns vírus circulantes têm virulência maior que outros. Contudo, mais informações genéticas sobre os vírus em circulação na região são necessárias para estabelecer padrões de dispersão e evolução. Assim, plataformas de sequenciamento podem ser usadas para caracterização genética do vírus em laboratórios com capacidade de sequenciamento. Esses laboratórios são incentivados pela OMS a sequenciar oportunamente amostras positivas e compartilhar informações genéticas por meio do GISAID (Iniciativa Global sobre compartilhamento de toda a plataforma de dados sobre influenza, do acrônimo em inglês *global initiative on sharing avian influenza data*), e, com isso, compartilhá-las com a comunidade científica para fins de saúde pública.

Até o momento da edição deste documento haviam três principais novas variantes do vírus SARS-CoV-2 identificadas e de importância na vigilância: uma identificada no Reino Unido, da linhagem B.1.1.17; na África do Sul, da linhagem B.1.1.351; e no Brasil a variante denominada P.1, da linhagem B.1.1.28. Estas linhagens do vírus são denominadas variantes de atenção e/ou preocupação, do inglês *“variants of concern”* (VOC), essas informações estarão sendo atualizadas conforme forem surgindo novos dados.



VARIANTES DE SARS-COV-2 ENCONTRADAS NO BRASIL

Por meio do monitoramento utilizando sequenciamento de nova geração, realizado nos laboratórios de referência, sabe-se que a linhagem B.1.1.28 está em circulação no Brasil desde fevereiro de 2020, bem como a B.1.1.33, ambas sem alterações significativas na proteína Spike (espícula), também conhecida como proteína S. Porém, em janeiro de 2021, uma nova variante de atenção e/ou preocupação (VOC) foi identificada no território brasileiro, por meio de amostras coletadas a partir de dezembro de 2021, em Manaus/AM.

A nova variante VOC P1, pertencente à linhagem B.1.1.28, que também pode ser redigida como B.1.1.28.1, foi notificada inicialmente em 9 de janeiro de 2021, pela autoridade do Japão à OMS. A notificação descreveu a identificação de uma nova variante em quatro viajantes provenientes de Manaus/Amazonas. Esta nova variante apresenta mutações na proteína Spike (E484K, N501Y e K417Y), na região de ligação ao receptor, que geraram alterações de importância biológica, ainda em investigação.

Até fevereiro de 2021, já foram reportados diversos casos da nova variante no estado do Amazonas e em outras unidades federadas no território nacional. Outros casos da variante de atenção inicialmente reportada no Reino Unido, da linhagem B.1.1.17, também já foram identificadas no Brasil.

A variante SARS-CoV-2 VUI 202012/1 (do inglês: *Variant under Investigation*, ano 2020, mês 12, variante 1), detectada no Reino Unido, conforme informado na nota técnica nº 126/2020-CGLAB/DAEVS/SVS/MS do dia 31/12/2020, apresenta a possibilidade de maior transmissão entre humanos. Esta variante é definida por múltiplas mutações na proteína da espícula viral (Spike), a saber: deleção 69-70, deleção 144, N501Y, A570D, D614G, P681H, T716I, S982A e D1118H, mutações que pelo número e pelo tipo de substituições nos aminoácidos podem representar importantes alterações nos perfis de disseminação do vírus, mais estudos são necessários para confirmar estas hipóteses.

Os kits de diagnóstico molecular podem sofrer em termos de detecção com estas mutações no que tange estratégias de amplificação que utilizem estes alvos no processo de amplificação. Considerando que os kits de amplificação utilizados no Brasil para o diagnóstico molecular do SARS-CoV-2 utilizam sondas voltadas para detecção dos genes E, RdRp, N e ORF1ab, *informamos que estas mutações não interferirão nos resultados das amostras de pacientes infectados com a nova linhagem variante*. Como medida de identificação e contenção, o fluxo de amostras relacionadas a pacientes provenientes do Reino Unido também foi estabelecido para identificação e caracterização destes potenciais alvos nos laboratórios de referência.



A rede de diagnóstico laboratorial do Brasil, incluindo Lacen, laboratórios de referência e laboratórios parceiros, utilizam os kits BiOMOL OneStep/COVID-19 IBMP, Allplex 2019-nCoV assay Seegen e kit molecular SARS-CoV2 (E/RP) Bio-manguinhos, fornecidos pelo Ministério da Saúde. O kit BIOMOL OneStep/COVID-19 permite a detecção do RNA do SARS-CoV-2 através de dois alvos: região conservada ORF1ab e região da proteína do nucleocapsídeo N. O kit Allplex 2019-nCoV assay Seegene é um ensaio que foi projetado para detectar os genes RdRp e N específicos para o SARS-CoV-2 e o gene E para todos os Sarbecovírus, incluindo o SARS-CoV-2. No kit molecular SARS-CoV-2 (E/RP) Bio-Manguinhos, o gene E é selecionado como região alvo da amplificação.

De acordo com o fluxo já estabelecido para vírus respiratórios, as amostras positivas em RT-qPCR para SARS-CoV-2, de pessoas provenientes do Reino Unido e demais países que observaram as VOC, devem seguir o trâmite normal de envio de amostras para o laboratório de referência para vírus respiratórios de sua abrangência, para a realização de sequenciamento genômico, conforme segue:

- AL, BA, ES, MG, PR, RJ, RS, SE e SC – enviar as amostras para a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz/RJ.
- DF, GO, MS, MT, PI, RO, SP e TO – enviar as amostras para o Instituto Adolfo Lutz – IAL/SP.
- AC, AM, AP, CE, MA, PA, PB, PE, RN e RR – enviar as amostras para o Instituto Evandro Chagas – IEC/PA.



BIOSSEGURANÇA LABORATORIAL PARA COVID-19

Em concordância com as orientações da OMS, a manipulação de amostras de casos suspeitos de covid-19 deve ser realizada em laboratório de nível de biossegurança II (NB2), com aporte de uma cabine de segurança biológica (CSB), classe II A2, com filtro HEPA, validada, em boas condições de manutenção. Os profissionais de saúde devem realizar treinamentos específicos para a execução desses exames. Conforme publicação da OMS de 19 de março de 2020, as orientações de biossegurança laboratorial de covid-19, são:

- Cada laboratório deve realizar uma avaliação de risco para assegurar que esteja qualificado para realizar os testes pretendidos, empregando medidas de controle de riscos apropriadas, sendo realizados somente por profissionais com qualificação demonstrada, aplicando-se rigorosamente todos os protocolos pertinentes, em todas as situações.
- Ao manipular e processar amostras, incluindo sangue para exames sorológicos, deve-se seguir as práticas e procedimentos laboratoriais que são básicos para as boas práticas e procedimentos para laboratórios de microbiologia.
- A manipulação e o processamento de amostras de casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2 enviadas para exames laboratoriais adicionais, como hemograma e gasometria, devem cumprir as diretrizes locais de processamento de material potencialmente infeccioso.
- O processamento inicial (antes da inativação do vírus) de todas as amostras, inclusive aquelas para sequenciamento genético, deve ocorrer em uma cabine de segurança biológica (CSB), classe II, validada e em boas condições de manutenção, ou em equipamento de contenção primária.
- O trabalho laboratorial de diagnóstico não-propagativo, incluindo sequenciamento genético de amostras clínicas de pacientes com suspeita ou confirmação de infecção pelo SARS-CoV-2, deve ser realizado em um local com procedimentos equivalentes ao Nível de Biossegurança 2 (NB-2).
- O trabalho propagativo que requer a manipulação de materiais com altas concentrações de vírus vivo ou grandes volumes de materiais infecciosos (por exemplo, culturas virais, isolamento viral ou testes de neutralização) deve ser realizado apenas por profissionais devidamente treinados e qualificados, em laboratórios equipados para cumprir requisitos e práticas essenciais de contenção adicionais, com fluxo de ar direcional para dentro do recinto, ou seja, nível de biossegurança 3 (NB-3).



- Devem ser usados desinfetantes apropriados, com eficácia contra vírus envelopados, por exemplo: hipoclorito (água sanitária), álcool, peróxido de hidrogênio (água oxigenada), compostos de amônia quaternário e compostos fenólicos, durante o tempo de contato recomendado, na diluição correta e dentro da validade definida após o preparo da solução de trabalho.
- Todos os procedimentos técnicos devem ser realizados de modo a minimizar a geração de aerossóis e gotículas.
- Amostras de casos suspeitos ou confirmados devem ser transportadas como categoria B – UN 3373 – Substância biológica. Culturas ou isolados virais devem ser transportados como categoria A UN 2814, substância infecciosa que afeta seres humanos.
- Os equipamentos de proteção individual (EPI) apropriados, conforme determinado pela avaliação de risco detalhada, devem ser usados pelos funcionários do laboratório que tenham contato com essas amostras, são eles: gorro descartável, óculos de proteção ou protetor facial, máscara PFF2 (N95 ou equivalente), avental de mangas compridas, luva de procedimento e calçados fechados.



FLUXOS LABORATORIAIS

CENTROS NACIONAIS DE INFLUENZA – NIC

Os Centros Nacionais de Influenza (em inglês *Nacional Influenza Center* – NIC) ou laboratórios de referência nacional, como mencionado anteriormente, são responsáveis pelas análises complementares dos vírus respiratórios, às realizadas pelos Lacen, pela caracterização antigênica e genética dos vírus circulantes e identificação de novos subtipos.

