



PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DA BARRA

Prefeito Municipal

Walyson José Santos Vasconcelos

Secretaria Municipal de Saúde

Daniel Orestes Bissoli

**PLANO DE CONTINGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CONCEIÇÃO DA
BARRA PARA A INFECÇÃO HUMANA (COVID-19) PELO NOVO
CORONAVÍRUS - SARS CoV2 E INFLUENZA**

CONCEIÇÃO DA BARRA -ES

Atualizado dia 06 de fevereiro de 2022



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
1 CARACTERÍSTICAS GERAIS SOBRE A INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS – SARS-COV-2	02
2 PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE	03
3 SUSCETIBILIDADE E IMUNIDADE	04
4 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	05
5 Condições e fatores de risco a serem considerados para possíveis complicações da síndrome gripal	06
6 Complicações	07
7 DIAGNÓSTICO.....	08
7.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO.....	09
7.2 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL.....	10
7.3 DIAGNÓSTICO POR IMAGEM.....	11
7.4 ATENDIMENTO E TRATAMENTO.....	12
8 FATORES DE RISCO.....	13
9 MANEJO CLÍNICO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA POR NOVO CORONAVÍRUS – SARS-COV-2.....	14
10 MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE.....	15
11 MANEJO DE CORPOS NO CONTEXTO DO NOVO CORONAVÍRUS – COVID-19	16
12 NOTIFICAÇÃO.....	17
13 DEFINIÇÃO DE CASOS OPERACIONAIS E CRITÉRIOS DE COLETA.....	18



13.1 DEFINIÇÕES DE CASOS OPERACIONAIS.....	19
13.1.1 CASO SUSPEITO.....	19
13.1.2.CASO CONFIRMADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)	20
13.1.3 CASO DE SG OU SRAG NÃO ESPECIFICADA.....	21
13.1.4 CASO DESCARTADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)	21
13.1.5 CASO EXCLUÍDO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)	21
13.1.6 CASO CURADO DA DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)	21
13.2. NOTIFICAÇÃO E REGISTRO	21
13.2.1 O QUE NOTIFICAR	22
13.2.2 QUEM DEVE REALIZAR A NOTIFICAÇÃO	22
13.2.3 QUAL FERRAMENTA UTILIZAR PARA REALIZAR A NOTIFICAÇÃO.....	23
13.3. ESCOLHA DO TESTE DIAGNÓSTICO	23
13.4 Detecção sorológica	23
13.5 DESCRIÇÃO:	24
13.6 ORIENTAÇÕES PARA ISOLAMENTO	24
13.7 RASTREAMENTO E MONITORAMENTO DE CONTATOS DE CASOS DE COVID-19.....	24
13.7.1 Definição de Contato	25
13.7.2 Identificação de Contatos	25
13.7.3 Rastreamento de Contatos	25
13.8 Monitoramento de Contatos	26
14 ORGANIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL.....	26
14.1 ATENDIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (APS).....	27
14.2 REFERENCIAMENTO/ENCAMINHAMENTO.....	27
15 MONITORAMENTO DOS CASOS NOTIFICADOS.....	27



16 VIGILÂNCIA LABORATORIAL	27
17 ISOLAMENTO DE CASOS, RASTREAMENTO E MONITORAMENTO DE CONTATOS DE CASOS DE COVID-19.....	28
17.1. INVESTIGAÇÃO DE CASOS DE COVID-19.....	28
17.2 IMUNIZAÇÃO.....	29
17.3 DISTANCIAMENTO SOCIAL.....	40
17.4 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.....	41
17.5 ETIQUETA RESPIRATÓRIA.....	42
17.6 USO DE MÁSCARAS.....	43
17.7 USO DE MÁSCARAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE.....	44
17.8 USO DE MÁSCARAS NA POPULAÇÃO EM GERAL.....	45
18 EPIDEMIA DA INFLUENZA.....	46
18.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	47
18.2 DEFINIÇÕES DE CASO	48
18.3 Síndrome Gripal - SG	49
18.4 Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)	49
19 Síndrome Gripal em pacientes sem condições e fatores de risco para complicações	50
20 MEDIDAS ADOTADAS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID 19 SOBREPOSTA A EPIDEMIA DE INFLUENZA.....	51
21 REFERÊNCIAS	



INTRODUÇÃO

Em novembro de 2019 um surto de doença respiratória, causado pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), foi detectado na cidade de Wuhan, na China. Em dois meses foram confirmados milhares de casos de Covid-19 (atual denominação da doença), que resultaram em inúmeros óbitos.

