



Prefeitura Municipal de Venda Nova do Imigrante

Prefeito Municipal
João Paulo Schettino Minete

Secretaria Municipal de Saúde
Marise Bernarda Vilela

PLANO MUNICIPAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO SARS CoV2 (COVID-19)

VENDA NOVA DO IMIGRANTE
Atualizado em 05/01/2022

1. INFECÇÃO HUMANA PELO NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19)

1.1. Características Gerais

Em 31 de dezembro de 2019 a Organização Mundial de Saúde (OMS) foi informada de um conjunto de casos de pneumonia de causa desconhecida detectados na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. Um novo coronavírus (COVID-19) foi identificado como o vírus causador pelas autoridades chinesas em 7 de janeiro de 2020.

Em 22 de janeiro de 2020, ocorreu ativação do Centro de Operações de Emergência, nível 1, do Ministério da Saúde (MS), coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), para harmonização, planejamento e organização das atividades com os atores envolvidos e monitoramento internacional.

Em 24 de janeiro de 2020, a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES), ativou o Centro de Operações de Emergência (COE), coordenado pela Gerência de Vigilância em Saúde (GEVS), para gerenciar as ações de prevenção e controle do novo coronavírus.

A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, que apresenta um quadro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a maioria dos pacientes com COVID-19 (cerca de 80%) podem ser assintomáticos e cerca de 20% dos casos podem requerer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória e, desses casos, aproximadamente 5% podem necessitar de suporte para o tratamento de insuficiência respiratória (suporte ventilatório)..

1.2. Agente Etiológico

Os nomes oficiais para o vírus responsável pelo COVID-19 são:

Doença: doença de coronavírus (COVID-19).

Vírus: SARS-CoV-2

Trata-se de RNA vírus da ordem *Nidovirales* da família *Coronaviridae*. Os vírus da SARS-CoV, MERS-CoV e SARS-CoV-2 são da subfamília *Betacoronavirus* que infectam somente mamíferos; são altamente patogênicos e responsáveis por

causar síndrome respiratória e gastrointestinal. Além desses três, há outros quatro tipos de coronavírus que podem induzir doença no trato respiratório superior e, eventualmente inferior, em pacientes imunodeprimidos, bem como afetar especialmente crianças, pacientes com comorbidades, jovens e idosos. Todos os coronavírus que afetam humanos tem origem animal.

O coronavírus foi isolado pela primeira vez em 1937. No entanto, foi em 1965 que o vírus foi descrito como coronavírus, em decorrência do perfil na microscopia, parecendo uma coroa conforme proposto por Tyrrell como um novo gênero de vírus.

1.3. Reservatório e Modo de transmissão

Os coronavírus são uma grande família de vírus comuns em muitas espécies de animais, incluindo camelos, gado, gatos e morcegos. Raramente, os coronavírus animais podem infectar pessoas e depois se espalhar entre elas, como aconteceu com o MERS-CoV e SARS-CoV. No início, muitos dos pacientes com surtos de doenças respiratórias causados por COVID-19 em Wuhan, na China, tinham alguma ligação com um grande mercado de frutos do mar e animais vivos, sugerindo que a disseminação ocorreu de animais para pessoas. No entanto, um número crescente de pacientes supostamente não teve exposição ao mercado de animais, indicando também a ocorrência de disseminação de pessoa para pessoa.

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

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

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

pode variar. Alguns vírus são altamente transmissíveis (como sarampo), enquanto outros são menos transmissíveis.

1.4. Período de incubação

O período médio de incubação da infecção por coronavírus é de **5,2 dias**, podendo chegar até **12,5 dias**.

1.5. Período de Transmissibilidade

Apesar da transmissibilidade dos pacientes infectados por SARS-CoV ser em média de 7 dias após o início dos sintomas. **Dados preliminares do Novo Coronavírus (COVID-19) sugerem que a transmissão possa ocorrer, mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas.**

1.6. Suscetibilidade e Imunidade

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

1.7. Manifestações clínicas

O espectro clínico da infecção por coronavírus é muito amplo, podendo variar de um simples resfriado até uma pneumonia severa. No entanto, neste novo coronavírus não está estabelecido completamente o espectro, necessitando de mais investigações e tempo para caracterização da doença.

Segundo os dados mais atuais, os sinais e sintomas clínicos referidos são principalmente respiratórios. O paciente pode apresentar febre, tosse e dificuldade para respirar. Até 2 de janeiro de 2020, de 41 pacientes confirmado por exames laboratoriais com COVID-19 internados no hospital de Wuhan, a maioria dos pacientes era do sexo masculino (73%); menos da metade tinha doenças subjacentes (32%), a mediana de idade era de 49 anos e os sintomas comuns no início da doença foram febre (98%), tosse (76%) e mialgia ou fadiga (44%); sintomas menos comuns foram expectoração (28%), dor de cabeça (8%), hemoptise (5%) e diarreia (3%). Dispneia se desenvolveu em 22 (55%) dos 40 pacientes (mediana do tempo do início da doença até a dispneia 8,0 dias) e 26 (63%) dos 41 pacientes apresentaram linfopenia.

Em um outro estudo, finalizado no início de fevereiro de 2020, foram analisados de maneira retrospectiva, 138 pacientes hospitalizados em Wuhan, na China, estes pacientes foram diagnosticados com pneumonia pelo COVID-19. A idade média foi de 56 anos (intervalos de 42-68 anos e 22-92 anos) e 54,3% (75/138) dos pacientes eram do sexo masculino. Houve suspeita de transmissão hospitalar entre pacientes (40) e profissionais de saúde (17). Os sintomas mais observados incluíram febre (98,6%), fadiga (69,6%) e tosse seca (59,4%). Na tomografia computadorizada do tórax observou-se opacidade em vidro fosco de todos os pacientes.

Em relação ao tratamento, 89,9% (124) recebeu o antiviral fosfato de oseltamivir, e também foram medicados com antibacterianos (64,4% (89) com moxifloxacina; 24,6% (34) ceftriaxona; 18,1% (25) azitromicina) e 44,9% (62) usaram terapia com glicocorticóides. Entre os pacientes 26,1% (36) tiveram complicações e foram transferidos para unidade de terapia intensiva (UTI), principalmente por síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) (61,1% (22)), por arritmia (44,4% (16)) e choque (30,6 % (11)).

A mediana entre o início dos sintomas (IS) e a dispnéia foi de 5 dias, entre o IS e a admissão hospitalar foi de 7 dias e o IS e a SDRA foi de 8 dias. Em 72,2% (26) dos pacientes de UTI foi observado comorbidades, em relação a 19,6% (20) dos hospitalizados em leito comum. Até o final do estudo, 34,1% dos pacientes haviam recebido alta hospitalar e 6 evoluíram ao óbito, os demais seguiam hospitalizados. Entre os que receberam alta, a mediana de dias de internação foi de 10 dias.

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

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

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

2. COMUNICAÇÃO E PUBLICIDADE

A comunicação pública sobre casos será responsabilidade da Assessoria de Comunicação Social da Prefeitura Municipal por meio de boletins informativos digitais.

Caberá a Assessoria de Comunicação da Prefeitura promover o alinhamento de respostas à imprensa junto com a Vigilância em Saúde do município.

A Secretaria Municipal de Saúde juntamente com o gabinete do prefeito, convocaram profissionais estratégicos para a tomada de decisões, articulações e produção de documentos que direcionaram as ações no município frente a pandemia do Coronavírus.

Essa equipe se reunirá em dias e datas definidos como necessários à medida que o vírus for se disseminando em nosso território.

Dessas reuniões matérias foram divulgadas no site da prefeitura e estas são atualizadas sempre que novas decisões são tomadas para conter o avanço do vírus.

3. DEFINIÇÕES DE CASOS OPERACIONAIS

3.1 Caso Suspeito

- **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. o EM CRIANÇAS: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico. o EM IDOSOS: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência. o Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.
- **DEFINIÇÃO 2: SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG):** Síndrome Gripal que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 93% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. o EM CRIANÇAS: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência. o Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.
- **DEFINIÇÃO 3:** Pacientes com anosmia OU ageusia súbita sem relato de outros sintomas prévios.

3.2 Caso confirmado de doença pelo coronavírus 2019 (covid-19)

LABORATORIAL:

- **BIOLOGIA MOLECULAR:** resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real; OU
- **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 Quimioluminescência (CLIA) ou Eletroquimioluminescência (ECLIA).

▪ **PESQUISA DE ANTÍGENO:**

resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

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

▪ **CLÍNICO-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 laboratorialmente para COVID-19 e para o qual não foi possível realizar a confirmação laboratorial.

▪ **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.

CLÍNICO:

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

- A classificação final destes casos deverá ser realizada como Caso Confirmado no e-SUS VS.

POR CRITÉRIO LABORATORIAL EM INDIVÍDUO ASSINTOMÁTICO:

Indivíduo ASSINTOMÁTICO com resultado de exame positivo ou detectável em qualquer um dos exames listados para o critério laboratorial acima.

Observação: Na ocorrência de testagem de assintomáticos com resultado positivo deve-se notificar o caso como confirmado laboratorialmente e fazer a indicação adequada da modalidade utilizada para testagem na ficha de notificação.

3.3 Caso de SG ou SRAG não especificada:

Caso de SG ou de SRAG para o qual não houve identificação de nenhum outro agente etiológico E que não foi possível coletar/processar amostra clínica para diagnóstico laboratorial, E que não foi possível confirmar por critério clínico-epidemiológico, clínicoimagem ou clínico; a classificação destes casos será mantida como Síndrome Gripal não Especificada (SGNE).

No sistema ESUS VS, foi incluído o critério de classificação: “5 – Síndrome Gripal Não Especificada” – campo 54.

A ficha de notificação deve ser encerrada após 10 dias, a contar da data de início dos sintomas, se o caso de SGNE estiver assintomático há pelo menos 24 horas.

Para caso suspeito:

A classificação Suspeito, deverá ser preenchida enquanto aguarda o andamento da realização de exames laboratoriais, ou até que sejam concluídas as investigações por outros critérios.

3.4 Caso descartado de doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19):

- Caso que se enquadre na definição de suspeito e apresente resultado de RT- PCR negativo para SARS-CoV2 (coletado dentro da janela de indicação); OU

- Caso que se enquadre na definição de suspeito e apresente resultado de teste sorológico negativo, por metodologia validada, para SARS-CoV2; OU
- Caso de SRAG para o qual houve identificação de outro agente etiológico confirmada por método laboratorial específico, excluindo-se a possibilidade de uma co-infecção, OU confirmação por causa não infecciosa, atestada pelo médico responsável.