LABORATÓRIOS CENTRAIS DE SAÚDE PÚBLICA – LACEN

As amostras recebidas pelo Lacen devem ser testadas primeiramente para SARS-CoV-2 por RT-qPCR. Contudo, o Lacen deve manter a rotina da vigilância de influenza e outros vírus respiratórios para casos de SRAG e casos de SG das unidades sentinelas de influenza. Dessa forma, o Lacen deve realizar o processamento das amostras de acordo com o seguinte fluxo:

- Realizar o RT-qPCR ou outro método molecular para pesquisa de SARS-CoV-2.
- Se o resultado para detecção de SARS-CoV-2 for POSITIVO, não é necessário continuar a análise.
- Se o resultado para detecção de SARS-CoV-2 for NEGATIVO, realizar o RT-qPCR para o diagnóstico de influenza e outros vírus respiratórios.
- Amostras inconclusivas para SARS-CoV-2 devem ser encaminhadas ao NIC, conforme rede de abrangência, para confirmação por exames complementares.

Conforme Ofício nº 119/2020/CGLAB/Daevs/SVS/MS, para que possamos submeter as amostras positivas para SARS-CoV-2 ao sequenciamento e fazer o diagnóstico complementar de vírus respiratórios nas amostras negativas, solicitamos o envio mensal de amostras do Lacen ao NIC de referência (Quadro 6), conforme orientações a seguir:

- Amostras POSITIVAS para SARS-CoV-2 devem ser enviadas ao NIC de referência do Lacen para realização de sequenciamento, conforme abaixo relacionado:
 - envio de 10 amostras/mês por Lacen a partir de março 2020 das diferentes semanas epidemiológicas,
 - amostras positivas com valores de ciclo limiar (CT) menor que 27, dando preferência ao menor CT possível;
 - incluir amostras de diferentes faixas etárias;
 - incluir amostras tanto de SG quanto de SRAG;
 - amostras de óbitos;
 - incluir amostras das diferentes regiões de abrangência e
 - amostras de área fronteira para os estados que fazem fronteira com outros países.



- Amostras NEGATIVAS para SARS-CoV-2 devem ser enviadas ao NIC de Referência do Lacen para realização do painel respiratório, conforme abaixo relacionado:
 - envio de 10 amostras/mês por Lacen a partir de março 2020 das diferentes semanas epidemiológicas obedecendo os seguintes critérios:
 - incluir amostras de diferentes faixas etárias;
 - incluir amostras tanto de SG quanto de SRAG;
 - amostras de óbitos;
 - incluir amostras das diferentes regiões de abrangência e
 - amostras de área fronteira para os estados que fazem fronteira com outros países.
- Amostras encaminhadas aos NIC para sequenciamento devem ser armazenadas para posterior integração ao biobanco nacional.

QUADRO 6 CENTROS NACIONAIS DE INFLUENZA DE REFERÊNCIA E SUAS RESPECTIVAS REDES DE ABRANGÊNCIAS

Laboratórios de Referência/NIC	Lacen
Laboratório de Vírus Respiratórios e Sarampo do Instituto Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/RJ)	Alagoas, Bahia, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Sergipe.
Laboratório de Vírus Respiratórios do Instituto Evandro Chagas (IEC/SVS/MS)	Acre, Amazonas, Amapá, Ceará, Maranhão, Pará, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Roraima.
Laboratório de Vírus Respiratórios do Instituto Adolfo Lutz (IAL/SP)	Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Piauí, Rondônia, São Paulo e Tocantins.

OBSERVAÇÃO

Os Lacen devem realizar a contraprova do primeiro resultado positivo para SARS-CoV-2 gerado por laboratórios da saúde suplementar, para confirmação do resultado e enviar a lista atualizada dos laboratórios com contraprova confirmada para a Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB)/Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, pelos **e-mail clinica.cglab@saude.gov.br e coordenacao.cglab@saude.gov.br**.

LABORATÓRIOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Com a finalidade de assegurar que os resultados dos exames laboratoriais para detecção do SARS-CoV-2 realizados pela rede de laboratórios ligados às instituições de saúde suplementar atendam aos requisitos e padrões técnicos, principalmente em relação aos protocolos oficialmente adotados, os seguintes critérios devem ser obedecidos:



- Cadastramento prévio do laboratório privado no Lacen de seu estado, informando metodologia, responsáveis pela execução do exame, unidade de execução, insumos utilizados e outras informações que sejam de interesse epidemiológico nacional e/ou local.
- Realização da metodologia de RT-PCR em tempo real para detecção de SARS-CoV-2 pelo protocolo Charité/Berlim ou outro protocolo preconizado pela OMS.
- Envio de alíquota da primeira amostra com resultado positivo para SARS-CoV-2 para realização de contraprova do resultado no Lacen.
- Notificar os pacientes com exames solicitados para SARS-CoV-2, seguindo o fluxo estabelecido de vigilância de covid-19.

LABORATÓRIO PÚBLICO PARCEIRO

Vários laboratórios de instituições públicas vêm oferecendo apoio ao Ministério da Saúde para a realização do diagnóstico laboratorial pela técnica de biologia molecular (RT-qPCR). Parcerias vêm sendo estabelecidas com laboratórios públicos do setor da agricultura, segurança, defesa, universidades, entre outros, os quais se colocaram à disposição no apoio ao diagnóstico de covid-19.

Dessa forma, faz-se necessário seguir alguns critérios para viabilizar o apoio:

- Atender às recomendações quanto a biossegurança: possuir cabine de segurança biológica classe II A2, com filtro HEPA, validada e em boas condições de manutenção, possuir laboratório com nível de biossegurança 2 (NB-2).
- Verificar se a plataforma para teste molecular é compatível com o kit distribuído pelo MS.
- Disponer de recursos humanos suficiente para realização do diagnóstico laboratorial.
- Entrar em contato com a SES, juntamente com o Lacen para apresentação da proposta de apoio no diagnóstico laboratorial da covid-19.
- Estar em consonância com a logística local do município/estado sobre o envio de amostras para realização dos exames.
- Compartilhar os resultados com o Lacen para registro dos dados no GAL ou implantar o sistema no laboratório parceiro.

A implantação do GAL nos laboratórios públicos parceiros facilitará a rastreabilidade dos exames, organização das informações, economicidade na utilização dos insumos e otimização de tempo na rotina laboratorial.

- Para obter o acesso ao GAL produção, deve-se solicitar o cadastro no SCNES (Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) na Secretaria de Estado de Saúde. O CNES da unidade é obrigatório para o cadastro do laboratório no sistema.
- O Lacen, gestor da rede e administrador do sistema no estado, disponibilizará o Termo de Responsabilidade para adesão e utilização do sistema, usuário e senha conforme perfil para sua utilização, e ainda configurará os fluxos necessários ao envio da amostra dentro e fora do estado.



PLATAFORMAS DE ALTA TESTAGEM

Com vistas a auxiliar na crescente demanda pelo diagnóstico de covid-19, o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz criaram plataformas tecnológicas para aumentar a capacidade de realização dos testes moleculares para detecção de SARS-CoV-2. Cinco plataformas estão em funcionamento para o recebimento de amostras excedentes dos Lacen: Bio-Manguinhos (Fiocruz/RJ), Instituto de Biologia Molecular do Paraná (Fiocruz/PR), Fiocruz Unidade Ceará, Instituto Butantan (São Paulo) e Rede DASA (São Paulo).

LOGÍSTICA PARA ENVIO DE AMOSTRAS DO LACEN PARA AS PLATAFORMAS DE ALTA TESTAGEM

Caso o número de amostras exceda a capacidade de processamento do Lacen, recomenda-se que as mesmas sejam oportunamente enviadas para uma plataforma de alta testagem. Para isso, o Lacen deve solicitar o transporte à Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB/SVS/MS).

SOLICITAÇÃO DO TRANSPORTE DAS AMOSTRAS

O MS disponibiliza aos laboratórios, por meio da CGLAB/SVS/MS, o serviço de transporte das amostras biológicas para os respectivos laboratórios de referência (NIC) para realizar exames complementares e de maior complexidade ou para as plataformas de alta testagem.

O envio e a comunicação com a informação do “número de conhecimento aéreo” devem ser imediatos para o respectivo laboratório de referência. O transporte das amostras deve obedecer às Normas da Associação Internacional de Transporte Aéreo (International Air Transport Association – IATA).

Para enviar as amostras é necessário que o Lacen preencha a planilha (Excel) de Requisição de Transporte Definitiva (RTD) para autorização do transporte e, posteriormente, encaminhar à CGLAB através do endereço de e-mail: transportes.cglab@saude.gov.br.

No formulário deverão ser preenchidos apenas os campos relativos a: origem, destino, amostra, quantidade, peso real (kg) e volume. Indicar que se trata de “ENVIO DE AMOSTRAS REPRESADAS – covid-19”. Após o recebimento da planilha, a CGLAB dará prosseguimento ao fluxo de transporte a partir do envio do documento ao Departamento de Logística (DLOG), via Sistema Eletrônico de Informações (SEI).

RESULTADOS LABORATORIAIS

Para garantir o fluxo de informações epidemiológicas produzidas pela rede de laboratórios públicos e privados e agilizar o envio e recebimento das amostras, os centros nacionais de influenza e os Lacen deverão inserir os resultados no sistema gerenciador de ambiente laboratorial (GAL), conforme rotina já estabelecida.