Em março de 2020, o novo coronavírus disseminou-se para mais de uma centena de países, continuando a causar doença respiratória e óbitos, especialmente em grupos de risco como idosos, gestantes, imunodeprimidos e outros. O mundo vivenciou duas epidemias anteriores de coronavírus – SARS e MERS, com as quais a Covid-19 apresenta similaridades. No entanto, esta epidemia se destaca pela rapidez de disseminação, a severidade e as dificuldades para contenção, tanto que a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou pandemia pelo novo coronavírus em 11 de março de 2020, e os países estão empreendendo enormes esforços para conter o surto e reduzir a letalidade. No Brasil, em 22 de janeiro de 2020, foi ativado o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo coronavírus (COE Covid-19), estratégia prevista no Plano Nacional de Resposta às Emergências em Saúde Pública do Ministério da Saúde.

A vigilância epidemiológica de infecção humana pelo SARS-CoV-2 está sendo construída à medida que a OMS consolida as informações recebidas dos países e novas evidências técnicas e científicas são publicadas. Desse modo, o documento apresentado está sendo estruturado com base nas ações já existentes para notificação, registro, investigação, manejo e adoção de medidas preventivas, em analogia ao conhecimento acumulado sobre o SARS-CoV e MERS-CoV (que nunca ocorreram no Brasil), SARS-CoV-2 e no Protocolo de tratamento de Influenza: 2017 do Ministério da Saúde.

Além disso, as recomendações também estão pautadas no Consenso de Especialistas para o Manejo Clínico da Covid-19 (Anexo), realizado nos dias 10 e 11 de março de 2020, na sede da Organização Pan-Americana da



Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS) em Brasília, quando estiveram reunidos especialistas nacionais e internacionais para discussão e aprofundamento sobre o assunto. Considerando a Portaria GM/MS n.º 454, de 20 de março de 2020, que declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do novo coronavírus (Covid-19), recomenda-se que todos os estabelecimentos de saúde estabeleçam diagnóstico sindrômico para o atendimento de casos suspeitos de Covid-19 independentemente do fator etiológico da doença.

Como toda normatização e pela dinâmica da pandemia, este Protocolo está sujeito a ajustes decorrentes da sua utilização prática e das modificações do cenário epidemiológico, podendo sofrer alterações conforme novos conhecimentos acerca da doença forem divulgados.

Diante da Emergência em Saúde Pública declarada pela Organização Mundial da Saúde, e assumida pelo Ministério da Saúde do Brasil, em março de 2020 o governo municipal de Conceição da Barra implantou Comitê de COVID-19 Municipal, a fim de auxiliar no gerenciamento das ações de prevenção e controle do novo Coronavírus.

Esse grupo foi composto por várias representações da Secretaria Municipal de Saúde, Secretária Municipal de Educação, Secretário de Assistência Social, Gabinete da Prefeitura, Controladoria e Assessoria Jurídica.

Essa equipe se reunirá em dias e datas previamente definidas, e extraordinariamente de acordo com as necessidades do momento da pandemia.

O serviço de Vigilância Epidemiológica será responsável por passar diariamente as informações dos casos para o setor de Comunicação da prefeitura para a formulação do Boletim Diário a ser divulgado no site e nas redes sociais da prefeitura.



1 CARACTERÍSTICAS GERAIS SOBRE A INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS – SARS-COV-2

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

O SARS-CoV-2 é classificado como um Betacoronavírus do mesmo subgênero da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), porém de outro subtipo. Sua transmissão entre humanos ocorre principalmente por meio do contato com pessoas sintomáticas (especialmente através das mãos não higienizadas) e pelo contato com gotículas respiratórias oriundas de pacientes. Ainda há controvérsias acerca da transmissão do vírus por pessoas assintomáticas.

O período médio de incubação da infecção por SARS-CoV-2 é estimado em 5 a 6 dias, com intervalo que pode variar de 0 a 14 dias.

2 PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE

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



Ha alguma evidencia de que a disseminação a partir de portadores assintomáticos e possível, embora se pense que a transmissão seja maior quando as pessoas estão pré-sintomáticas ou sintomáticas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), indivíduos assintomáticos tem muito menos probabilidade de transmitir o vírus do que aqueles que desenvolvem sintomas⁸.