A classificação final destes casos deverá ser realizada como Caso Descartado no e-SUS VS.

Observação: Caso o paciente seja submetido a mais de um teste diagnóstico, por metodologia validada, deve ser considerado o teste positivo para a classificação final do caso.

3.5 Caso excluído de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19)

Serão classificados como excluídos aqueles que apresentarem duplicidade ou que não se enquadrem em uma das definições de caso acima ou casos que foram notificados, e, que não foram colhidas amostras no período anterior ao de transmissão comunitária.

3.6 Caso curado da doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19)

Diante das últimas evidências compartilhadas pela OMS e países afetados, o Ministério da Saúde define que são curados:

- Casos em isolamento domiciliar: casos confirmados que passaram por 10 dias em isolamento domiciliar, a contar da data de início dos sintomas e que estão assintomáticos a no mínimo 72 horas.
- Casos em internação: diante da avaliação médica.

4. ESCOLHA DO TESTE DIAGNÓSTICO

4.1 BIOLOGIA MOLECULAR RT-PCR

- Casos suspeitos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde e nos Pronto Atendimentos, sem indicação de hospitalização, devem realizar entre o 3º e o 8º dias a partir do primeiro dia dos sintomas;
- Casos suspeitos que foram testados por pesquisa de Antígeno e que apresentaram resultado negativo devem ser testados pelo método RT-PCR após 3 dias da coleta do teste de Pesquisa de Antígeno.
- Casos suspeitos hospitalizados devem ter exame oportunamente coletado.
- Contatos de casos confirmados de Covid 19.
- Pessoas que realizam agendamento de testagem pelo site da SESA – Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo

4.2 IMUNOLÓGICO

- Ensaio imunoenzimático (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay - ELISA): Casos suspeitos podem realizar do 8º dia em diante, a partir do primeiro dia de sintomas, considerando o mínimo 72 horas após desaparecimento dos sintomas.
- Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos: Casos suspeitos podem realizar do 8º dia em diante, a partir do primeiro dia de sintomas, considerando o mínimo 72 horas após desaparecimento dos sintomas.
- Imunoensaio por Quimioluminescência (CLIA) ou Eletroquimioluminescência (ECLIA): Casos suspeitos podem realizar do 8º dia em diante, a partir do primeiro dia de sintomas, considerando o mínimo 72 horas após desaparecimento dos sintomas.
- A interpretação adequada dos resultados obtidos em qualquer tipo de ensaio deve ser realizada com cuidado e levar em consideração a dinâmica da infecção (quando a amostra é coletada) e o objetivo para o qual a amostra é coletada (diagnóstico, soroprevalência, etc.). Detecção sorológica Os anticorpos (IgM/IgG) contra o vírus são detectáveis por volta do sétimo dia a partir do início dos sintomas (em aproximadamente 50% dos casos), aumentando progressivamente nos dias seguintes até alcançar o pico de

titulação por volta da segunda ou terceira semana (figura abaixo). Este mesmo comportamento é esperado após a vacinação. As vacinas contra SARS-CoV-2/COVID-19 têm como objetivo a produção de anticorpos contra a proteína S do vírus, responsável pela ligação com nossas células e a consequente infecção, enquanto que os testes atuais podem verificar tanto o nível desses anticorpos quanto de anticorpos contra outro componente, a proteína do nucleocapsídeo (N). Desta forma, excetuando-se por testes sorológicos que detectem especificamente anticorpos contra a proteína N do vírus, a interpretação da sorologia em pacientes vacinados perde significado sob a perspectiva diagnóstica. Acrescenta-se a isto limitações relacionadas à sensibilidade e especificidade dos kits comercialmente disponíveis, de fabricantes diversos. Assim, mesmo que o resultado seja positivo para anticorpos contra a proteína S, pode não ser possível distinguir se a positividade do exame representa a resposta imunológica pela vacina ou se foi fruto de infecção prévia pelo vírus.

- **Contraindicações:** 1) Evite-se utilizar a sorologia Anti-SARS-CoV-2 como recurso diagnóstico em pacientes previamente vacinados; 2) Não concluir a investigação epidemiológica como CASO CONFIRMADO tomando como base apenas o resultado sorológico, em pacientes suspeitos de COVID-19 que tenham sido previamente vacinados com pelo menos uma dose da vacina Anti-SARS-CoV-2.

4.3 PESQUISA DE ANTÍGENO:

- Casos suspeitos de Covid-19 atendidos nas Unidades Básicas de Saúde nos Pronto Atendimentos, devem ser testados no ato do primeiro atendimento

- Deve ser realizado por técnico ou profissional treinado para realizar a coleta, sendo que o resultado deve ser registrado na notificação do paciente no sistema e-SUS VS. O resultado do teste deve ser assinado pelo técnico responsável pela coleta ou por qualquer profissional de saúde de nível superior que atue na unidade de realização do exame.
- Paciente com resultado positivo deve iniciar/manter o isolamento, assim como seus contactantes domiciliares. O profissional de saúde deve orientar a coleta de exames de todos os contatos domiciliares, pelo método de RT-PCR, bem como permanência em isolamento conforme Nota Técnica nº 07/2021.

Paciente com resultado negativo para pesquisa de antígeno, deverá realizar coleta de amostra para a testagem pelo método RT-qPCR no período de 3 a 8 dias do início dos sintomas. Estes pacientes devem ser orientados a manter o isolamento até que seja confirmado ou descartado pelo método RT-PCR.

Observação: A indicação de testagem após 3 dias com método molecular por aqueles pacientes com Pesquisa de Antígeno negativo se deve à menor sensibilidade deste último, assim a utilização de um segundo exame com método molecular aumenta a chance de pessoas com COVID serem diagnosticadas. Ressalta-se que um resultado negativo não exclui necessariamente uma possível infecção. Considerando a disponibilidade do teste molecular no estado do Espírito Santo, deve-se colher material para realização de RT-PCR para pacientes sintomáticos com pesquisa de antígeno negativo, particularmente em pacientes prioritários/de alto risco, dependendo dos critérios clínicos e epidemiológicos.

COLETA DE EXAMES ESPECÍFICOS PARA CORONAVIRUS

Todos os pacientes que preencham a definição de Caso Suspeito ou pacientes que realizaram agendamento pelo site da SESA

5 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

5.1 Centro de Atendimento ao Covid

O município criou uma unidade de atendimento específico para Covid, na sede da policlínica para todos os municípes, atualmente o centro de atendimento ao Covid, funciona de Segunda a Sexta, de 7 h as 16h. No inicio desse atendimento o funcionamento da unidade era em todos os dias da semana, inclusive sabados, domingos e feriados, após a diminuição dos casos passou a funcionar de segunda a sexta.

No centro de atendimento ao Covid é realizado triagem, consulta médica, notificação, exames de antígeno e RT –PCR, com base nas notas tecnicas emitidas pela SESA ES.

5.2 Atendimento dos casos de Covid 19 nas Unidades Básicas de Saúde

As unidades de saúde do interior, em que os pacientes tem dificuldade para se deslocar ao centro da cidade, tiveram seus fluxos de atendimentos alterados desde o inicio da pandemia e são atualizados conforme a demanda que a pandemia traça. Atualmente as unidades do interior atendem pacientes com Síndrome Gripal diariamente em turnos especificos, tambem realizam testagem de antígeno e coleta de RT PCR.

5.3 Monitoramento dos casos notificados

Para assistência dos pacientes em suspeita ou confirmação de COVID-19, a gestão implantou uma planilha de Excel de compartilhamento on line, para uso dos profissionais destacados para o monitoramento dos casos notificados no sistema ESUSVS através de teleatendimento, sendo necessário computador, internet e linha telefônica. Esse trabalho é realizado por uma equipe multiprofissional, integrada por médicos, enfermeiros, odontólogos, técnica de enfermagem e auxiliar de saúde bucal. Os pacientes notificados são incluídos nessa planilha de monitoramento diariamente e juntamente é feita a inserção de dados relevantes, como: número de telefone, início dos sintomas, previsão do encerramento do período de isolamento, idade, endereço, data da notificação, presença de comorbidades, essas informações auxiliam os profissionais que farão o teleatendimento. Inicialmente pergunta se sobre sua condição clínica, surgimento de novos sintomas e investiga se a clinica dos contatos, em caso de piora do quadro avalia se a necessidade de atendimento presencial. Todo o atendimento realizado é relatado na planilha nos campos correspondentes ao dia

de evolução dos sintomas, por se tratar de um instrumento de apoio de compartilhamento on line, todos tem acesso simultâneo a tudo que é inserido, otimizando o serviço e evitando o retrabalho. Os profissionais utilizam a planilha conforme descrito no POP elaborado para a sua execução, sendo de uso diário oportunizando a assistência sistemática dos casos.

O uso da planilha de monitoramento organizou o processo de trabalho no combate a pandemia, pois é uma ferramenta que organiza as atividades de monitoramento e vigilância, além de direcionar o serviço de teleatendimento. Esse instrumento também nos possibilitou gerar diariamente os boletins epidemiológicos da covid 19 para publicação no site e redes sociais da prefeitura. Com a utilização dos filtros disponíveis na planilha é possível extrair dados que norteiam a tomada de decisões no planejamento das ações de enfrentamento a pandemia.

A pandemia por COVID-19 lançou novos desafios para o mundo, o atendimento a distância pode se apresentar como uma alternativa diante das restrições impostas pelo isolamento social, distanciamento social e o cumprimento de quarentena, diante desse cenário, observou-se que o uso da planilha para nortear os profissionais é uma importante ferramenta estratégica para monitorar e gerenciar casos suspeitos e/ou positivos, unificando e otimizando a prestação do cuidado, dentro de uma realidade que nos cobra respostas rápidas. O uso dessas tecnologias aumentou a capacidade de atendimento do sistema de saúde, facilitou o acesso das pessoas a orientações qualificadas, contribuiu para a redução da sobrecarga da APS e outros níveis de atenção, e auxiliou no ordenamento do fluxo das pessoas no sistema. Durante todos esses meses realizando o teleatendimento, percebeu-se a satisfação do paciente em receber a chamada, tirando dúvidas sobre sintomas e características da infecção; demonstrando alívio e gratidão pela prestação desse tipo de assistência.

5.4 Atendimento Odontológico

Atualmente, o serviço de odontologia estará atendendo próximo da normalidade, com horários agendados de 30 a 30 minutos. Sendo em média 6 pacientes por turno. Deixando a primeira meia hora vaga do turno para urgência e a última meia hora para limpeza e organização.