Além disso, para fins de vigilância epidemiológica e direcionamento de estratégias voltadas para atendimento à população é FUNDAMENTAL que os resultados dos exames laboratoriais para detecção de SARS-CoV-2 realizados em laboratórios de saúde suplementar (públicos ou privados) sejam reportados ao Ministério da Saúde, por meio da rede nacional de dados para saúde (RNDS).

A plataforma de alta testagem deverá, obrigatoriamente, emitir os laudos laboratoriais no sistema GAL e transmitir, em tempo real, a base de dados para o módulo nacional do GAL. Dessa forma, o MS pode monitorar e consolidar as informações em uma base de dados única, com acesso a estas informações pelos estados e municípios.

SISTEMA GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL – GAL

Para realização de exames com suspeita de SARS-CoV-2 pelos laboratórios da rede, as amostras devem estar registradas no GAL e, neste mesmo sistema, os laboratórios executores devem registrar o resultado do exame. As instituições de saúde que fizeram a solicitação do exame pode visualizar, imprimir e utilizar o resultado do GAL para análises e direcionamento da atenção ao paciente. Através desses dados, a CGLAB e as áreas técnicas da SVS/MS, além das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde podem tecer análises que contribuem para o direcionamento das ações de vigilância laboratorial.

Com o objetivo de melhorar o fluxo de informações dentro do GAL, a gestão do sistema na CGLAB realizou algumas alterações e recomendações, que estão descritas abaixo:

- 1. Envio de informações do GAL estadual para o GAL nacional:** orienta-se monitorar, controlar e manter sob funcionamento constante a aplicação de envio de dados, garantindo que as informações sejam transmitidas rapidamente para o GAL nacional.
- 2. Criação do exame covid-19 no GAL:** visando melhorar a gestão dos dados dos testes moleculares de SARS-CoV-2 no GAL, a CGLAB criou um exame específico “covid-19, Biologia Molecular”. Dessa forma, a rede de laboratório deverá utilizar apenas este exame para covid-19. Para tanto é necessário:
 - a. Se houver requisições cadastradas para pacientes com suspeita de covid-19 com exame de vírus respiratórios, biologia molecular por RT-PCR em tempo real o laboratório deverá:
 - I. liberar todos os exames pendentes desses pacientes com suspeita de covid-19; ou
 - II. incluir “exame complementar” com o exame: “covid-19, biologia molecular pelo método RT-PCR em tempo real” para todos os pacientes que aguardam o diagnóstico.
 - b. Retirar o “Coronavírus SARS-CoV-2” da lista de vírus do exame “Vírus respiratórios, biologia molecular por RT-PCR em tempo real”, deixando apenas outros vírus. Para isso é importante que o Lacen faça a reconfiguração das pesquisas desses exames na sua rede de laboratório, realizando as seguintes alterações no GAL:
 - I. Criar uma “Pesquisa” específica para covid-19 no GAL, com o exame: “covid-19, biologia molecular pelo método RT-PCR em tempo real”;



II. Retirar da Lista de vírus da entrada de resultados do exame de “Vírus respiratórios por método RT-PCR em tempo real” o vírus: “Coronavírus SARS-CoV-2”, manter somente outros vírus.

3. **Obrigatoriedade do CPF/CNS no GAL:** visando avançar na melhoria da identificação dos pacientes, na conectividade com a rede nacional de dados em saúde (RNDS), facilitar o processo de vinculação de bases de dados, bem como atender ao decreto nº 9.723, de 11 de março de 2019, a versão 2.7.25 do GAL a ser disponibilizada pela CGLAB (em conjunto com o DATASUS) trará uma funcionalidade que tornará obrigatório o preenchimento do CPF/CNS para todos os pacientes, sendo tratada as exceções, como por exemplo: estrangeiro, indígena e população vulnerável (por exemplo: população em situação de rua). Orienta-se que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde preparem sua rede, por meio de notas técnicas e outros mecanismos, para que essa alteração não traga impacto negativo nas solicitações de exames.
4. **Fechamento das Requisições:** embora uma requisição possa ter mais de um exame, é provável que nem todos sejam realizados. Estes exames não realizados ficam pendentes com algum tipo de status (aguardando triagem, em análise, entre outros). Esse fato impacta no monitoramento da situação real do laboratório, transmitindo a falsa ideia de que existem exames atrasados. Assim, é importante que todas as requisições sejam fechadas, pois se elas estiverem com “Status de Fechamento” igual a “Não disponível” por muito tempo indica que há exames pendentes que necessitam ser realizados, descartados ou cancelados. É fundamental que se faça uma gestão semanal de fechamento das requisições de exames, fazendo desta gestão uma rotina do laboratório.



NOTIFICAÇÃO DE RESULTADOS DE EXAMES LABORATORIAIS PARA A REDE NACIONAL DE DADOS PARA A SAÚDE (RNDS)

A Portaria nº 1.792 de 17 de julho de 2020, torna obrigatória a notificação ao MS de todos os resultados de testes diagnóstico para detecção da covid-19. A obrigatoriedade vale para todos os laboratórios da rede pública, rede privada, universitários e quaisquer outros, em todo território nacional. A notificação deverá ser realizada no prazo de até 24 horas a partir do resultado do teste, mediante registro e transmissão de informações na RNDS.

A partir dessa norma, deverão ser notificados ao MS todos os resultados de testes diagnóstico realizados, sejam positivos, negativos, inconclusivos e correlatos, em qualquer que seja a metodologia de testagem utilizada. Os resultados de exames laboratoriais feitos pelos laboratórios privados devem ser disponibilizados para os gestores locais do Sistema Único de Saúde (SUS) para atualização e conclusão da investigação. A notificação ficará a cargo dos gestores e responsáveis dos respectivos laboratórios e será fiscalizada pelo gestor de saúde local.

Para os laboratórios públicos que fazem parte da rede nacional de laboratórios centrais de saúde pública (Lacen) e que utilizam o sistema GAL, a rotina não muda, pois o sistema GAL já está conectado com a RNDS. Já para os laboratórios públicos e privados que não utilizam o GAL, estes terão que realizar as adequações necessárias relativas ao uso da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). Estes laboratórios deverão solicitar o uso da RNDS por meio do portal de serviços do Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico: <https://servicos-datasus.saude.gov.br>. Serão disponibilizados aos laboratórios toda a documentação técnica e suporte para eventuais dúvidas no endereço eletrônico: <https://rnds.saude.gov.br>.



REINFECÇÃO POR SARS-COV-2

Desde a identificação do agente etiológico causador da covid-19, em janeiro de 2020, na China, foram obtidos muitos avanços tecnológicos e científicos notáveis em curto período de tempo, contudo, tratando-se de uma enfermidade até então desconhecida, havia muitas incertezas a respeito de diversos aspectos essenciais para compreensão da dinâmica de transmissão e, conseqüentemente, das mais adequadas estratégias de vigilância e controle da doença.

Um ponto sensível era a respeito à imunidade adquirida e sua persistência, e recentes estudos publicados admitem a possibilidade de reinfecção pelo vírus SARS-CoV-2 em um curto período de tempo. Mas ressalta-se que algumas situações devem ser discutidas antes de serem consideradas suspeitas de reinfecção pelo vírus SARS-CoV-2, tais como: erros na coleta do material para testagem diagnóstica, uso de testes com baixa sensibilidade e especificidade, diferenças na resposta imunológica dos indivíduos ao vírus e 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.

A reinfecção por linhagens homólogas também é uma possibilidade, mas no atual cenário, e em virtude do conhecimento de que o vírus SARS-CoV-2 pode provocar eventualmente infecções por períodos prolongados de alguns meses, faz-se necessário determinar critérios de confirmação, como sequenciamento genômico, para comprovação de que se tratam de infecções em episódios diversos, por linhagens virais diferentes.

Contudo, os estudos e relatos existentes não permitem definir claramente aspectos essenciais como o período mínimo entre as duas infecções, as implicações da reinfecção na gravidade dos casos e os critérios laboratoriais mais adequados para confirmar o evento.

No Brasil já vem sendo registrado alguns casos de reinfecção e nesse sentido foi observado a necessidade de sistematizar as informações, a fim de obter dados para compreensão do fenômeno e adequar os processos de vigilância, medidas de prevenção, controle e atenção aos pacientes.

DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DE REINFECÇÃO PELO VÍRUS SARS-COV-2

Indivíduo com dois resultados positivos de RT-PCR em tempo real para o vírus SARS-CoV-2, com intervalo igual ou superior a 90 dias entre os dois episódios de infecção respiratória, independente da condição clínica observada nos dois episódios.



OBSERVAÇÃO

caso não haja a disponibilidade das duas amostras biológicas, com a conservação adequada, a investigação laboratorial não poderá ser complementada, inviabilizando a análise do caso. Somente serão investigados os casos suspeitos de reinfecção pelo vírus SARS-CoV-2 que possuírem as respectivas amostras biológicas para os devidos encaminhamentos aos laboratórios de referência, pois é necessário realizar o exame de sequenciamento genômico nas duas amostras para verificar se há diferença entre os vírus responsáveis pelos dois episódios da doença.