3 SUSCETIBILIDADE E IMUNIDADE

A suscetibilidade e geral, por ser um novo vírus e de potencial pandêmico. Sobre a imunidade, ainda não se sabe por quanto tempo a infecção em humana irá gerar imunidade contra novas infecções e se essa imunidade pode durar por toda a vida. Evidências atuais sugerem a possibilidade de reinfecção pelo vírus SARS-CoV-2. Entretanto reinfecções são incomuns no período de 90 dias após a primo-infecção.

4 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

O espectro clínico da infecção por SARS-CoV-2 é muito amplo. No entanto, os principais sinais e sintomas relatados são:

- Febre ($\geq 37,8^{\circ}\text{C}$)
- Tosse
- Fadiga
- Dispneia
- Mal estar e mialgia
- Sintomas respiratórios do trato superior
- Sintomas gastrointestinais (mais raros)



Importante ressaltar que o perfil clínico não está estabelecido completamente, necessitando de mais investigações e tempo para caracterização da doença. Assim, tem se estabelecido a avaliação clínica e o tratamento a partir das definições de síndrome gripal (SG) e síndrome respiratória aguda grave (SRAG), baseados no Protocolo de Influenza do Ministério da Saúde (2017).

O paciente acometido por SG pode manifestar 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.

Os pacientes com infecção viral não complicada do trato respiratório superior podem ter sintomas inespecíficos como: febre, fadiga, tosse (com ou sem produção de escarro), anorexia, mal-estar, dor muscular, dor de garganta, dispneia, congestão nasal ou dor de cabeça.

Raramente, os pacientes também podem apresentar diarreia, náuseas e vômitos. Os idosos e as pessoas imunossuprimidas podem apresentar sintomas atípicos. Em gestantes, devido adaptações fisiológicas ou eventos adversos na gravidez, dispneia, febre, sintomas gastrointestinais ou fadiga podem se sobrepor aos sintomas da Covid-19. Infiltrados bilaterais em exames de imagem do tórax, aumento da proteína C-reativa e linfopenia evidenciada em hemograma são as alterações mais comuns observadas em exames complementares.

5 Condições e fatores de risco a serem considerados para possíveis complicações da síndrome gripal

1. Grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal).
2. Adultos \geq 60 anos.



3. Crianças < 5 anos (sendo que o maior risco de hospitalização é em menores de 2 anos, especialmente as menores de 6 meses com maior taxa de mortalidade).
4. População indígena aldeada ou com dificuldade de acesso.
5. Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (risco de síndrome de Reye).
6. Indivíduos que apresentem: pneumopatias (incluindo asma).
7. Pacientes com tuberculose de todas as formas (há evidências de maior complicação e possibilidade de reativação).
8. Cardiovasculopatias (incluindo hipertensão arterial sistêmica – à luz dos atuais conhecimentos existentes sobre Covid-19). 10 Ministério da Saúde
9. Nefropatias.
10. Hepatopatias.
11. Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme).
12. Distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus).
13. Transtornos neurológicos e do desenvolvimento que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção cognitiva, lesão medular, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, acidente vascular encefálico – AVE ou doenças neuromusculares).
14. Imunossupressão associada a medicamentos (corticoide, quimioterápicos, inibidores de TNF-alfa), neoplasias, HIV/aids ou outros.
15. Obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal (IMC) \geq 40 em adultos).

6 Complicações



As complicações mais comuns são síndrome respiratória aguda grave (SRAG) definida por presença de dispneia ou os seguintes sinais de gravidade:

- Saturação de SpO₂ < que 95% em ar ambiente.
- Sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com a idade.
- Piora nas condições clínicas de doença de base.
- Hipotensão¹ em relação à pressão arterial habitual do paciente.
- Indivíduo de qualquer idade com quadro de insuficiência respiratória aguda durante o período sazonal.

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

7 DIAGNÓSTICO

7.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como síndrome gripal, no entanto, casos iniciais leves, subfebris podem evoluir para elevação progressiva da temperatura e a febre ser persistente além de 3-4 dias, ao contrário do descenso observado nos casos de influenza. O diagnóstico depende da investigação clínico-epidemiológica e do exame físico. Embora a maioria das pessoas com Covid-19 tenha doença leve ou não complicada, algumas desenvolverão doença grave que requer oxigenoterapia (14%), e aproximadamente 5% necessitarão de tratamento em uma unidade de terapia intensiva (UTI). Dos doentes críticos, a maioria necessitará de ventilação mecânica. A pneumonia grave é o diagnóstico mais comum em pacientes que apresentam quadro grave de Covid-19.