Alguns profissionais da odontologia, atuaram na sala de informação sediada na secretaria de saúde onde atendiam telefones disponíveis para a população para tirar dúvidas, dar orientações e monitorar os casos suspeito e ou confirmados de

covid19. Atualmente, o monitoramento esta sendo realizado por profissionais que estão em home office.

5.5. CUIDADOS DOS PROFISSIONAIS PARA ASSISTÊNCIA:

Os profissionais que fizerem atendimento ao paciente deverão estar paramentados devidamente com equipamentos de proteção individual -EPI (preferencial máscara n95, nas exposições por um tempo mais prolongado e procedimentos que gerem aerolização; eventualmente máscara cirúrgica em exposições eventuais de baixo risco; protetor ocular ou protetor de face; luvas; capote/avental.

Manter e aumentar a rotina de higienização dos ambientes com a descontaminação de superfícies e tratamento de resíduos da sala restrita;

Realizar higiene de mãos, respeitando os cinco momentos de higienização (consultar tópico – Informações detalhadas).

A provisão de todos os insumos como sabão líquido, álcool gel e EPI, deve ser reforçada pela instituição, bem como higienizantes para o ambiente.

6 CONDIÇÃO DE TRANSPORTE DO PACIENTE

- Notificar o setor que irá receber o paciente e também o serviço de transporte interno que o paciente está em precaução.
- Na gravidade será transportado pelo SAMU ou serviço móvel de urgência de empresa terceirizada.
- Durante o transporte o paciente deve utilizar a máscara cirúrgica.
- Caso o paciente esteja impossibilitado de usar máscara cirúrgica (IOT/máscara Venturi), o profissional deverá utilizar máscara N95 durante o transporte.

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DE URGÊNCIA E TRANSPORTE INTERINSTITUCIONAL DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE SARS-CoV-2:

Recomendação de medidas a serem implementadas para prevenção e controle da disseminação do novo coronavírus (SARS-CoV-2) durante o atendimento pré-hospitalar móvel de urgência

CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS E ACOMPANHANTES:

- usar máscara cirúrgica;

- higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE DURANTE A PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE:

- higiene das mãos com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%;
- óculos de proteção ou protetor facial;
- máscara N95; avental preferencialmente impermeável descartável; luvas de procedimento;
- gorro

PROFISSIONAIS DE APOIO, CASO NÃO PARTICIPEM DA ASSISTÊNCIA DIRETA AO CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DURANTE A PRESTAÇÃO DO SERVIÇO AO PACIENTE:

- higiene das mãos com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%;
- máscara cirúrgica.

PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE HIGIENIZAÇÃO RESPONSÁVEIS PELA LIMPEZA TERMINAL:

- higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%;
- gorro
- óculos de proteção ou protetor facial;
- máscara cirúrgica; avental impermeável descartável; luvas de borracha com cano longo e botas impermeáveis de cano longo.

7 PRECAUÇÃO DE CONTATO E DE VIAS AÉREAS

7.1 PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Obrigatório uso de avental descartável, luvas e máscara cirúrgica.

Colocar a máscara antes de entrar no quarto/box, retirá-la após fechar a porta, estando fora do quarto/box, no corredor.

Uso da máscara N95 individual e reutilizável. Pode ser reutilizada pelo mesmo profissional por longos períodos, desde que se mantenha íntegra, seca e limpa. Descarte quando estiver com sujidade visível, danificada ou houver dificuldade para respirar (saturação da máscara).

Colocar máscara cirúrgica no acompanhante.

7.2 PACIENTES EM QUARTOS SEM PRESSÃO NEGATIVA

Paciente sem máscara ou com máscara sem supervisão: Após a transferência ou alta do paciente em precaução, deve-se aguardar 2 horas até liberar este quarto/leito para outro paciente. Durante este período, a higiene do quarto pode ser realizada e o profissional da higiene deve utilizar máscara do tipo respirador - N95 (PFF2).

Paciente com máscara supervisionado durante todo o tempo de permanência: o local poderá ser liberado para o próximo atendimento (exemplos: consultório, triagem, salas de exame, etc).

7.3 MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

A informação é a maior aliada no controle da doença, as pessoas precisam de orientação no momento em que o medo toma conta. A secretaria de Saúde voltou sua equipe de vigilância sanitária para realizar rondas nos comércios essenciais que estão abertos, para distribuir folder confeccionado pela prefeitura em parceria com a câmara de vereadores com informações básicas para orientar a população, orientar

sobre as normativas específicas em relação a pandemia, inspecionar e supervisionar a produção de alimentos. As atividades de rotina dessa equipe foram reduzidas ao essencial para que possam trabalhar nas ruas reforçando as orientações para a população e comércio em geral, além disso, caso necessário também farão notificações em estabelecimentos que não estejam dispostos a seguir a recomendação do ministério da saúde e os elencados no Mapa de Gestão de Risco do Espírito Santo.

7.4 PRECAUÇÕES PADRÃO

Atualmente, a vacina para prevenir a infecção por SARS CoV-2, é a melhor maneira de prevenir a infecção. Portanto ainda há necessidade de precauções adicionais, como o uso de máscaras, recomendadas para o público em geral. No entanto, como lembrete, o MS sempre recomenda ações para ajudar a prevenir a propagação de vírus respiratórios, incluindo:

- Lavar as mãos frequentemente com água e sabonete por pelo menos 20 segundos. Se não houver água e sabonete, usar um desinfetante para as mãos à base de álcool;
- Evitar tocar nos olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas;
- Evitar contato próximo com pessoas doentes;
- Ficar em casa quando estiver doente;
- Cobrir boca e nariz ao tossir ou espirrar com um lenço de papel e jogar no lixo;
- Limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência.

Esses são hábitos diários que podem ajudar a impedir a propagação de vários vírus, inclusive o novo coronavírus.

8. NOTIFICAÇÃO

8.1 Meio para Notificação

As notificações dos casos devem ser feitas **EXCLUSIVAMENTE no e-SUS VS** e a Secretaria Estadual da Saúde será responsável por exportar os dados notificados

para a base do Ministério da Saúde.

8.2 Quem deve realizar a notificação

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

Observação: A Lei Federal nº6.259, de 30 de outubro de 1975, regulamentado pelo Decreto nº78.231, de 12 de agosto de 1976, torna obrigatória a notificação de doenças e agravos.

8.3 Qual ferramenta utilizar para realizar a notificação

	Unidades Sentinelas	Outras unidades notificadoras (hospitais, vigilâncias municipais, clínicas, etc.)
SRAG	Não se aplica	SIVEP-Gripe E e-SUS VS
Síndrome Gripal	SIVEP-Gripe	e-SUS VS

Observação: SRAG já constava como doença de notificação compulsória e possui sistema de notificação próprio (SIVEP-Gripe). Portanto, quando for realizada notificação de SRAG com investigação de COVID, deverá haver notificação nos dois sistemas.

8.4 Unidade Sentinela – Sivep Gripe

O município de Venda Nova do Imigrante tem a Policlínica – Centro de atendimento ao Covid como Unidade Sentinela para Gripe/Influenza, então são coletadas 10 amostras semanais para Virus Respiratórios entre os pacientes com sintomatologia de Síndrome Gripal e lançados no sistema Sivep- Gripe.

9. VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

9.1 Medidas de Biossegurança para Profissionais de Saúde

A implementação de medidas de biossegurança devem ser adotadas para garantir a prevenção, minimização ou eliminação de riscos aos quais os trabalhadores estão expostos.

Adotar medidas diárias, como a higienização das mãos, utilização de EPIs e outras precauções padrão já descritas anteriormente, sendo estas as principais medidas de prevenção da transmissão entre pacientes e profissionais de saúde e que devem ser adotadas no cuidado de todos os pacientes, independentemente dos fatores de risco ou doença de base.

As medidas de biossegurança devem contemplar, além de pacientes e visitantes, todos os profissionais de saúde que prestam assistência direta ao paciente, equipe de suporte que entre no quarto ou consultório como profissionais de limpeza e nutrição, profissionais de laboratórios, profissionais de saúde que executam o procedimento de verificação de óbito em casos de síndromes respiratórias, entre outros.

Mapear os locais e atividades com maiores exposições aos riscos e promover a orientação destes profissionais, são as primeiras medidas a serem adotadas.

9.2 Utilização de Equipamentos de Proteção Individual – EPI

Considera-se EPI todo dispositivo ou produto de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho.

a) Recomenda-se o uso dos seguintes EPI:

- **Máscara Cirúrgica:** em exposições de baixo risco;
- **Máscara N-95, ou PFF2,** preferencial nas exposições por um tempo mais prolongado e procedimentos que gerem aerolização;
 - São exemplos de procedimentos com risco de geração de aerossóis: intubação traqueal; aspiração nasofaríngea e nasotraqueal; broncoscopia; autópsia envolvendo tecido pulmonar; coleta de espécime clínico para diagnóstico de doenças respiratórias, dentre outros.
 - A máscara N-95 pode ser utilizada por mais de um dia se acondicionada em

local apropriado, limpo e seco. Descartar imediatamente a máscara sempre que apresentar sujeira, perda da integridade ou umidade visível.

- **Protetor Ocular** (óculos de segurança) quando houver risco de exposição do profissional a respingo de sangue, secreções corporais e excreções.

Os óculos devem ser exclusivos de cada profissional responsável pela assistência, devendo, após o uso, sofrer processo de limpeza com água e sabão/detergente e desinfecção. Sugere-se a desinfecção por fricção com álcool 70% após cada uso ou outro desinfetante recomendado pelo fabricante.

- **Luvas de Procedimento:** devem ser utilizadas, conforme recomendada nas precauções padrão, quando houver risco de contato das mãos do profissional com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, mucosas, pele não íntegra e artigos ou equipamentos contaminados.
- **Capote/Avental Impermeável Descartável**

b) Compete aos serviços de saúde em relação ao EPI:

- Fornecer os EPI, gratuitamente, aos trabalhadores de acordo com os riscos a que estão expostos;
- Orientar e treinar os trabalhadores sobre o uso adequado, guarda e conservação;
- Substituir imediatamente, quando danificado ou extraviado;
- Responsabilizar-se pela higienização e manutenção periódica.

c) Compete aos trabalhadores em relação ao EPI:

- Usar, utilizando-o apenas para a finalidade a que se destina;
- Responsabilizar-se pela guarda e conservação;
- Comunicar ao empregador qualquer alteração que o torne impróprio, como por exemplo o uso de máscaras molhadas ou amassadas.