DEFINIÇÃO DE CASO CONFIRMADO DE REINFECÇÃO PELO VÍRUS SARS-COV-2

Indivíduo com dois resultados positivos de RT-PCR em tempo real para o vírus SARS-CoV-2, com intervalo igual ou superior a 90 dias entre os dois episódios de infecção respiratória, independente da condição clínica observada nos dois episódios, com ambas as amostras encaminhadas aos laboratórios de referência para as respectivas análises laboratoriais complementares e que ao final tenha laudo confirmatório para reinfecção.

FLUXO DE NOTIFICAÇÃO

A notificação individual de casos que atendem a definição de caso suspeito de reinfecção pelo vírus SARS-CoV-2, e que disponham de amostras biológicas, deve ser realizada via unidade de atendimento à equipe de vigilância local. Em seguida, esta deverá notificar a equipe de vigilância do estado. O Lacen precisará buscar se existe amostra armazenada da primeira infecção.

Para notificação dos casos é necessário que os formulários de requisições estejam cadastrados no GAL, acompanhados das respectivas fichas epidemiológicas e com os resultados obtidos no laboratório para exame de RT-PCR em tempo real para vírus SARS-CoV-2, com valores de CT (*Cycle Threshold*).

Foi estabelecido fluxo de comunicação, entre o Ministério da Saúde e equipes da vigilância epidemiológica das unidades federadas, para o envio semanal de planilha consolidada, via e-mail, com a relação de casos que se enquadram na definição de caso suspeito e disponham da amostra para envio ao laboratório de referência para investigação laboratorial.



FLUXO DE ENVIO DE AMOSTRAS AOS LABORATÓRIOS DE REFERÊNCIA

A primeira e segunda amostra devem ser encaminhadas juntas ao Laboratório de Vírus Respiratórios e Sarampo – Fiocruz/RJ ou Instituto Adolfo Lutz – IAL/SP ou Instituto Evandro Chagas – IEC/PA, conforme rede referenciada para o Lacen de sua localidade.

As requisições devem estar cadastradas no GAL, acompanhadas das respectivas fichas epidemiológicas e com os resultados obtidos no laboratório para exame de RT-PCR em tempo real para vírus SARS-CoV-2, com valores de CT (*Cycle Threshold*).

As amostras devem ser encaminhadas em embalagem de transporte UN3373 com gelo seco. Enviar requisição padrão de transportes de amostras preenchida para a CGLAB, no endereço de e-mail: transportes.cglab@saude.gov.br.

Após as devidas investigações epidemiológicas e laboratoriais, o resultado deverá ser informado via MS.

As orientações sobre a conduta frente a um caso suspeito de reinfecção da covid-19 no Brasil, encontram-se disponíveis na nota técnica nº 52/2020 – CGPNI/DEIDT/SVS/MS (https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/10/11-sei_nota-reinfeccao.pdf).



SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA (SIM-P) TEMPORALMENTE ASSOCIADA À COVID-19

DESCRIÇÃO

A Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) temporalmente associada à covid-19 é uma complicação que pode ocorrer em crianças e adolescentes caracterizada por uma resposta inflamatória exacerbada, que acontece geralmente dias ou semanas após a covid-19. É uma síndrome rara, contudo, grande parte dos casos evoluem para forma grave com necessidade de internação em unidade de terapia intensiva e podem evoluir para óbito.

Apresenta sinais e sintomas variados que podem afetar os sistemas gastrointestinal, hematológico, respiratório, neurológico, renal, cardíaco, além de alterações mucocutâneas. O quadro clínico pode incluir: febre alta e persistente, cefaleia, náuseas, vômitos, dor abdominal; rash cutâneo, conjuntivite não purulenta; disfunções cardíacas, hipotensão arterial e choque. Há elevação dos marcadores inflamatórios e os sintomas respiratórios não estão presentes em todos os casos. Os sintomas podem aparecer de forma simultânea ou no decorrer da evolução clínica.

Os casos relatados apresentam exames laboratoriais que indicam infecção atual ou recente pelo SARS-CoV-2 (por biologia molecular ou sorologia) ou vínculo epidemiológico com caso confirmado para covid-19. Entretanto, grande parte dos casos de SIM-P notificados até o momento apresentam sorologia positiva para covid-19 (com predomínio de IgG).

DEFINIÇÃO DE CASO DE SIM-P

Casos que foram hospitalizados com:

- Presença de febre elevada ($> 38^{\circ}\text{C}$) e persistente (≥ 3 dias) em crianças e adolescentes (até 19 anos de idade) E
- Pelo menos dois dos seguintes sinais e/ou sintomas:
 - Conjuntivite não purulenta ou lesão cutânea bilateral ou sinais de inflamação mucocutânea (oral, mãos ou pés);
 - Hipotensão arterial ou choque;
 - Manifestações de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronarianas [incluindo achados do ecocardiograma ou elevação de Troponina, ou N-terminal do peptídeo natriurético tipo B (NT-proBNP*)];
 - Evidência de coagulopatia (por TP, TTPa ou D-dímero elevados).
 - Manifestações gastrointestinais agudas (diarreia, vômito ou dor abdominal);



E

- Marcadores de inflamação elevados (VHS, PCR* ou procalcitonina entre outros).

E

- Afastadas quaisquer outras causas de origem infecciosa e inflamatória, incluindo sepse bacteriana, síndromes de choque estafilocócico ou estreptocócico.

E

- Evidência da covid-19 (biologia molecular, teste antigênico ou sorológico positivos) ou história de contato com caso de covid-19.

Comentários adicionais:

- Podem ser incluídas crianças e adolescentes que preencherem os critérios completos ou parciais para a síndrome de Kawasaki ou síndrome do choque tóxico.

***TP** – tempo de protrombina, **TTPa** – tempo de tromboplastina parcial ativada, **VHS** – velocidade de hemossedimentação, **PCR** – Proteína C-reativa.

Os casos suspeitos de SIM-P devem realizar RT-PCR para SARS-CoV-2 e sorologia quantitativa (IgM e IgG). Na ausência de critérios laboratoriais, a vigilância epidemiológica local deve avaliar se o caso suspeito teve contato com caso confirmado de covid-19 para auxiliar na classificação final do caso.

NOTIFICAÇÃO E REGISTRO

A notificação individual da SIM-P deve ser realizada de forma universal, ou seja, por qualquer serviço de saúde ou pela autoridade sanitária local ao identificar indivíduo com sinais e sintomas sugestivos da síndrome, por meio do preenchimento do formulário online <https://is.gd/simpcovid> – reproduzido no Anexo IV.

Na impossibilidade de notificação da SIM-P pela unidade de saúde notificadora diretamente no formulário online, esse deverá ser impresso (Anexo IV), preenchido e enviado ao serviço de vigilância epidemiológica da região ou da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de referência. Nesses casos, o serviço de vigilância epidemiológica será responsável pela digitação do caso no formulário online – <https://is.gd/simpcovid>.

A partir da identificação dos casos suspeitos, a notificação no formulário online, ou repasse das informações ao serviço de vigilância epidemiológica de referência para digitação do caso, deverá ser realizado em até 24 horas. As vigilâncias deverão acompanhar os casos notificados, com as atualizações necessárias até seu encerramento no sistema e classificação final do caso (SIM-P ou descartado), consolidando, analisando e divulgando os dados por meio de boletins epidemiológicos, com atenção para investigação dos contatos próximos.



OBSERVAÇÃO

o monitoramento da SIM-P temporalmente associada à covid-19 é importante para avaliar a magnitude da infecção pelo SARS-CoV-2 na faixa etária pediátrica, visto que é uma condição recente e potencialmente grave, em que os dados clínicos e epidemiológicos evoluem diariamente.

*Para mais informações sobre a SIM-P consulte a nota técnica nº 16/2020-CGPNI/DEIDT/SVS/MS.

ORIENTAÇÕES SOBRE O FLUXO DE ENVIO DE AMOSTRAS

De acordo com a nota técnica nº 60/2021/CGPNE/DEIDT/SVS/MS, foi estabelecido que as plataformas de alta testagem da Fiocruz serão os Centros de Referência para a realização do teste sorológico para covid-19, nos casos suspeitos de SIM-P para aquelas unidades federadas que não dispuserem de teste sorológico para SARS-CoV-2 nos Lacen locais. As requisições de transporte serão encaminhadas ao escritório da secretaria executiva que fará a distribuição das amostras conforme a plataforma mais próxima do Lacen solicitante ou que tenha uma maior capacidade de testagem no momento.

A amostra de soro ou sangue enviada ao Lacen deverá ser cadastrada no GAL. Formulário disponível <http://gal.datasus.gov.br/GALL/index.php?area=0401>.

Os campos da requisição de exames do GAL serão preenchidos de acordo com os dados referentes à solicitação, informações clínicas/dados clínicos gerais da seguinte forma:

- Finalidade: Investigação.
- Descrição: Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P).
- Agravo/Doença: covid-19.
- Estar acompanhada da ficha de notificação da SIM-P – ANEXO III – <https://is.gd/simpccovid>.

Para a coleta de amostras para realização de RT-PCR para detecção do SARS-CoV-2, nos casos suspeitos de SIM-P, o preenchimento dos campos no GAL deve seguir os mesmos padrões de preenchimento da sorologia para SARS-CoV-2 e a amostra também deve estar acompanhada da ficha de notificação da SIM-P.



REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

1. Austrália. Australian Medical Association (AMA). Covid-19 TESTING AND INITIAL ASSESSMENT/ CARE. 2020 Jun. Disponível em: https://ama.com.au/sites/default/files/Covid19_testing_and_initial_assessment_care.pdf.
2. Espanha. Gobierno de España Ministerio de sanidad. Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de covid-19. 2020 Jul 09. Disponível em: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Covid19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf.
3. África do Sul. National Department of Health South Africa. Clinical management of suspected or confirmed Covid-19 disease Version 4 (18th May 2020). 2020 Mai 18. Disponível em: <https://www.nicd.ac.za/wp-content/uploads/2020/05/Clinical-management-of-suspected-or-confirmed-Covid-19-Version-4.pdf>.
4. Screening for SARS-CoV-2 infections with colorimetric RT-LAMP and LAMP sequencing em acordo com a opas de 9 de Maio de 2020 Disponível em: <https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/1520?locale-attribute=es>.
5. NHS. NHS London: COVID-19 and Paediatric Shock (26.04.2020). 2020. Disponível em: <https://dgpi.de/eilmeldung-nhs-london-covid-19-paediatric-shock/> >.
6. RIPHAGEN, S. et al. Hyperinflammatory shock in children during COVID-19 pandemic. *The Lancet*, v.395, n. 10237, p. 1607-1608, 2020. ISSN 0140-6736. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31094-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31094-1).
7. Safadi MAP, Silva CA. The challenging and unpredictable spectrum of COVID-19 in children and adolescents. *Rev Paul Pediatr*. 2020. doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2020192.
8. CDC. Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C) Associated with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Disponível em: https://emergency.cdc.gov/han/2020/han00432.asp?deliveryName=USCDC_511-DM28431.
9. CDC. Health Department-Reported Cases of Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C) in the United States. Disponível em <https://www.cdc.gov/mis-c/cases/index.html>.
10. WHO. Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents temporally related to COVID-19. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/multisystem-inflammatory-syndrome-in-children-and-adolescents-with-covid-19> GODFRED-CATO, Shana



et al. COVID-19–Associated Multisystem Inflammatory Syndrome in Children – United States, March – July 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, [s. l.], p. 1074-1080, 14 ago. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7440126/>.


11. Organização Mundial da Saúde. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). C 2020. Disponível em: [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo 29/10/2020 SEI/MS - 0017401088 - Nota Técnica Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=19042052&infra_si... 3/4 Coronavírus (2019-nCoV).
13. Case Report: Recurrent Clinical Symptoms of COVID-19 in Healthcare Professionals: A Series of Cases from Brazil. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 00(0), 2020, pp. 1-4.
14. Covid-19 reinfecon: three questions scientists are asking. *Nature*. Vol 585, 10. September, 2020. Kiyuka PK, Ago CN, Munywoki PK, Njeru R, Be A, Oeno JR, Oeno GP, Kamau E, Clark TG, van der Hoek L, Kellam P, Nokes DJ, Coen M. Human Coronavirus NL63 Molecular Epidemiology and Evolutionary Patterns in Rural Coastal Kenya. *J Infect Dis*. 2018 May 5;217(11):1728-1739. doi: 10.1093/infdis/jiy098. PMID: 29741740; PMCID: PMC6037089.
15. European Centre for Disease Prevention and Control. Reinfection with SARS-CoV: considerations for public health response: ECDC; 2020. Revisão Sistemática Rápida de casos de reinfeção pelo SARS-CoV-2. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Coordenação de Evidências e Informações Estratégicas para Gestão em Saúde. Brasília, 2020.
16. Roy S. COVID-19 Reinfecon: Myth or Truth? *Comprehensive Clinical Medicine* (2020).
17. Tomassini S, Kotecha D, Bird PW, Folwell A, Biju S, Tang JW. Seng the criteria for SARS-CoV-2 reinfection—six possible cases. *The Journal of Infection* (2020).
18. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Orientações provisórias para a detecção de casos de reinfeção pelo SARS-CoV-2, 27 de outubro de 2020, Washington, DC OPAS/OMS. 2020, Washington, D.C. OPS/OMS. 2020.



ANEXOS



ANEXO I – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE CASO DE SÍNDROME GRIPAL NO E-SUS NOTIFICA

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Nº _____	e-SUS Notifica 04/03/2021
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)			
Definição de caso: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.			
Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.			
Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.			
Observação: Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.			
UF de notificação: _____		Município de Notificação: _____	
Tem CPF? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Estrangeiro: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		Profissional de saúde (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		Profissional de segurança (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
CBO: _____		CPF: _____	
CNS: _____			
Nome Completo: _____			
Nome Completo da Mãe: _____			
Data de nascimento: _____		País de origem: _____	
Sexo: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		Raça/COR: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena - Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado	
É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, qual? _____	
Passaporte: _____		CEP: _____	
Estado de residência: _____		Município de Residência: _____	
Logradouro: _____		Número: _____	Bairro: _____
Complemento: _____			
Telefone Celular: _____		Telefone de contato: _____	
Data da Notificação: _____		Data do início dos sintomas: _____	
Sintomas: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Assintomático <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Coriza <input type="checkbox"/> Dor de Cabeça <input type="checkbox"/> Distúrbios gustatórios <input type="checkbox"/> Distúrbios olfativos <input type="checkbox"/> Outros _____			
Condições: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) <input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica <input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas <input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto)			
Recebeu vacina Covid-19 (Campos preenchidos automaticamente pelo sistema a partir da integração com a RNDs) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se recebeu vacina, Covid-19, informar: (Campos preenchidos automaticamente pelo sistema a partir da integração com a RNDs) <input type="checkbox"/> 1ª dose Data da vacinação: _____ <input type="checkbox"/> 2ª dose Data da vacinação: _____	
Laboratório produtor da vacina Covid-19: (Campos preenchidos automaticamente pelo sistema a partir da integração com a RNDs) 1ª dose _____ 2ª dose _____		Lote da vacina Covid-19: (Campos preenchidos automaticamente pelo sistema a partir da integração com a RNDs) 1ª dose _____ 2ª dose _____	
Estado do Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Concluído <input type="checkbox"/> Exame Não Solicitado		Tipo de Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> RT – PCR <input type="checkbox"/> Teste rápido – anticorpo <input type="checkbox"/> Teste rápido – antígeno <input type="checkbox"/> Testes sorológico	
		Data do Teste (PCR/Rápidos): _____	Data do Teste (Sorológico): _____
Resultado (PCR/Rápidos): (Marcar X) <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado		Teste Sorológico: (Marcar X) <input type="checkbox"/> IgA <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> Anticorpos Totais	Resultado (IgA): (Marcar X) <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado

CORONAVÍRUS COVID-19




Documento Assinado Digitalmente por: BRUNA RAFAELA DORNELAS DE ANDRADE LIMA MONTEIRO
Acesse em: <https://stc.e-ice.pe.gov.br/epv/validaDoc.seam> Código do documento: a2dfae3-7a5b-4c4b-8391-930c428d3d9a

Dados de Atendimento	41	Usou antiviral para gripe? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	42	Qual antiviral? _ 1-Osetamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	43	Data início do tratamento _ _ _ _ _
	44	Houve internação? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	45	Data da internação por SRAG: _ _ _ _ _	46	UF de internação: _ _
	47	Município de internação: _____		Código (IBGE): _ _ _ _ _ _ _ _		
	48	Unidade de Saúde de internação: _____		Código (CNES): _ _ _ _ _ _ _ _		
	49	Internado em UTI? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	50	Data da entrada na UTI: _ _ _ _ _	51	Data da saída da UTI: _ _ _ _ _
	52	Uso de suporte ventilatório: _ 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	53	Raio X de Tórax: _ 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: 6-Não realizado 9-Ignorado	54	Data do Raio X: _ _ _ _ _
	55	Aspecto Tomografia _ 1-Típico COVID-19 2-Indeterminado COVID-19 3- Atípico COVID-19 4-Negativo para Pneumonia 5-Outro 6-Não realizado 9-Ignorado			56	Data da tomografia: _ _ _ _ _
57	Coletou amostra _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	58	Data da coleta: _ _ _ _ _	59	Tipo de amostra: _ 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 5-LCR 9-Ignorado	
Dados Laboratoriais	60	Nº Requisição do GAL: _____		61	Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais: _ 1-Imunofluorescência (IF) 2- Teste rápido antigênico	
	62	Data do resultado da pesquisa de antígenos: _ _ _ _ _		63	Resultado da Teste antigênico: _ 1-positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	
	64	Laboratório que realizou o Teste antigênico: _____		Código (CNES): _ _ _ _ _ _ _ _		
	65	Agente Etiológico - Teste antigênico: Positivo para Influenza? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? _ 1-Influenza A 2-Influenza B Positivo para outros vírus? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) _ SARS-CoV-2 _ Vírus Sincicial Respiratório _ Parainfluenza 1 _ Parainfluenza 2 _ Parainfluenza 3 _ Adenovírus _ Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	66	Resultado da RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: _ 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado		67	Data do resultado RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: _ _ _ _ _ _	
	68	Agente Etiológico - RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? _ 1-Influenza A 2- Influenza B Influenza A, qual subtipo? _ 1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H3N2 3-Influenza A não subtipado 4-Influenza A não subtipável 5-Inconclusivo 6-Outro, especifique: _____ Influenza B, qual linhagem? _ 1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) _ SARS-CoV-2 _ Vírus Sincicial Respiratório _ Parainfluenza 1 _ Parainfluenza 2 _ Parainfluenza 3 _ Parainfluenza 4 _ Adenovírus _ Metapneumovírus _ Bocavírus _ Rinovírus _ Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	69	Laboratório que realizou RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: _____		Código (CNES): _ _ _ _ _ _ _ _		
	70	Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2: _ 1- Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado		71	Data da coleta: _ _ _ _ _	
	72	Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2: _ 1-Teste rápido 2-Elisa 3 Quimiluminescência 4- Outro, qual? _____ Resultado do Teste Sorológico para SARS-CoV-2: _ IgG _ IgM _ IgA 1-Positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguarda resultado 9-Ignorado		73	Data do resultado: _ _ _ _ _	
	Conclusão	74	Classificação final do caso: _ 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado 5-SRAG por COVID-19		75	Critério de Encerramento: _ 1- Laboratorial 2- Clínico Epidemiológico 3- Clínico 4- Clínico-Imagem
76		Evolução do Caso: _ 1-Cura 2-Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado		77	Data da alta ou óbito: _ _ _ _ _ _	
79		Número D.O: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _				
80	OBSERVAÇÕES:					
81	Profissional de Saúde Responsável: _____			82	Registro Conselho/Matrícula: _ _ _ _ _ _ _ _	