7.2 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O diagnóstico laboratorial para identificação direta do vírus SARS-CoV-2 é realizado por meio das técnicas de RT-PCR em tempo real e sequenciamento parcial ou total do genoma viral. Outras informações importantes como: indicação e técnica de coleta, acondicionamento e envio das amostras podem ser consultados no tópico de Vigilância Laboratorial do Boletim Epidemiológico que se encontra disponível no Portal do Ministério da Saúde.

Reconhecimento e classificação de pacientes com síndrome respiratória por SARS-CoV-2

Os serviços de saúde devem adotar medidas para garantir que todos os casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2 ou outra infecção respiratória sigam os procedimentos de etiqueta respiratória e higiene das mãos durante o período de permanência na unidade. Para isso podem usufruir de alertas visuais (cartazes, placas, pôsteres) na entrada dos serviços e em locais estratégicos.

A identificação dos pacientes suspeitos deve ser feita no primeiro ponto de contato do serviço de atenção especializada (UPA 24h, emergências hospitalares ou ambulatórios/clínicas). Apresentando sintomas respiratórios, eles devem receber uma máscara cirúrgica e serem direcionados por meio de fluxo diferenciado para área separada que disponha de suprimentos de higiene respiratória e das mãos acessível, além de possibilitar ao menos 1 metro de distância entre os assentos.

O reconhecimento precoce de pacientes suspeitos, incluindo aqueles com doenças graves, possibilita o início oportuno de medidas adequadas, tratamentos de suporte otimizados e o encaminhamento e a admissão seguros e rápidos para leito de enfermagem hospitalar ou unidade de terapia intensiva designada para este fim, de acordo com os protocolos institucionais ou nacionais.



Recomenda-se aos serviços de saúde o estabelecimento de fluxo diferenciado, com áreas exclusivas para o atendimento de pacientes com sintomas respiratórios e a implementação de coortes de pacientes acometidos pela Covid-19, na ausência/ impossibilidade/escassez de áreas de isolamento. Além disso, indica-se que seja disponibilizada ala completa para atendimento aos pacientes com Covid-19 evitando ocorrência de infecção cruzada e possibilitando racionalizar recursos e profissionais.

Para apoio na organização dos serviços de atenção especializada, foram disponibilizados Fluxos Rápidos para atendimento de pacientes com sintomas respiratórios nas urgências. O material elaborado encontra-se disponível para consulta por meio do link: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/2-Etapa-Fluxogramas-COVID-19-SAES-Z.pdf>.

Diante do contexto epidemiológico atual, considerando também o aumento do risco de exposição em serviços de saúde, recomenda-se que a avaliação dos pacientes que procurem por atendimento nos diversos pontos de atenção, dê-se nas seguintes situações (observados sinais e sintomas):

Unidades de Atenção Primária: sintomas respiratórios de vias aéreas superiores, febre e sem critérios de gravidade. É desejável a disponibilização de oxímetro portátil em serviços de atenção primária, para a avaliação adequada dos critérios de gravidade.

Serviços de Atendimento de Urgência (UPA 24h, emergências hospitalares e não hospitalares): pacientes com sinais de agravamento (síndrome respiratória aguda grave), referenciados pela atenção primária ou que chegam ao serviço por demanda espontânea.

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.

7.3 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).

7.4 ATENDIMENTO E TRATAMENTO

No atendimento, deve-se levar em consideração os demais diagnósticos diferenciais pertinentes e o adequado manejo clínico. Em se tratando de síndrome gripal e impossibilidade de descartar, não retardar o início do tratamento com Fosfato de Oseltamivir nos pacientes com risco aumentado de complicações, conforme protocolo de tratamento de influenza.

Em casos suspeitos ou confirmados para SARS-CoV-2 que não necessitem de hospitalização e o serviço de saúde opte pelo isolamento domiciliar, o médico poderá solicitar raio-x de tórax, hemograma e provas bioquímicas antes de serem dispensados para o domicílio, conforme avaliação clínica do paciente. Esses pacientes deverão receber orientações de controle de infecção, prevenção de transmissão para contatos e sinais de alerta para possíveis complicações.



Um acesso por meio de comunicação rápida deve ser providenciado para eventuais dúvidas ou comunicados. A presença de qualquer sinal de alerta deverá determinar retorno e hospitalização imediata do paciente. Porém, é necessário avaliação individualizada do caso, considerando também se o paciente apresenta condições ou fatores de risco e se o ambiente residencial é adequado, e se o paciente é capaz de seguir as medidas de precaução recomendadas pela equipe de saúde responsável pelo atendimento.