9.3 Atendimento ambulatorial ou pronto atendimento – ubs - upa's e pa's.

Recomendação de medidas a serem implementadas para prevenção e controle da disseminação do novo coronavírus (SARS-CoV-2)

Pacientes suspeitos ou confirmados e acompanhantes de pacientes sintomáticos dependentes.

- usar máscara cirúrgica;
- higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%.

Profissionais de saúde durante a prestação do 1º atendimento ao paciente (consultório)

- higiene das mãos com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%;
- óculos de proteção ou protetor facial;
- máscara cirúrgica; avental; luvas de procedimento;
- gorro (para procedimentos que geram aerossóis).

Profissionais de saúde durante a prestação de atendimento ao paciente – sala de emergência, enfermaria

- higiene das mãos com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%;
- óculos de proteção ou protetor facial;
- máscara N95 preferencialmente; avental; luvas de procedimento;
- gorro (para procedimentos que geram aerossóis).

Profissionais de apoio durante a prestação do serviço ao paciente (profissionais da higiene e limpeza, nutrição, manutenção)

- higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%;
- gorro (para procedimentos que geram aerossóis);
- óculos de proteção ou protetor facial;
- máscara cirúrgica; avental; luvas de procedimentos.

Atenção: profissionais da higiene e limpeza, acrescentar luvas de borracha com cano longo e botas impermeáveis de cano longo.

Recepcionistas, vigilantes ou outros profissionais que atuem no acolhimento dos pacientes do serviço de saúde

- higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%;
- máscara cirúrgica;

a. Monitoramento e Atendimento dos Trabalhadores

Os trabalhadores de saúde devem ser monitorados continuamente e, principalmente, em situações de atendimento a emergências para que, caso ocorra o aparecimento tardio de agravos, possa ser feito onexo causal entre o agravo e a situação geradora.

O monitoramento deve ser feito por profissionais da área de saúde e segurança da empresa nas quais os trabalhadores estão inseridos.

O atendimento deve ser realizado de acordo com fluxo de referência e contra-referência estabelecido pelo município, com o suporte técnico dos Centros de Referência Regionais em Saúde do Trabalhador (CEREST Regional), sempre que necessário.

10. VIGILÂNCIA LABORATORIAL

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

a. Procedimentos para Diagnóstico Laboratorial

EXAME/ MÉTODO	MATERIAL BIOLÓGICO	PERÍODO DE COLETA	ACONDICIONAMENTO TEMPERATURA	TRANSPORTE
RT – qPCR em tempo real	Aspirado de nasofaringe Aspirado traqueal Swab nasal	Preferencial- mente entre o 3º e o 7º dia após o início dos sintomas SRAG: Sem prazo especificado	Coletor de secreção/ tubo cônico com tampa rosca, contendo meio de transporte viral ou salina. Manter em temperatura entre 2 a 8°C por até 24h após a coleta. Após esse período manter congelado a – 70 °C.	Caixa isotérmica com gelo reciclável (envio imediato ou até 24 horas após a coleta).
Pesquisa de IgG por imunoensaio	2 mL de soro	A critério médico.	Tubo de ensaio 12mmx75mm hermeticamente fechado. Manter em geladeira entre 2 e 8°C por até 48 horas após a coleta ou em freezer a – 20°C até o momento do envio.	Caixa isotérmica com gelo reciclável.

Documentação: ficha de investigação (e-SUS VS), cadastro impresso do GAL e listagem GAL de exames encaminhados.

Para confirmar a doença é necessário realizar exames de biologia molecular que detecte o RNA viral. A amostra deve ser mantida refrigerada (4-8°C) e encaminhada ao LACEN, em até 24 horas.

A amostra deve ser encaminhada ao LACEN, após o cadastramento no Sistema de Gerenciamento do Ambiente Laboratorial (GAL). Utilizar a pesquisa

para Covid-19 para realizar cadastramento no GAL. A amostra deve vir acompanhada da **Ficha de notificação para casos suspeitos de Novo Coronavírus (COVID-19)**. As notificações dos casos devem ser feitas EXCLUSIVAMENTE por meio da plataforma e-SUS/VS (disponível em www.esusvs.saude.es.gov.br) ficando a cargo da Secretaria Estadual da Saúde exportar os dados notificados para a base do Ministério da Saúde.

A amostra que chegar sem a respectiva ficha poderá não ser processada.

Para **solicitação dos kits de coleta** de amostras de nasofaringe, contatar o Lacen. Os kits serão disponibilizados em até 24 horas após o recebimento da solicitação.

Para consulta aos **resultados**, a unidade demandante deverá acessar o Sistema GAL com login e senha da própria unidade.

b. Orientações para Coleta, Acondicionamento e envio das Amostras para Coronavírus (COVID-19)

O Lacen disponibilizará para a coleta:

- Tubo plástico com tampa de rosca com Meio de Transporte Viral;
- Swab

Este meio (L15) é também utilizado para o Transporte de material para: Influenza, Isolamento de Sarampo, Isolamento de Rubéola e outros vírus respiratórios.

10.1 Acondicionamento das amostras

As amostras devem ser mantidas refrigeradas (4-8°C) e devem ser processadas dentro de 24 a 72 horas da coleta. Manter os tubos na posição vertical (em pé) em estantes. O prazo de validade está impresso na etiqueta aderida ao tubo. Na impossibilidade de envio dentro desse período, recomenda-se congelar as amostras a -70°C até o envio, assegurando que mantenham a temperatura.

10.2 Transporte e envio de amostras para diagnóstico

O material biológico deve ser transportado de forma a preservar a sua integridade e estabilidade. As amostras devem ser transportadas em caixa isotérmica, rígida, impermeável, revestida internamente de material liso, lavável e resistente às soluções desinfetantes apropriadas para tal finalidade; e hermeticamente fechada. As estantes/galerias e os frascos contendo as amostras devem ser colocados dentro de sacos plásticos individuais antes de serem acondicionadas nas caixas isotérmicas. Como medida de segurança, na parte externa da caixa isotérmica deverá ser fixado o símbolo de RISCO BIOLÓGICO.

10.3 Nível de Biossegurança

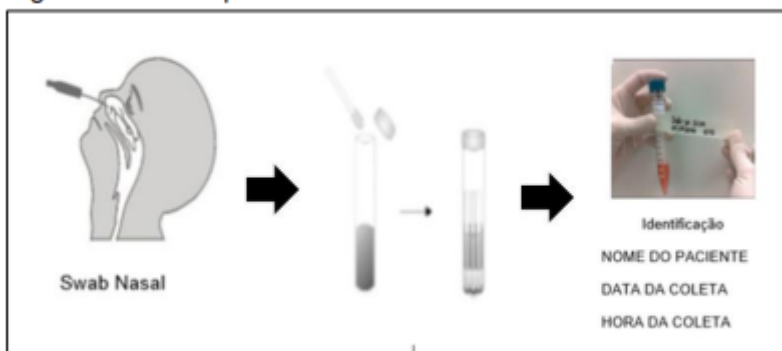
É importante lembrar que **os Coronavírus são agentes infecciosos classificados como nível de biossegurança 2 (NB2) e o seu diagnóstico pode ser feito em um Laboratório NB2**, com aporte de uma cabine de segurança Classe II (que são normalmente usadas em laboratórios NB2) e profissionais de saúde com treinamentos específicos para a realização desses exames. **Para uma maior segurança do profissional recomenda-se o uso adicional de máscara N95, óculos de proteção e gorro.**

10.4 Coleta de secreção nasal e aspirado de nasofaringe para os exames de COVID-19 e vírus respiratórios

Swab Nasal

Coletar preferencialmente até o 7^o (sétimo) dia após o início dos sintomas. Na técnica de swab nasal, deve ser utilizado exclusivamente swab de Rayon (fornecido no kit de coleta). O uso de swab de algodão interfere nos resultados em virtude das metodologias moleculares utilizadas. Proceder a coleta utilizando um mesmo swab que será inserido nas duas narinas (figura 8) até encontrar resistência, realizando movimentos rotatórios. Em seguida à coleta, inserir o swab em um mesmo tubo contendo o meio de transporte específico ou salina. Quebrar ou cortar a haste do swab, fechar e identificar com nome completo do paciente de forma legível e com caneta resistente a água.

Figura 8- Técnica para a coleta de swab nasal



• Aspirado de Nasofaringe (Pacientes Intubados)

Utilizar a técnica de aspirado de nasofaringe quando a unidade de saúde dispuser de frasco coletor de secreção, pois a amostra obtida por essa técnica pode concentrar maior número de células.

Figura 9: Ilustração da técnica para a coleta de aspirado nasofaríngeo.



Fonte: BRASIL, 2014

Obs.: frasco coletor de plástico descartável acoplado com sonda nº 6 ½ e com controle de vácuo (tipo bronquinho). A coleta de ANF é um processo indolor podendo apenas provocar lacrimejamento reflexo. Coletores de muco plásticos descartáveis ou equipo de soro acoplado a uma sonda são preferencialmente recomendados para a obtenção do espécime. A sonda preconizada é a uretral nº 6 com apenas um orifício na ponta. O calibre da sonda é variável segundo o fabricante, devendo ser dada preferência à de maior flexibilidade. A aspiração pode ser realizada com bomba aspiradora portátil, ou vácuo de parede da unidade; não utilizar uma pressão de vácuo muito forte (figura 9). Durante a coleta, a sonda é inserida através da narina até atingir a região da nasofaringe quando então o vácuo é aplicado aspirando à secreção para o interior do frasco coletor ou equipo. O vácuo deve ser colocado após a sonda localizar-se na

nasofaringe, uma vez que se no momento da introdução da sonda houver o vácuo, poderá ocorrer lesão da mucosa. Este procedimento deve ser realizado em ambas as narinas, mantendo movimentação da sonda para evitar que haja pressão diretamente sobre a mucosa provocando sangramento. Alternar a coleta nas duas fossas nasais até obter um volume suficiente, aproximadamente 1 ml de ANF. A quantidade de secreção a ser colhida dependerá da etiologia da IRA, fase evolutiva do quadro clínico e do grau de hidratação do paciente. Pacientes febris apresentam secreção espessa. Após nebulização com soro fisiológico a secreção é mais fluida e abundante. Consequentemente, mais fácil de ser obtida. Não insistir se a coleta não alcançar o volume desejado (mais ou menos 1 ml), pois poderá ocasionar lesão de mucosa. Após aspirar a secreção nasofaríngea com o coletor próprio, inserir a sonda de aspiração no frasco contendo 3 ml de meio de transporte viral ou em PBS pH 7,2 e aspirar todo o meio para dentro do frasco coletor. Manter refrigerado a 4°C (não congelar) até o acondicionamento.