ANEXO III – FICHA DE MONITORAMENTO DE CONTATOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

e-SUS Notifica MONITORAMENTO DE CONTATOS

INFORMAÇÕES DO CASO ÍNDICE														
ID Fonte/Caso Índice:	Nome do caso Fonte:													
INFORMAÇÕES DO CONTATO														
ID do contato:	Nome completo:													
UF de Residência:	Município de Residência:													
Telefone 1:	Relação com o caso: (Marcar X)													
Telefone 2:	<input type="checkbox"/> Domiciliar <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Evento Social <input type="checkbox"/> Outros (especificar): _____													
Status do Monitoramento: (Marcar X)	<input type="checkbox"/> Não iniciado <input type="checkbox"/> Em andamento <input type="checkbox"/> Concluído													
PERÍODO DE INCUBAÇÃO (DIAS APÓS O ÚLTIMO ENCONTRO COM O CASO CONFIRMADO DE COVID-19)														
STATUS DO DIA:	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	13º	14º
1-Visto e saudável														
2-Caso suspeito														
Resultado final do monitoramento de contato: (Marcar X)														
<input type="checkbox"/> Monitoramento concluído, suspeita de COVID <input type="checkbox"/> Monitoramento concluído, contato descartado <input type="checkbox"/> Perda de seguimento <input type="checkbox"/> Problema com a equipe de monitoramento <input type="checkbox"/> Recusa <input type="checkbox"/> Não Encontrado (na ligação)														

e-SUS Notifica – MODELO DE FICHA DE MONITORAMENTO DE CONTATOS 17/12/2020.

**ANEXO IV – FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA CASOS DA SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA (SIM-P) TEMPORALMENTE ASSOCIADA À COVID-19 (FORMULÁRIO ONLINE [HTTPS://IS.GD/SIMPCOVID](https://is.gd/SIMPCOVID))****Ficha de notificação para casos da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) temporalmente associada à covid-19 (formulário online <https://is.gd/simpcovid>)****DEFINIÇÃO DE CASO****Definição de caso preliminar***

Caso que foi hospitalizado ou óbito com:

- Presença de febre elevada (considerar o mínimo de 38°C) e persistente (≥ 3 dias) em crianças e adolescentes (entre 0 e 19 anos de idade)

E

- Pelo menos dois dos seguintes sinais e/ou sintomas:
 - Conjuntivite não purulenta ou erupção cutânea bilateral ou sinais de inflamação mucocutânea (oral, mãos ou pés),
 - Hipotensão arterial ou choque,
 - Manifestações de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronárias (incluindo achados do ecocardiograma ou elevação de Troponina / NT-proBNP),
 - Evidência de coagulopatia (por TP, TTPa, D-dímero elevados).
 - Manifestações gastrointestinais agudas (diarreia, vômito ou dor abdominal).

E

- Marcadores de inflamação elevados, como VHS, PCR ou procalcitonina, entre outros.

E

- Afastadas quaisquer outras causas de origem infecciosa óbvia de inflamação, incluindo sepsis bacteriana, síndromes de choque estafilocócica ou estreptocócica.

E

- Evidência de COVID-19 (biologia molecular, teste antigênico ou sorológico positivos) ou história de contato com caso de COVID-19.

Comentários adicionais

- Podem ser incluídos crianças e adolescentes que preencherem critérios totais ou parciais para a síndrome de Kawasaki ou choque tóxico, com evidência de infecção pelo SARS-CoV-2.

*Adaptada pelo Ministério da Saúde, com base na definição de caso da OPAS/OMS (WHO/2019-nCoV/MIS_Children_CRF/2020.2), validada pela Sociedade Brasileira de Pediatria, Sociedade Brasileira de Cardiologia e Instituto Evandro Chagas.

NT-proBNP - N-terminal do peptídeo natriurético tipo B; **TP** - Tempo de protrombina; **TTPa** - Tempo de tromboplastina parcial ativada; **VHS** – Velocidade de hemossedimentação; **PCR** – Proteína C-reativa.



Identificação da notificação

UF de Notificação: _____ Município de notificação: _____
Nome da Unidade de Notificação: _____
CNES: _____ Data da Notificação: ____/____/____
Nome do profissional: _____
Telefone de contato do profissional / unidade notificante: _____
E-mail de contato do profissional / unidade notificante: _____

Identificação do caso ou óbito

Nome do paciente: _____
Nome da mãe: _____
Nome do(a) Responsável: _____
Data de nascimento: ____/____/____ Nacionalidade: _____
Nº do CPF: _____ Nº do Cartão Nacional de Saúde: _____
Sexo: () Masculino () Feminino
Se sexo feminino, está gestante? () sim () não () não sabe () não se aplica
Se sim, período gestacional: _____
() 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre () ignorado
Raça/cor: () branca () preta () parda () amarela () indígena () não declarado
Se indígena, qual etnia? _____
Endereço de residência
Logradouro: _____ Nº: _____
Bairro: _____ CEP: _____ Complemento: _____
UF: _____ Município: _____ Telefone: (____) _____

Identificação da hospitalização

Data internação: ____/____/____
Qual a principal hipótese diagnóstica no momento da internação? _____
Internação em UTI? () Sim () Não
Se sim, data de entrada na UTI: ____/____/____ data de alta da UTI: ____/____/____

Critérios atendidos

Quais critérios da definição de caso encontram-se presentes?
() Febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ e ≥ 3 dias Data de início da febre: ____/____/____
() Conjuntivite não purulenta ou erupção cutânea bilateral ou sinais de inflamação muco-cutânea (oral, mãos ou pés)
() Hipotensão arterial ou choque
() Manifestações de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronárias
() Evidência de coagulopatia
() Manifestações gastrointestinais agudas (diarreia, vômito ou dor abdominal)
() Marcadores de inflamação elevados
() Afastadas quaisquer outras causas de origem infecciosa
() Evidência de COVID-19 ou história de contato próximo com caso de COVID-19

Sinais/sintomas e achados clínicos

Data de início dos sintomas: ____/____/____ Peso: _____ Kg Altura: _____ cm
Quais sinais e sintomas foram percebidos?
() Alterações na cor da pele (ex. palidez, cianose) () Dispneia () Irritabilidade
() Cefaleia () Dor à deglutição () Letargia
() Confusão mental () Dor de garganta () Linfadenopatia
() Conjuntivite () Dor no peito () Náusea / Vômitos
() Coriza () Dores abdominais () Mialgia
() Diarreia () Edema cervical () Manchas vermelhas pelo corpo (exantema, rash, etc.)
() Edema de mãos e pés



- () Oligúria (<2ml/kg/hr) () Tosse () outros, especifique: _____
() Taquicardia () Sat. O₂ <95% ar ambiente _____

Complicações apresentadas:

- | | | |
|--|--|-----------------------------------|
| () Não houve complicação | () Infarto do miocárdio | () Pneumonia |
| () Convulsões | () Insuficiência renal aguda | () Sepses |
| () Edema Agudo Pulmonar | () Necessidade de ventilação invasiva | () Outros, especifique ar: _____ |
| () Evento tromboembólico | () Necessidade de ventilação não invasiva | |
| () Falência de outros órgãos | () Necessidade de troca plasmática | |
| () Hipertensão arterial | | |
| () Hipotensão – necessidade de uso de drogas vasoativas | | |

Antecedentes clínico -epidemiológicos

Doença ou condição pré -existente:

- [] Não apresenta
- [] Cardio patia Se sim : () pericardite; ou [] Imuno ssuprimido
() congênita ou () adquirida. () arritmia [] Hipertensão arterial
Se congênita : [] Diabete [] Hipertensão pulmonar
() acianogênica ou [] Dislipidemia [] Nefropatia
() cianogênica. [] Desnutrição [] Pneumopatia
Se adquirida : [] Doença hematológica [] Síndrome genética
() insuficiência cardíaca; [] Doença neurológica [] Outras. Q uais? _____
() febre reumática; [] Doença reumatológica
() miocardite; [] Doença oncológica

Faz uso de medicação diária?

- () Sim () Não () Não sabe/Não respondeu
Se sim, qual/quais? _____
Se não, fez uso de algum medicamento nos 30 dias antes do início dos sintomas?
() Sim () Não () Não sabe/Não respondeu
Se sim, qual/quais? _____

Recebeu alguma vacina nos 60 dias antes do início dos sintomas?

- () Sim () Não () Não sabe/Não respondeu

Se sim, qual/quais? _____

Já teve diagnóstico prévio de Síndrome de Kawasaki? () Sim () Não () Não sabe/Não respondeu

Se sim, quando? _____

Fez ou Faz algum acompanhamento/tratamento? () Sim () Não () Não sabe/Não respondeu

Teve contato com algum caso suspeito ou confirmado para COVID -19?

- () sim () não () Não sabe/Não respondeu Se sim, data da última exposição: ___/___/_____

Resultados de Exames

Marcadores de inflamação, coagulopatia ou disfunção orgânica:

- | | |
|--|--|
| Hemoglobina (g/ L): | TTPTa : () normal () alterado () não realizou |
| () normal () alterado () não realizou | TP : () normal () alterado () não realizou |
| Leucócitos totais (x10 ⁹ /L): | Fibrinogênio (g/ L): |
| () normal () alterado () não realizou | () normal () alterado () não realizou |
| Neutrófilos (x10 ⁹ /L): | Procalcitonina (ng/m L): |
| () normal () alterado () não realizou | () normal () alterado () não realizou |
| Linfócitos (x10 ⁹ /L): | Proteína C reativa (mg/ dL): |
| () normal () alterado () não realizou | () normal () alterado () não realizou |
| Hematócrito (%) : | VHS (m m/h) : |
| () normal () alterado () não realizou | () normal () alterado () não realizou |
| Plaquetas (x10 ⁹ /L): | Dímero -D (mg/ L): |
| () normal () alterado () não realizou | () normal () alterado () não realizou |



- IL-6 (pg/mL):
 normal alterado não realizou
 Creatinina (µmol/ L):
 normal alterado não realizou
 Sódio (mmol/L):
 normal alterado não realizou
 Potássio (mmol/ L):
 normal alterado não realizou
 Ureia (mmol/ L):
 normal alterado não realizou
 NT Pro-BNP (pg/mL):
 normal alterado não realizou
 BNP (pg/mL):
 normal alterado não realizou
 Troponina (ng/m L):
 normal alterado não realizou

- CKMB (U/L):
 normal alterado não realizou
 DHL (U/L):
 normal alterado não realizou
 Triglicérides :
 normal alterado não realizou
 TGO (U/L):
 normal alterado não realizou
 TGP (U/L):
 normal alterado não realizou
 Albumina (g/dL) :
 normal alterado não realizou
 Lactato (mmol/ L):
 normal alterado não realizou
 Ferritina (µg/m L):
 normal alterado não realizou

Hemocultura? Sim Não Ignorado Data da coleta: ___/___/___
 Resultado: _____

Realizou exame de imagens? Sim Não Ignorado. Se sim, data: ___/___/___

Qual(is) exame(s) de imagem?

- Radiografia do Tórax Resultado: Imagem de vidro fosco
 Tomografia do Tórax Infiltrado Condensação
 Derrame Pleural Outros. _____

Ultrassonografia de abdome - Resultado:

- Hepatomegalia Ileíte Outros. _____
 Eplenomegalia Linfadenite _____
 Colite Ascite _____

Ecocardiografia - Resultado:

- Sinais de disfunção miocárdica Anormalidades coronarianas
 Sinais de pericardite Outros. _____
 Sinais de valvulite

Realizou eletrocardiograma? Sim Não Ignorado Resultado: _____

Realizou coleta de exames laboratoriais específicos para COVID-19? Sim Não Ignorado
 Se sim, qual(is)?

RT-PCR: Sim Não Data da coleta: ___/___/___

Material de coleta:

- swab nasofaringe secreção traqueal Outros, especificar _____

Resultado da coleta:

- Detectável para SARS-CoV-2 (COVID-19) Se detectável para outros agentes infecciosos,
 Não detectável para SARS-CoV-2 (COVID-19) quais? _____
 Indeterminado para SARS-CoV-2 (COVID-19) Ignorado
 Detectável para outros agentes infecciosos

Sorologia /Teste Rápido para SARS-CoV-2: Sim Não

Data da coleta: ___/___/___ Método de sorologia: Teste rápido Outro

Resultado:

- Reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19) Inconclusivo para SARS-CoV-2 (COVID-19)
 Não reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19) Ignorado



Realizou coleta de exames laboratoriais específicos para outra(s) etiologia(s) além de COVID-19? () Sim () Não () Ignorado Se sim, quais? _____
(Descrever etiologias, data de coleta, técnica de análise e resultado).

Tratamento

Em algum momento da internação utilizou alguma das terapêuticas abaixo?

Antivírico? () Sim () Não () se desconhece. Se sim, qual(is)?

[] Ribavirina [] Lopinavir ou Ritonavir [] Tocilizumabe [] Ivermectina [] Remdesivir

[] Outros _____

Corticoesteroide? () Sim () Não () se desconhece. Se sim, qual(is)? _____

Imuno globulina intravenosa? () Sim () Não () se desconhece. Se sim, data de início: __/__/__

Dose diária: _____ (incluir unidade); duração (em dias): _____

Anticoagulação sistêmica? () Sim () Não () se desconhece. Se sim, data de início: __/__/__

Dose diária: _____ (incluir unidade); duração (em dias): _____

Outra (s)? () Sim () Não () se desconhece. Se sim, qual(is)? _____

Variáveis de encerramento

Diagnóstico médico final :

() SIM-P () Kawasaki () Kawasaki atípica

() Síndrome do Choque Tóxico () Outro, especifique: _____

Evolução: () Alta hospitalar

Se alta: () sem sequelas () com sequelas.

Qual/quais? _____

() Óbito

Data da evolução: __/__/__



Documento Assinado Digitalmente por: BRUNA RAFAELA DORNELAS DE ANDRADE LIMA MONTEIRO
Acesse em: <https://stc.e-ice.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: a2df1ae13-7a5b-4c4b-8391-930c428d3d9a

DISQUE SAÚDE **136**



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL



COMUNICADO

ORIENTAÇÕES PARA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO CONSIDERANDO A ATUAL SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DIANTE DA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS

O Departamento de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal da Vitória de Santo Antão, por meio das coordenações de Atenção Primária à Saúde, Saúde da criança e adolescente, Saúde da mulher, e NASF-AB, elabora este comunicado técnico, com objetivo de estabelecer recomendações para as ações da Rede de Atenção à Saúde a partir do dia 12 de abril de 2021.

Recomenda-se a manutenção das orientações que constam na nota técnica de Nº 003/2021 desta instituição (ANEXO A) e estabelece novos fluxos de funcionamento para a Atenção Primária à Saúde. Assim, orienta-se:

- Retorno gradual e escalonado dos serviços da atenção primária à saúde de forma estratégica, evitando aglomerações e centrada na conscientização dos comunitários. No entanto, é importante organizar os fluxos dos serviços ofertados para que não haja atendimentos simultâneos da demanda programada. Ou seja, organizar as agendas dos profissionais para que haja, quando possível, um profissional de referência exclusivo para o atendimento Covid-19, um profissional para acolhimento e outro para atendimento da demanda programada;
- Acolher os usuários realizando escuta qualificada, identificando demandas e necessidades com a devida resolutividade;
- As orientações quanto às reuniões de equipe e ao agendamento das consultas devem ser mantidas segundo a Nota técnica 003/2021;
- As visitas domiciliares (VD) realizadas pelas equipes da ESF ou NASF-AB permanecem de modo peridomiciliar, com o apoio dos agentes comunitários de saúde, e caso o profissional de saúde necessite entrar no domicílio, o



PREFEITURA DA CIDADE DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
Secretaria de Saúde



Documento Assinado Digitalmente por: BRUNA RAFAELA DORNELAS DE ANDRADE LIMA MONTEIRO
Acesse em: <https://stce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: a2d1ae13-7a5b-4c4b-8391-930c428d3d9a

- mesmo deverá estar devidamente paramentado, ou seja, usando o seu EPI completo; deve-se evitar fazer mais de uma visita domiciliar por turno
- Escalonar intervalo de horário entre os atendimentos estabelecendo intervalo de 20 min entre os atendimentos;
 - Priorizar o atendimento de puericultura da primeira semana de vida do RN, e os demais atendimentos deverão ser realizados escalonadamente de acordo com as prioridades. (Esquema orientador: 1ª consulta na primeira semana de vida; 2ª consulta no segundo mês de vida; 3ª consulta no quinto mês de vida; 4ª consulta no sétimo mês de vida e 5ª consulta no primeiro ano de vida.). Reforçando que qualquer demanda de caráter urgente ou de acompanhamento mais efetivo, deve ser acolhido pela Unidade de Saúde da Família - USF;
 - Atendimentos de pré-natal devem permanecer como prioritários, buscando sempre abrir as agendas para as consultas, quando possível, em dias livres de outras demandas na unidade; garantindo sempre a primeira consulta do pré-natal antes das 20 semanas de gestação, e espaçando as demais consultas conforme as necessidades, evitando ao máximo a exposição da gestante a riscos desnecessários (totalizando o mínimo de 6 consultas);
 - Quanto à oferta do exame citopatológico na USF, o mesmo poderá ser realizado com agendamento prévio; com limite de até cinco consultas por turno e com intervalo de 20min entre os atendimentos. A marcação do exame citopatológico deverá ser realizada pelo agente de saúde, a cada 15 dias. Garantindo a oferta do exame duas vezes ao mês;
 - Em relação às visitas domiciliares realizadas pelas equipes do NASF-AB, é importante que em reunião a equipe possa elencar os casos de prioridade; as orientações técnicas (OT) poderão ser agendadas (somente em caso de prioridade) e realizadas dentro da UBS, com os devidos cuidados sanitários.