As amostras devem ser entregues na Triagem de Material Biológico do LACEN no horário de 07 às 17 horas de segunda à sexta-feira.

10.5 Coleta de Amostras em Situação de Óbito

É recomendado apenas para casos de síndrome respiratória aguda grave sem diagnóstico etiológico prévio, em situações especiais indicadas pela vigilância epidemiológica e em locais onde seja viável a realização das técnicas de coleta de amostras para diagnóstico *post-mortem*.

a) Pontos anatômicos para coleta de amostras

- Da região central dos brônquios (hilar), dos brônquios direito e esquerdo e da traqueia proximal e distal;
- Do parênquima pulmonar direito e esquerdo;
- Das tonsilas e mucosa nasal;
- De pacientes com suspeita de miocardites, encefalites e

rabdomiolise podem ser coletadas fragmentos do miocárdio (ventrículo direito e esquerdo), SNC (córtex cerebral, gânglios basais, ponte, medula e cerebelo) e músculo esquelético, respectivamente;

- Espécimes de qualquer outro órgão, mostrando aparente alteração macroscópica, podem ser encaminhados para investigação da etiologia viral,

b.Diagnóstico Viral

As amostras frescas coletadas de diferentes sítios das vias respiratórias ou qualquer outra localização anatômica 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 caixa térmica com gelo seco.

c. Diagnóstico Histopatológico

A coleta de amostras para realização do diagnóstico histopatológico 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% e transportar em caixa de isopor à temperatura ambiente.

d. Documentação Necessária

Ficha de investigação disponível em www.esusvs.saude.es.gov.br

- i. Relatório de amostras cadastradas do GAL.

11. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

11.1 IMUNIZAÇÃO

O município vem seguindo todas as recomendações de imunização do plano nacional de imunização. Foi elaborado um plano municipal de imunização que atende as orientações do ministério da saúde. Lá está descrito toda a realidade local, de estrutura física e de equipamentos, forma de trabalho, população, equipe,

medidas emergências para situações de atípicas.

Esse plano passa por atualizações periódicas sempre que necessário e esta disponível no site da prefeitura de Venda Nova do Imigrante.

11.2 Outras Medidas que Evitam a Transmissão de Vírus Respiratórios

Higienização das mãos

As mãos devem ser higienizadas em momentos essenciais e necessários, de acordo com o fluxo de cuidados assistenciais. A ação correta no momento certo é a garantia de cuidado seguro para os pacientes.

Cinco momentos:

1. Antes de tocar o paciente.
2. Antes de realizar procedimento limpo/asséptico:
 - Antes de manusear um dispositivo invasivo, independentemente do uso ou não de luvas.
 - Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro, durante o atendimento do mesmo paciente.
3. Após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções:
 - Após contato com fluidos corporais ou excretas, membranas, mucosas, pele não íntegra ou curativo.
 - Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente.
 - Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas.
4. Após tocar o paciente:
 - Antes e depois do contato com o paciente.
 - Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas.
5. Após tocar superfícies próximas ao paciente:
 - Após contato com superfícies e objetos inanimados (incluindo equipamentos para saúde) nas proximidades do paciente.
 - Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas.

Durante o isolamento domiciliar o serviço de saúde deve orientar:

- Utilizar máscara N95 descartável;

- Não compartilhar alimentos, copos, toalhas e objetos de uso pessoal;
- Evitar tocar olhos, nariz e/ou boca;

- Lavar as mãos frequentemente com sabão e água, especialmente depois de tossir e espirrar;
- Permanecer em ambiente isolado;
- Manter o ambiente isolado;
- Evitar contato próximo com pessoas de maneira geral.

Importante: recomenda-se que a Unidade de Saúde, a qual o paciente em isolamento domiciliar estiver vinculado, seja responsável pelo controle e monitoramento do paciente e de seus familiares.

- Este acompanhamento implica em:
 - Verificar a curva térmica diária;
 - Verificar se os sinais e sintomas estão regredindo;
 - Verificar a progressão de sinais e sintomas, e possível agravamento, tais como: recrudescimento da febre e/ou surgimento de dispneia. Nesse caso, providenciar a remoção do paciente para o hospital de referência e informar à Vigilância Epidemiológica.

12. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

12.1 Cuidados com o paciente

- Identificar e isolar precocemente pacientes suspeitos (precaução padrão, por contato e gotículas).
- Os pacientes suspeitos devem utilizar máscara desde o momento em que forem identificados na triagem até sua chegada ao local de isolamento, que deve ocorrer o mais rápido possível.
- Realizar higiene de mãos, respeitando os 5 momentos de higienização (consultar tópico – Informações detalhadas).
- Imediatamente antes da entrada no quarto, devem ser disponibilizadas condições para a higienização das mãos: dispensador de preparação alcoólica; lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido; suporte para papel toalha abastecido; lixeira com tampa e abertura sem contato manual.
- Limitar a movimentação do paciente para fora da área de isolamento. Se necessário o deslocamento, manter máscara cirúrgica no paciente durante todo o transporte.
- Qualquer pessoa que entrar no quarto de isolamento, ou entrar em contato com o caso suspeito, deve utilizar EPI (preferencial máscara n95, nas exposições por um tempo mais prolongado e procedimentos que gerem aerolização; eventualmente máscara cirúrgica em exposições eventuais de baixo risco; protetor ocular ou protetor de face; luvas; capote/avental).
- Nos casos em que forem necessários acompanhantes, orientar quanto à importância da higienização das mãos.
- A provisão de todos os insumos como sabão líquido, álcool gel, EPI devem ser reforçados pela instituição, bem como higienizantes para o ambiente.

a. Medidas de Isolamento

i. O paciente deve ser mantido em isolamento respiratório para gotículas em quarto privativo.

ii. O quarto deve ter a entrada sinalizada com um alerta referindo para doença respiratória (gotículas), a fim de limitar a entrada de pacientes, visitantes e profissionais que estejam trabalhando em outros locais do hospital.

iii. O acesso deve ser restrito aos trabalhadores da saúde envolvidos no atendimento do indivíduo no serviço de saúde.

b. Referências Hospitalares

Hospital Jayme dos Santos Neves

- Telefone da NIR: 27 3331-7553

Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória

- Telefone da Sala Vermelha: 27 3198-7409

c. Tratamento e atendimento

Até o momento não há medicamento específico para o tratamento da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19). No entanto, medidas de suporte devem ser implementadas.

No atendimento, deve-se levar em consideração os demais diagnósticos diferenciais pertinentes e o adequado manejo clínico. Em caso de suspeita para Influenza, não retardar o início do tratamento com Fosfato de Oseltamivir, conforme protocolo de tratamento de Influenza:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_tratamento_influenza_2017.pdf

13Ações e atividades na Unidade de Atenção Primária à Saúde após a alta

- A Vigilância Epidemiologica envia via e-mail, para as UBS, das altas dos pacientes vitimas. Após o recebimento, as equipe da APS realizam o contato com

o paciente;

- As equipes da APS realizam visita domiciliar em até 48h, verificando o Plano de Cuidado Integrado para que possam oferecer suporte até o restabelecimento completo do usuário e estabilização clínica metabólica, funcional, com relação às condições crônicas que ele possui; garantindo-se a continuidade do cuidado e as estratégias de conciliação terapêutica;

- Atentar para a necessidade de recuperação respiratória, por meio de exercícios, mudança de decúbito e quanto ao retorno de sinais de gravidade;

- Garantir o acompanhamento domiciliar para idosos com alto grau de dependência funcional ou necessidade de continuidade de medida invasiva, como (traqueostomia, gastrostomia, uso de sonda nasoenteral/nasogástrica, sonda vesical de demora e de cateteres em geral);

- Orientar os familiares, em relação aos cuidados, no acompanhamento das necessidades nutricionais e na reabilitação dos idosos frágeis, com apoio da equipe multidisciplinar.

Os serviços de saúde realizados pelas equipes da APS devem ser continuados, de acordo com as recomendações específicas.

14 A APS e a Saúde Mental na Pandemia covid-19

Recomendações gerais para atenção primária

Como identificar sinais e sintomas de adoecimento:

As Equipes de Atenção Primária devem diagnosticar e orientar os usuários que apresentarem sinais e sintomas que necessitem de Atenção Psicossocial. Os profissionais devem estar atentos para:

- Sintomas persistentes;
- Sofrimento intenso;
- Comprometimento significativo do funcionamento social e cotidiano;
- Dificuldades profundas na vida familiar, social ou no trabalho;
- Risco de complicações, em especial o suicídio;
- Problemas coexistentes como alcoolismo ou outras dependências;
- Depressão maior, psicose e transtorno por estresse pós-traumático são quadros graves que requerem atenção especializada.

Os transtornos psíquicos imediatos mais frequentes são os episódios depressivos e as reações de estresse agudo de tipo transitório. O risco de surgimento destes transtornos aumenta de acordo com as características das perdas e outros fatores de vulnerabilidade.

Entre os efeitos tardios que podem aparecer, os mais recorrentes são:

- Luto patológico;
- Depressão;
- Transtornos de adaptação;
- Manifestações de estresse pós-traumático;
- Abuso do álcool ou outras substâncias que causam dependência e transtornos psicossomáticos.

Os fatores de isolamento/proteção aumentam esses efeitos. O que pode ajudar a minimizar a situação são sentimentos e valores mais solidários e positivos da mente humana como compaixão, altruísmo e a empatia.

Compaixão pode ser entendida como uma resposta emocional ao perceber o sofrimento e envolve um desejo autêntico de ajudar. Ouvir, conectar, validar os sentimentos do outro com respeito, aceitação, calor humano e compartilhamento aberto de informação resulta em melhora das pessoas e ajuda o profissional de saúde, gestores e populações na difícil tarefa de cuidar de alguém, cuidar de si e cuidar de algo. Cuidar de si mesmo, de quem precisa do serviço e enfrentar a pandemia.

15 Cuidados com pós obitos

Orientações pós-óbito de pessoas com infecção suspeita ou confirmada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2):

12.1.1 Os procedimentos pós-óbito devem ser realizados ainda no quarto de isolamento na unidade de atendimento, com porta fechada e pelo menor número possível de profissionais (todos com EPI).