PREFEITURA DA CIDADE DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
Secretaria de Saúde



Documento Assinado Digitalmente por: BRUNA RAFAELA DORNELAS DE ANDRADE LIMA MONTEIRO
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: a2d1ae13-7a5b-4c4b-8391-930c428d3d9a

Alexciane Priscila da Silva
Coordenação de Atenção Primária à Saúde

Maria Carolina Mesquita
Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente
Coordenação de Saúde da Mulher

Vanessa Pimentel Santos
Coordenação Nasf



NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº003 ORIENTAÇÕES PARA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CIDADE DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO FRENTE À PANDEMIA PELO COVID-19

Considerando os atuais dados epidemiológicos e publicações referentes ao COVID-19;

Considerando o Decreto Nº 50.433 de 15 de março de 2021 que estabelece as medidas restritivas temporárias para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus, COVID-19, para vigorar no período de 18 a 28 de março de 2021, em todo o Estado;

Considerando a Portaria SES/Nº187 de março de 2021 que determina entre o período de 18 a 28 de março de 2021, a suspensão de cirurgias e procedimentos eletivos e recomenda a suspensão de consultas eletivas, procedimentos diagnósticos e terapêuticos ambulatoriais da rede pública e privada, sem prejuízo à saúde do paciente e outros;

Considerando a importância da manutenção das ações e a garantia do acesso aos serviços e ações de saúde pela rede de Atenção à Saúde à população;

Considerando a necessidade de garantir o acompanhamento de pré-natal e assegurar o acompanhamento contínuo dos usuários com doenças crônicas e grupos em vulnerabilidade;

Considerando ser imprescindíveis as ações de prevenção de doenças e agravos à saúde, as ações de imunização dos diversos grupos etários e acompanhamento das situações de crise em saúde mental;

Considerando que a Atenção Primária à Saúde consiste em campo de trabalho estratégico para prevenção e acompanhamento dos casos leves da COVID-19;

O Departamento de Atenção à Saúde, o Departamento de Vigilância em Saúde e o Departamento da Regulação em Saúde da Secretaria Municipal de Vitória de Santo Antão por meio de suas equipes técnicas elaboraram esta Nota Técnica Conjunta,



com objetivo de estabelecer recomendações para as ações da Rede de Atenção à Saúde para o período de 18 a 28 de março de 2021. Assim, recomenda-se:

Orientações Gerais para o Atendimento na Rede de Atenção Saúde

- É obrigatório o uso de máscaras, sejam pacientes, acompanhantes ou profissionais de saúde. Lembrar de orientar o uso correto, cobrindo boca e nariz.
- Deve-se manter pelo menos 1,5 metro de distância entre profissionais de saúde, colaboradores, pacientes e acompanhantes. Exceto nos procedimentos que precisam de contato direto.
- Não é permitida a presença de acompanhantes nos atendimentos, salvo em condições especiais.
- Os atendimentos em grupos continuam suspensos, todas as orientações de educação em saúde devem ser trabalhadas individualmente no decorrer da consulta ou por meio de estratégias digitais de comunicação (WhatsApp, redes sociais e outros).
- Procedimentos que geram aerossóis e que estão enquadrados como urgência podem ser realizados, utilizando a N95 ou a PFF2;
- O diagnóstico precoce do Câncer de Boca é considerado procedimento de urgência e estão mantidos os fluxos de encaminhamento para os Centros de Especialidades Odontológicas.
- Separar os fluxos de pessoas nas unidades de saúde. Criando-se espaços de acesso específico aos usuários com sintomas respiratórios recentes.
- A triagem de sintomáticos respiratórios deve ser realizada por um profissional de saúde utilizando EPIs adequados (avental/jaleco, máscara cirúrgica, touca, luvas e óculos de proteção). Retirar os EPIs antes de sair da sala.
- Disponibilizar máscara cirúrgica durante o atendimento dos usuários com sintomas respiratórios recentes em uso de máscara caseira (pano), manter a sala com porta fechada e janelas abertas e ar condicionado desligado.



- Utilizar os fluxos para o atendimento e encaminhamento referentes ao manejo da COVID-19.
- Estabelecer rotina de limpeza de superfícies e salas da unidade de saúde, sendo reforçada ao final de cada turno. Evitar o toque nas maçanetas e fechaduras. E intensificar a higienização destas. E a cada consulta, deverão ser higienizadas todas as superfícies e equipamentos tocados pelo usuário (cadeira, maca, balança, termômetro e outros).
- Para higienização usar álcool 70% ou solução de água sanitária na proporção de uma (1) parte de água sanitária para três (3) de água.
- Orientar a população quanto aos cuidados preventivos (distanciamento social, uso de álcool para assepsia das mãos, lavagem adequada das mãos e uso adequado de máscara facial) além de informar sobre fluxos assistenciais e sobre o aplicativo Atende em Casa.
- Os casos leves em isolamento domiciliar serão monitorados a cada 48 horas, preferencialmente, de forma remota.
- Orientar a comunidade a procurar os serviços de saúde apenas nas situações de atendimentos de urgência e emergência e consultas e procedimentos inadiáveis (pré-natal, doenças infectocontagiosas e outros).

Orientações para o Atendimento na Atenção Primária à Saúde

- Realizar reuniões de equipe semanais para discutir a organização do fluxo de atendimento, continuidade do cuidado (vacinação, entrega de medicação, pré-natal, consultas prioritárias, ações de educação em saúde, visitas peri-domiciliares) e avaliação das condições física e emocionais das equipes, respeitando as restrições e normas de distanciamento social, inclusive no formato online caso não seja possível manter distanciamento adequado;
- Organizar e reduzir o agendamento das consultas para evitar aglomeração priorizando os atendimentos de pré-natal, intercorrências, primeira consulta de puericultura, criança de risco, Tuberculose e Hanseníase e atendimentos de urgência odontológica;



PREFEITURA DA CIDADE DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
Secretaria de Saúde



Documento Assinado Digitalmente por: BRUNA RAFAELA DORNELAS DE ANDRADE LIMA MONTEIRO
Acesse em: <https://eccc.tce.pe.gov.br/epp/validadoc.seam> Código do documento: a2d1ae73-7a5b-4c4b-8391-930c428d3d9a

- Escalonar intervalo de horário entre os atendimentos com a garantia de agendamento por horário com no mínimo de 40 min de intervalo, evitando aglomeração.
- Na véspera da consulta, contactar o usuário para verificar a presença de sintomas suspeitos de COVID-19.
- Manter o cuidado aos usuários com necessidades de atenção contínua como hipertensos, diabéticos e pessoas com transtornos mentais tornando válidas as últimas prescrições e disponibilizando medicamentos. Agendar consultas apenas nos casos de intercorrências;
- Priorizar ações de imunização organizando os fluxos de forma a evitar aglomerações de pessoas. As carteiras de vacinas devem se manter atualizadas.
- Realizar visitas domiciliares prioritárias, mantendo ainda o modo peridomiciliar;
- Destinar espaços específicos aos usuários com sintomas respiratórios recentes. E se possível, determinar um profissional da equipe por turno para atendimento específico a usuários com sintomas respiratórios (realizar rodízio).
- A equipe de Saúde da Família deve realizar a identificação precoce de casos suspeitos para a Covid-19, o monitoramento dos casos leves, e encaminhamento rápido e correto dos casos graves conforme fluxograma divulgado previamente.
- A notificação das Síndromes Gripais (SG) dos casos suspeitos da COVID-19, que NÃO atenderem à definição de caso para SRAG, deverá ser realizada no sistema e-SUS Notifica através do endereço <https://notifica.saude.gov.br>. É obrigatório o cadastro do profissional na plataforma e o registros dos dados de todos os casos, inclusive os resultados dos exames.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida Henrique de Holanda, 727, Matriz, Vitória de Santo Antão - PE. CEP: 55612-001. CNPJ: 08.916.501/0001-24



PREFEITURA DA CIDADE DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
Secretaria de Saúde



Documento Assinado Digitalmente por: BRUNA RAFAELA DORNELAS DE ANDRADE LIMA MONTEIRO
Acesse em: <https://eic.tec.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: a2d1ae13-7a5b-4c4b-8391-930c428d3d9a

Orientações para o atendimento na Atenção Especializada.

- As agendas de consultas no período de 18 a 28 de março da rede especializada, serão mantidas de acordo com as normas de segurança estabelecidas no decreto do COVID-19.
- Após término do decreto supracitado, a coordenação da saúde especializada redefinirá as formas e critérios de agendamento de acordo com os protocolos de segurança sanitária.

José Eudes de Lorena Sobrinho
Secretário de Saúde
Portaria 006/2021

José Eudes de Lorena Sobrinho
Secretário Municipal de Saúde