- Todos os profissionais que tiverem contato com o cadáver, devem usar: gorro, óculos de proteção ou protetor facial, máscara cirúrgica, avental impermeável e luvas. Se for necessário realizar procedimentos que geram aerossol como extubação, usar N95, PFF2, ou equivalente.

- Os tubos, drenos e catéteres devem ser removidos do corpo, tendo cuidado especial com a remoção de cateteres intravenosos, outros dispositivos

cortantes e do tubo endotraqueal.

- Descartar imediatamente os resíduos perfurocortantes em recipientes rígidos, à prova de perfuração e vazamento, e com o símbolo de resíduo infectante.

- Se recomenda desinfetar e tapar/bloquear os orifícios de drenagem de feridas e punção de cateter com cobertura impermeável.

- Limpar as secreções nos orifícios orais e nasais com compressas.

- Tapar/bloquear orifícios naturais do cadáver (oral, nasal, retal) para evitar extravasamento de fluidos corporais.

- Acondicionar o corpo em saco impermeável à prova de vazamento e selado.

- Desinfetar a superfície externa do saco (pode-se utilizar álcool a 70%, solução clorada [0.5% a 1%], ou outro saneante desinfetante regularizado junto a Anvisa).

- Identificar adequadamente o cadáver;

- Identificar o saco externo de transporte com a informação relativa a risco biológico; no contexto da COVID-19: agente biológico classe de risco 3.

- Usar luvas ao manusear o saco de acondicionamento do cadáver.

- A maca de transporte de cadáveres deve ser utilizada apenas para esse fim e ser de fácil limpeza e desinfecção.

- Após remover os EPI, sempre proceder à higienização das mãos.

Orientações aos serviços póstumos:

- Todos os profissionais que atuam no transporte, guarda do corpo e colocação do corpo no caixão, também devem adotar as medidas de precaução, que devem ser mantidas até o fechamento do caixão.

- É importante que os envolvidos no manuseio do corpo, equipe da funerária e os responsáveis pelo funeral sejam informados sobre o risco biológico classe de risco 3, para que medidas apropriadas possam ser tomadas

para se proteger contra a infecção.

- O manuseio do corpo deve ser o menor possível. Os profissionais envolvidos no transporte do corpo devem equipar-se com luvas, avental impermeável e máscara cirúrgica.

- O corpo não deve ser embalsamado.

- Deve-se realizar a limpeza externa do caixão com álcool líquido a 70% antes de levá-lo para ao velório.

- De preferência, cremar os cadáveres, embora não seja obrigatório fazê-lo.

- Remover adequadamente o EPI após transportar o corpo e higienizar as mãos com água e sabão imediatamente após remover o EPI.

- Atendendo à atual situação epidemiológica, os funerais deverão decorrer com o menor número possível de pessoas, preferencialmente apenas os familiares mais próximos, para diminuir a probabilidade de contágio e como medida para controlar os casos de COVID19.

- Recomenda-se às pessoas que: o Sigam as medidas de higiene das mãos e de etiqueta respiratória, em todas as circunstâncias;

- Devem ser evitados apertos de mão e outros tipos de contato físico entre os participantes do funeral;

- Recomenda-se que as pessoas dos grupos mais vulneráveis (crianças, idosos, grávidas e pessoas com imunossupressão ou com doença crônica), não participem nos funerais; bem como, pessoas sintomáticas respiratórias;

- Recomenda-se que o caixão seja mantido fechado durante o funeral, para evitar contato físico com o corpo;

- Devem ser disponibilizados água, sabonete líquido, papel toalha e álcool gel a 70% para higienização das mãos nos locais de funeral.

16 EPIDEMIA DE INFLUENZA

A Secretaria da Saúde do Espírito alerta para o aumento do número de casos de Influenza, em observação à maior procura de serviços de saúde pela população, bem como da demanda de exames de pesquisa de vírus respiratórios recebidos

pelo Laboratório Central do Espírito Santo. Foi observado que nas últimas duas semanas a procura por Unidades de Pronto Atendimento superou a quantidade estimada para época, com aumento também de exames analisados e da taxa de positividade por Influenza. Em outubro, a taxa era de 0,04%, e em dezembro, até o dia 13, registrou-se taxa de positividade crescente de 7,3% em todo o estado. Cabe ressaltar que a cobertura vacinal no grupo de maior risco (idosos) está abaixo do preconizado, sendo apenas 75% dos idosos vacinados, quando a meta é 90%, o que pode gerar aumento do número de casos graves da doença, incluindo internações e óbitos.

16.1 Aspectos Epidemiológicos

Grandes centros urbanos do Brasil, como Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e o Espírito Santo, apresentaram uma alta incidência de casos de gripe nas últimas semanas. O vírus Influenza, causador da doença, tem uma característica sazonal: ele circula durante o ano todo, nas diversas regiões do mundo, com predomínio nos meses do outono e inverno. O aumento dos casos durante o mês de dezembro no país é um fenômeno incomum, que pode estar associado à baixa cobertura vacinal contra a gripe, à flexibilização das medidas de restrição adotadas como prevenção à Covid-19 e ao relaxamento da etiqueta respiratória, que inclui o uso de máscaras, a higienização das mãos e o distanciamento social. Em vista desse surto de Influenza A H3N2 atualmente observado, somado à superposição de sintomas entre as diferentes doenças virais de quadro gripal, além de outras doenças crônicas agudizadas por manifestações respiratórias, faz-se necessário manter vigilância e rastreamento de Influenza em paralelo à Covid-19 para os casos de Síndrome Gripal - SG e Síndrome Respiratória Aguda Grave - SARG tanto em nível ambulatorial quanto em hospitalizados. A influenza é uma infecção viral aguda, que afeta o sistema respiratório e é de alta transmissibilidade. Ocorre durante todo o ano, mas é mais frequente no outono e no inverno, quando as temperaturas caem, principalmente no Sul e Sudeste do País. Além da transmissibilidade elevada e distribuição global, com tendência a se disseminar facilmente em epidemias sazonais, a influenza pode, também, causar pandemias (sobretudo pelo vírus tipo A/H3N2, A/H1N1 e B). O vírus influenza A tem, ainda, potencial pandêmico, pela sua capacidade de rearranjo com variantes do vírus que acometem outras espécies, situação que exige constante vigilância. A maioria dos casos graves (pneumonia viral), complicações

(coinfecções bacterianas por *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus ssp.* e *Haemophilus influenzae*), hospitalizações e óbitos decorrentes da infecção pelo influenza se dá em indivíduos pertencentes aos grupos de risco: idosos, crianças nos primeiros anos de vida, gestantes/puérperas e portadores de doenças crônicas ou imunocomprometidos. A transmissão da gripe ocorre principalmente de pessoa a pessoa, por meio de gotículas respiratórias produzidas por tosse, espirros ou fala de uma pessoa infectada para uma pessoa suscetível, o que requer um contato próximo entre elas porque as gotas geralmente atingem distâncias curtas. Outro modo de transmissão é pela transferência manual do vírus influenza das superfícies contaminadas por gotículas (fômites), para as superfícies mucosas da face por auto-inoculação. O período de incubação da gripe é de um a quatro dias, com média de dois dias. A transmissão do vírus a partir de indivíduos infectados ocorre um a dois dias antes do início de sintomas. O pico da excreção viral ocorre entre 24 e 72 horas do início da doença, declina até níveis não detectáveis por volta do quinto dia após o início dos sintomas. As crianças, comparadas aos adultos, excretam vírus mais precocemente, com maior carga viral e por períodos mais longos, podendo durar de sete a 10 dias ou mais. Imunocomprometidos podem excretar vírus por semanas ou até meses.

Diante do contexto da epidemia de Influenza juntamente com a Pandemia de Covid 19, o município de Venda Nova do Imigrante adotará as orientações emitidas pela SESA ES e pelo Ministério da Saúde.

16.2 Definições de caso

Para o correto manejo clínico da influenza, é preciso considerar e diferenciar os casos de síndrome gripal (SG) e síndrome respiratória aguda grave (SRAG).

16.2.1- Síndrome Gripal SG

Conjunto de sinais e sintomas marcado pelo comprometimento de vias aéreas superiores associado a pelo menos um sinal de comprometimento sistêmico.

SG: Indivíduo que apresente febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia, na ausência de outro diagnóstico específico. Em crianças com menos de 2 anos de idade considera-se,

também, como caso de síndrome gripal: febre de início súbito (mesmo que referida) e sintomas respiratórios (tosse, coriza e obstrução nasal), na ausência de outro diagnóstico específico.

A febre (temperatura acima de 37,8°C) é o sinal mais proeminente em crianças com gripe; caracteriza-se, geralmente, por início súbito, com declínio por volta do terceiro dia e normalização em até 6 dias. Nas crianças, especialmente nas menores de três anos, a febre pode apresentar-se mais alta e prolongada. Os sintomas respiratórios mais comuns são: coriza (rinorreia), tosse não produtiva, disfonia (rouquidão) e dor de garganta (odinofagia). Além da febre, os demais sintomas sistêmicos frequentes são: mialgia, calafrios, mal estar geral, apatia, fadiga e cefaléia. Na criança, diferente do adulto, a rouquidão e a linfonomegalia cervical são achados comuns. Os sintomas gastrointestinais são menos comumente associados à gripe, mas ocorrem em torno de 10 a 30% das crianças. A síndrome gripal, usualmente, é um quadro autolimitado e a maioria das pessoas afetadas recupera-se em 3 a 5 dias, embora a tosse e mal estar possam persistir por até duas semanas. Complicações podem ocorrer particularmente em indivíduos mais vulneráveis, como os portadores de doenças crônicas, imunocomprometidos ou portadores de outras condições subjacentes. O pediatra deve suspeitar de síndrome gripal em toda criança com febre de início súbito, mesmo que referida, associado aos sintomas de vias aéreas superiores e um dos sintomas sistêmicos: mialgia, cefaleia ou artralgia. Nas menores de dois anos, onde a obtenção da queixa é mais difícil, considera-se compatível a febre de início súbito, mesmo que referida, associada aos sintomas respiratórios relatados, na ausência de outros diagnósticos específicos.

16.2.2 Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

Considera-se SRAG quando, além dos sinais da síndrome gripal - SG (descrito acima), o paciente apresente dispneia ou os seguintes sinais de gravidade:

- Saturação de SpO₂
- Sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com a idade;
- Piora nas condições clínicas da doença de base;
- Hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente; Ou

- Indivíduo de qualquer idade com quadro de insuficiência respiratória aguda, durante período sazonal.

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

16.3 Fluxograma para o tratamento

A terapia antiviral com Oseltamivir está recomendada para:

- Todos os casos de Influenza com necessidade de admissão hospitalar/SRAG independente da condição de base e do status vacinal – maior benefício com início dentro dos primeiros 5 dias de sintomas;
- Todos os casos de SG por Influenza em pacientes com fator de risco para formas graves, independente do status vacinal - maior benefício com início dentro dos primeiros 2 dias de sintomas; independentemente do subtipo de Influenza isolado, embora Influenza B possa apresentar maiores taxas de resistência.

Regime de tratamento para adultos com renal normal – Oseltamivir 75mg, VO, 12/12h por 5 dias, podendo ser estendido até 10 dias para pacientes hospitalizados por formas críticas.

A terapia com corticóides NÃO é recomendada, salvo em situações específicas em que haja indicação por outras causas, podendo se relacionar a piores desfechos. A antibioticoterapia não está recomendada de rotina, mas deve-se investigar e tratar empiricamente co-infecção (conforme protocolo de pneumonia comunitária) em pacientes com Influenza suspeita ou confirmada e com:

- doença grave inicial (pneumonia extensa, falência respiratória, hipotensão);
- deterioração clínica após melhora inicial, particularmente nos que foram tratados com antivirais;
- que não melhorem após 3 a 5 dias de tratamento com antiviral.

16.4 PROTOCOLO DE TRATAMENTO - MINISTÉRIO DA SAÚDE

O atual protocolo de tratamento de influenza do ministério da saúde no brasil indica o uso do oseltamivir nas seguintes situações clínicas:

16.4.1 Síndrome gripal em pacientes com condições e fatores de risco para

complicações

Para todos os pacientes com síndrome gripal que tenham condições e fatores de risco para complicações, independentemente da situação vacinal, mesmo em atendimento ambulatorial.

São considerados pacientes com condições e fatores de risco para complicações:

- Crianças < 05 anos (sendo que o maior risco de hospitalização é em menores de dois anos, especialmente as menores de seis meses que apresentam maiores taxa de mortalidade);
- Grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal);
- Adultos \geq 60 anos;
- População indígena aldeada ou com dificuldade de acesso;
- Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (risco de Síndrome de Reye);
- Indivíduos que apresentem: pneumopatias, tuberculose de todas as formas, cardiovasculopatias, nefropatias, hepatopatias, doenças hematológicas, distúrbios metabólicos, transtornos neurológicos e do desenvolvimento que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração, imunossupressão e obesidade.

16.4.2 Nos casos definidos como SRAG

- Indicar internação hospitalar.
- O oseltamivir deve ser prescrito a qualquer momento da suspeita, mesmo se iniciado após 48 horas do início dos sintomas.
- Realizar avaliação clínica minuciosa e, de acordo com a indicação, iniciar terapêutica imediata de suporte, incluindo hidratação venosa e oxigenioterapia,
- Manter monitoramento clínico.
- A avaliação inicial deve incluir no mínimo aferição dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura axilar), exame

cardiorrespiratório e oximetria de pulso; esta avaliação deve ser frequente (2 a 4 aferições no prazo de 4 horas).

- Deve ser estabelecida, em prazo de quatro horas, a necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).
- Iniciar imediatamente o tratamento com o fosfato de oseltamivir após a suspeita clínica independentemente da coleta de material para exame laboratorial.
- Coletar amostras de secreções respiratórias para exame laboratorial, preferencialmente antes do início do tratamento.
- Para orientações sobre coleta de amostras acesse o Guia para a Rede Laboratorial de Vigilância de Influenza no Brasil no link: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_laboratorial_influenza_vigilancia_influenza_br_asil.pdf.

16.4.3 Síndrome Gripal em pacientes sem condições e fatores de risco para complicações

Para os casos definidos como síndrome gripal a prescrição do oseltamivir deve ser considerada baseada em julgamento clínico, preferencialmente nas primeiras 48 horas após o início da doença, além dos medicamentos sintomáticos e da hidratação. Estes pacientes devem receber orientações sobre retorno ao serviço de saúde se surgirem sinais de agravamento do quadro (Persistência ou agravamento da febre por mais de 3 dias; miosite comprovada por CPK 2 a 3 vezes); alteração do sensorio; desidratação e em crianças, exacerbação dos sintomas gastrointestinais. Todos os pacientes que apresentarem sinais de agravamento devem, também, receber de imediato o tratamento com o fosfato de oseltamivir de acordo com o preconizado na tabela abaixo.

Droga	Faixa Etária		Posologia
Fosfato de oseltamivir (Tamiflu®)	Adulto		75 mg, 12/12h, 5 dias
	Criança <u>maior de 1 ano</u> de idade	Até 15 kg	30 mg, 12/12h, 5 dias
		> 15 kg a 23 kg	45 mg, 12/12h, 5 dias
		> 23 kg a 40 kg	60 mg, 12/12h, 5 dias
		> 40 kg	75 mg, 12/12h, 5 dias
	Criança <u>menor de 1 ano</u> de idade	0 a 8 meses	3 mg/kg, 12/12h, 5 dias
		9 a 11 meses	3,5 mg/kg, 12/12h, 5 dias
Zanamivir (Relenza®)	Adulto		10 mg: duas inalações de 5 mg, 12/12h, 5 dias
	Criança	≥ 7 anos	10 mg: duas inalações de 5 mg, 12/12h, 5 dias

- Em situações especiais, o julgamento clínico e virológico (testes laboratoriais) de amostras respiratórias devem guiar a decisão terapêutica para prolongar o tratamento por período superior a cinco dias em pacientes com doença grave ou prolongada.
- Os tratamentos mais longos podem ser necessários em pacientes imunossuprimidos, os quais podem apresentar replicação viral prolongada. Estes pacientes apresentam risco de desenvolver resistência.
- Para os pacientes que vomitam até uma hora após a ingestão do medicamento deve ser administrando uma dose adicional.

A quimioprofilaxia com Oseltamivir pós-exposição indiscriminada não é recomendável pelo risco de indução de resistência viral.

A quimioprofilaxia com Oseltamivir pós-exposição mas está indicada para:

- os grupos com risco elevado de complicações, não vacinados ou vacinados há menos de 2 semanas, após exposição a caso suspeito ou confirmado de Influenza, dentro de janela de 48h após exposição;
- imunodeprimidos expostos, independente do status vacinal e profissionais da saúde que tenham realizado procedimento gerador de aerossol sem EPI;
- Regime de quimioprofilaxia para adultos com função renal normal: Oseltamivir 75mg, VO, 1x/dia por 10 dias.

Droga	Faixa Etária		Quimioprofilaxia
Fosfato de oseltamivir (Tamiflu®)	Adulto		75 mg/dia, VO / 10 dias
	Criança <u>maior de 1 ano</u> de idade	≥ 15 kg	30 mg/dia, VO / 10 dias
		> 15 kg a 23 kg	45 mg/dia, VO / 10 dias
		> 23 kg a 40 kg	60 mg/dia, VO / 10 dias
		> 40 kg	75 mg/dia, VO / 10 dias
	Criança <u>menor de 1 ano</u> de idade	0 a 8 meses	3 mg/kg ao dia, 10 dias
9 a 11 meses		3,5 mg/kg ao dia, 10 dias	
Zanamivir (Relenza®)	Adulto		10 mg: duas inalações de 5 mg, uma vez ao dia, 10 dias
	Criança	≥ 5 anos	10 mg: duas inalações de 5 mg uma vez ao dia, 10 dias

16.4.4 Doses para tratamento em recém-nascidos

- 1 mg/kg/dose 12/12 horas em prematuros.
- 1 mg/kg/dose 12/12 horas de 37 a < 38 semanas de idade gestacional.
- 1,5 mg/kg/dose 12/12 horas de 38 a 40 semanas de idade gestacional.
- 3 mg/kg/dose de 12/12 horas em RN com idade gestacional maior de 40 semanas. OBS.: Tratamento durante cinco dias.

16.4.5 Dose de oseltamivir para prematuros

A dose baseada no peso para os prematuros é menor do que para os recém-nascidos a termo devido ao menor clearance de oseltamivir ocasionada pela imaturidade renal. Caso o pó para suspensão oral não esteja disponível, o responsável pela administração do medicamento poderá reconstituir uma solução oral utilizando o conteúdo das capsulas diluído em água, e o conteúdo poderá ser misturado com alimentos açucarados.

16.4.6 Tratamento adjuvante e com antimicrobianos associados

De acordo com a última diretriz de tratamento da sociedade americana de doenças infecciosas (IDSA), deve-se:

- Investigar e tratar empiricamente co-infecção em pacientes com influenza suspeita ou confirmada e com doença grave inicial (pneumonia extensa, falência

respiratória, hipotensão, e febre), além do antiviral para influenza;

- Investigar e tratar empiricamente co-infecção bacteriana em pacientes que apresentem deterioração clínica após melhora inicial, particularmente nos que foram tratados com antivirais;
- Considerar investigar e tratar empiricamente co-infecção bacteriana em pacientes que não melhorem após 3 a 5 dias de tratamento com antiviral;
- Não administrar corticosteroides para o tratamento de influenza documentada ou suspeita, pneumonia associada, falência respiratória ou SRAG, a menos que indicado por outras razões;
- Não administrar rotineiramente preparados com imunoglobulinas para o tratamento de influenza documentada ou suspeita.

16.5 INDICAÇÕES PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

- Instabilidade hemodinâmica persistente (pressão arterial que não respondeu à reposição volêmica (30mL/kg nas primeiras 3 horas), indicando uso de amina vasoativa (exemplo: noradrenalina, dopamina, adrenalina);
- Sinais e sintomas de insuficiência respiratória, incluindo hipoxemia (PaO₂ abaixo de 60 mmHg) com necessidade de suplementação de oxigênio para manter saturação arterial de oxigênio acima de 90%;
- Evolução para outras disfunções orgânicas, como insuficiência renal aguda e disfunção neurológica.

16.6 FLUXOGRAMA PARA PRECAUÇÕES E ISOLAMENTO

Para pacientes hospitalizados a precaução geral para Influenza é GOTÍCULA.

Associar precaução aerossol (máscara n95) + avental descartável/luvas/protetor ocular para procedimentos que geram aerossol.

Precaução Padrão	Precaução para Influenza (suspeitos ou confirmados)
1- Lavagem de mãos: Antes e apos contato com cada paciente;	1- Lavagem de mãos: Antes e apos contato com cada paciente;
2- Luvas: Contato com secreções e sangue;	2- Quarto privativo + Porta fechada
3- Oculos de Proteção + Máscara Cirúrgica 03 camadas: Risco de respingos;	3- Mascara Cirurgica 3 Camadas: Para Profissional, Visitante, Acompanhante e no Transporte.
4- Descarte adequado: Recipiente próprio.	4- N95 apenas para Profissional: Intubação, Extubação e Aspiração.

16.7 NOTA TÉCNICA CONJUNTA COVID-19 Nº 001/2022 - SESA/SSAS/SSERCAS/SSVS

Orientações para a implementação de coortes para internação de pacientes acometidos por Síndromes Gripais ou por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) com testagem por antígeno negativo para COVID na Rede Hospitalar Pública, Contratada e Contratualizada do Estado do Espírito Santo, mediante escassez de leitos de isolamento

- Considerando o aumento do número de casos de pacientes suspeitos ou confirmados de Influenza no contexto da pandemia por Covid-19, quando o sistema de saúde não possuir quartos privativos disponíveis em número suficiente para o atendimento de todos os casos, deve ser estabelecida a acomodação dos pacientes em coorte, ou seja, separar esses pacientes em uma mesma enfermaria ou área.
- Essa coorte pode ser realizada em todas as unidades ou setores que forem receber pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS- CoV- 2 ou Influenza A quando a ocupação dos leitos de enfermaria e UTI exclusivos para o enfrentamento ao aumento das síndromes gripais alcançar níveis de alerta de 85% ou superiores.
- As orientações para o quarto de isolamento ou área de coorte devem ser seguidas como determina o documento Nota Técnica 04/2020 e 07/2020 e todas as suas atualizações posteriores, disponíveis em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/category/covid-19>
- CONTEXTO DA REALIZAÇÃO DO TESTE DE ANTÍGENO PARA COVID-19 E A

INSTALAÇÃO DE COORTES 2

Com o objetivo de garantir a assistência aos casos e prevenir a disseminação do vírus no ambiente intra-hospitalar e segundo as informações atualmente disponíveis, a transmissão do SARS-CoV-2 ocorre pessoa a pessoa (sintomática ou não) por meio de gotículas respiratórias; de aerossóis; contato direto com pessoas infectadas; ou contato indireto (menos comum) por meio das mãos, objetos ou superfícies contaminadas.

Devido ao aumento do número de casos de pacientes suspeitos e confirmados de COVID-19 e o surto e iminente epidemia de Influenza A e outros vírus respiratórios, e diante da indisponibilidade de quartos privativos suficientes, os hospitais devem estabelecer áreas de coorte para permanência desses pacientes, ou seja, a separação desses pacientes em uma mesma enfermaria ou área (coorte de suspeitos e coortes/isolamento de confirmados).

Há necessidade por leitos acima da disponibilidade no momento, a despeito da expansão realizada durante a pandemia COVID-19, e a superlotação Upas e Pas e pronto-socorros, onde o paciente encontra-se aguardando leito em estado de “coorte de suspeitos”, com menos recursos humanos, de espaço, de macas, medicações e materiais;

Que há leitos ociosos nas enfermarias dos hospitais que foram transformadas em quartos privativos;

Considerando que a lotação em serviços de saúde a partir da taxa de ocupação maior que 85%, segue parâmetros de queda na qualidade na assistencial.

Que nas áreas de coorte e nas demais, os serviços de saúde devem estabelecer normas e boas práticas que minimizem a exposição de profissionais, pacientes e acompanhantes a patógenos respiratórios, incluindo o SARS-CoV-2. Nesse sentido, medidas de prevenção e controle de infecção devem ser implementadas para evitar ou reduzir a transmissão deste e outros microrganismos durante as práticas assistenciais.

Que todo o paciente com síndrome gripal, após ser submetido a teste antígeno para COVID negativo, deve fazer exame de RT-PCR covid, conforme fluxograma em anexo.

Internar pacientes em coorte representa o agrupamento, em um mesmo espaço de internação, de indivíduos com características clínicas ou epidemiológicas comuns

entre si, medida aplicada diante da escassez de leitos hospitalares de isolamento. Nesse sentido, o isolamento em coorte consiste em separar em uma mesma enfermaria ou área os pacientes com mesmo tipo de infecção ou agente etiológico.

Internar pacientes em áreas coorte é uma estratégia protetiva de segregação entre casos suspeitos e confirmados de um determinado agravo, de grupos de risco e da comunidade em geral. Sendo assim, é mais uma forma de mitigar a contaminação cruzada entre pacientes que estão internados na mesma unidade de saúde sem diagnóstico definido.

O ideal é que a instituição possua quartos privativos para a acomodação de todos os casos suspeitos e confirmados de COVID-19 internados. Não havendo disponibilidade de quartos privativos, a implementação de coorte em enfermarias deverá ser realizada para evitar desassistência.

Preferencialmente, a coorte de pacientes suspeitos de COVID-19 ou de Influenza A deve ser realizada separadamente da coorte de pacientes com diagnóstico confirmado de COVID-19 ou Influenza.

Que todos os pacientes com síndrome gripal com indicação de internação seja pela SRAG ou pela descompensação da doença de base, deve receber oseltamivir precocemente, conforme protocolo de Tratamento de Influenza (MS 2017) e que este uso precoce em paciente não infectados caracteriza profilaxia, que mitiga o risco de infecção pelo Influenza;

Que o Fluxograma de abordagem às síndromes gripais (em anexo), onde paciente com teste antígeno negativo para COVID é alocado em coorte de pacientes suspeitos e após 48h, quando disponível o RT-PCR, é realocado em coorte Influenza ou COVID;

Todos os pacientes devem ser testados para antígeno por Covid-19 antes da admissão hospitalar e tão logo estiverem disponíveis, testados por testes rápidos também para Influenza

A abordagem às síndromes gripais no contexto da pandemia pelo novo coronavírus é definida como o fluxo de que paciente com teste antígeno negativo para Covid-19 é alocado em coorte de pacientes suspeitos e após 48h a 72h, quando disponível o RT-PCR, é realocado em coorte Influenza ou Covid-19.

Esta estratégia baseia-se no desempenho dos testes de antígeno COVID atualmente adotados (Sensibilidade 91,8%, Especificidade 98%, valor preditivo negativo 98,6%),

e que há evidências que mesmo RT PCR reagente nestes pacientes indica baixa carga viral;

Há evidências de literatura de Baixa prevalência coinfeção que deve ser monitorada pelas CCIHs e pelo LACEN, através dos resultados de RT-PCR Influenza e SARS-CoV-2, para reavaliação destas coortes em até 14 dias.

16.8 Medidas adotadas pela Secretaria de Saúde em relação ao Contexto da Pandemia de Covid 19 sobreposta a epidemia de Influenza

Atualmente a Secretaria de Saúde de Venda Nova do Imigrante vem adotando as orientações da SESA ES em relação ao enfrentamento da Covid 19 e Influenza.

As equipes já foram alertadas e orientadas sobre o aumento de casos de Síndrome Gripal no município.

Os pacientes com Síndrome Gripal estão sendo atendidos na Policlínica - Unidade Central do Covid e nas unidades de Saúde dos distritos e interior. As equipes estão orientadas a seguir os protocolos da SESA ES e Ministério da Saúde no manejo dos pacientes.

O município tem ampla disponibilidade de testes de antígeno Covid 19, enviados pela Sesa ES, na qual são utilizados na triagem dos pacientes com síndrome gripal para auxiliar na conduta médica frente a possibilidade de infecção por Influenza.

A Farmácia municipal segue abastecida com **Oseltamivir**, disponibilizando o medicamento para todas as Unidades de saúde e Hospital Padre Máximo.

17 REFERÊNCIAS

1. Boletins 1, 2 e 3 (COE) e 4 (MS)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: volume único [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação- Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3ª. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. 740 p, Capítulo 1- Influenza.
3. Espírito Santo. Plano Estadual de Prevenção e Controle do SARS CoV2(COVID-19), revisado em 01/03/2020.
4. Corman VM, Landt O, Kaiser M, et al. Detection of 2019 novel

coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR. *Eurosurveillance* 2020; 25. DOI:10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045.

5. Cui J, Li F, Shi Z-L. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses.

6. Deng Y-M, Spirason N, Iannello P, Jelley L, Lau H, Barr IG. A simplified Sanger sequencing method for full genome sequencing of multiple subtypes of human influenza A viruses. *J Clin Virol* 2015; 68: 43–8.

7. Groupé V. Demonstration of an interference phenomenon associated with infectious bronchitis virus (ibv) of chickens. *J Bacteriol* 1949; 58: 23–32.

8. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet* 2020; S0140673620301835.

9. Neill JD, Bayles DO, Ridpath JF. Simultaneous rapid sequencing of multiple RNA virus genomes. *J Virol Methods* 2014; 201: 68–72.

10. NR, Norma Regulamentadora. Ministério da Economia. NR-32 - Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. 2020.

11. NR, Norma Regulamentadora. Ministério da Economia. NR-6 - Equipamento de Proteção Individual. 2020.

12. Prefeitura Municipal de São Paulo. INFLUENZA Práticas de Biossegurança em Serviço de Saúde. Informe Técnico 031/DVE/ 2019

13. Read JM, Bridgen JR, Cummings DA, Ho A, Jewell CP. Novel coronavirus 2019-nCoV: early estimation of epidemiologic parameters and epidemic predictions. *Infectious Diseases (except HIV/AIDS)*, 2020 DOI:10.1101/2020.01.23.20018549.

14. Team T 2019-nCoV OJFEI, Li Q. An Outbreak of NCIP (2019-nCoV) Infection in China — Wuhan, Hubei Province, 2019–2020. *China CDC Wkly* 2020; 2: 79–80.

15. Brasil, Ministério da Saúde. CONASS/ CONESMES. Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde, 2021.

16. ES, SESA - Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo, Abordagem integrada para Síndrome Respiratória no Contexto da

pandemia da Covid 19 sobreposta a Epidemia de Influenza, 2021.

17. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de tratamento de Influenza: 2017

18. ES, SESA - Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo, NOTA TÉCNICA CONJUNTA COVID-19 Nº 001/2022 - SESA/SSAS/SSERCAS/SSVS -

19. ES, SESA - Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo, NOTA TÉCNICA COVID-19 Nº 06/2021 – GEVS/SESA/ES - Definição de Casos Operacionais e Critérios de Coleta

20. ES, SESA - Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo, NOTA TÉCNICA COVID-19 Nº 07/2021 – GEVS/SESA/ES - ISOLAMENTO DE CASOS, RASTREAMENTO E MONITORAMENTO DE CONTATOS DE CASOS DE COVID-19