Todos os pacientes que receberem alta durante os primeiros sete dias do início do quadro devem ser alertados para a possibilidade de piora tardia do quadro clínico e sinais de alerta de complicações como: aparecimento de febre (podendo haver casos iniciais afebris), elevação ou recrudescência de febre ou sinais respiratórios, taquicardia, dor pleurítica, fadiga, dispneia.

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 quanto ao manejo clínico e ao tratamento de pacientes com covid-19, disponíveis no link: <https://coronavirus.saude.gov.br/manejo-clinico-e-tratamento>.

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

8 FATORES DE RISCO

Condições e fatores de risco a serem considerados para possíveis complicações da covid-19:

- 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, doença pulmonar obstrutiva crônica – 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 melancólico de pele).
- Cirrose hepática.
- Algumas doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme e talassemia).
- Gestação.

9 MANEJO CLÍNICO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA POR NOVO CORONAVÍRUS – SARS-COV-2

Terapia e monitoramento precoces de suporte

• Administre oxigenoterapia suplementar imediatamente a pacientes com SRAG e dificuldade respiratória, hipoxemia ou choque com alvo em SpO₂>94%

. *Observações para adultos: Adultos com sinais de emergência (obstrução ou ausência de respiração, desconforto respiratório grave, cianose central, choque, coma ou convulsões) devem receber manejo das vias aéreas e oxigenoterapia durante a reanimação para atingir SpO₂ ≥ 94%. inicie a oxigenoterapia a 5 L/min e avalie as taxas de fluxo para atingir a meta SpO₂ ≥ 93% durante a reanimação;



ou use máscara facial com bolsa reservatório (de 10-15 L/min) se o paciente estiver em estado crítico. Assim que o paciente se estabilizar, a meta é SpO₂ > 90% em adultos não grávidos e ≥ 92%-95% em pacientes grávidas.

*Observações para crianças: Crianças com sinais de emergência (obstrução ou ausência de respiração, desconforto respiratório grave, cianose central, choque, coma ou convulsões) devem receber manejo das vias aéreas e oxigenoterapia durante a reanimação para atingir SpO₂ ≥ 94%; caso contrário, a meta é SpO₂ ≥ 90%. O uso de cânula nasal é preferível em crianças pequenas, pois podem ser melhor toleradas.

- Use tratamento conservador de fluidos em pacientes com SRAG quando não houver evidência de choque.

*Os doentes com SRAG devem ser tratados cautelosamente com fluidos intravenosos, porque a ressuscitação agressiva dos fluidos pode piorar a oxigenação, especialmente em ambientes onde a disponibilidade de ventilação mecânica é limitada. Isso se aplica aos cuidados de crianças e adultos.

- Administre antibiótico dentro de uma hora da avaliação inicial de pacientes com sepse, coletar culturas dentro de uma hora idealmente antes de iniciar o antibiótico e o descalone com base no resultado microbiológico ou julgamento clínico. 17 Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada

- Não administre rotineiramente corticosteroides sistêmicos para tratamento de pneumonia viral ou SRAG fora dos ensaios clínicos, a menos que sejam indicados por outro motivo.

- Monitore de perto os pacientes com SRAG quanto a sinais de complicações clínicas como insuficiência respiratória e sepse de progressão rápida e aplique intervenções de suporte imediatamente.

* Os pacientes hospitalizados com SRAG requerem monitoramento regular dos sinais vitais e, sempre que possível, utilização de escores de alerta, que facilitam o reconhecimento precoce e a intensificação do tratamento do paciente em deterioração.



*Os exames laboratoriais de hematologia e bioquímica e o ECG devem ser realizados na admissão e conforme clinicamente indicado para monitorar as complicações, como lesão hepática aguda, lesão renal aguda, lesão cardíaca aguda ou choque. A aplicação de terapias de suporte oportunas, eficazes e seguras é o pilar da terapia para pacientes que desenvolvem manifestações graves da Covid-19.

*Após a ressuscitação e a estabilização da paciente grávida, o bem-estar fetal deve ser monitorado.

- Entenda as comorbidades do paciente para atendimento individualizado e prognóstico. Mantenha uma boa comunicação com o paciente e seus familiares.

*Determine quais terapias crônicas devem ser continuadas e quais devem ser interrompidas temporariamente. Monitore interações medicamentosas.
Tratamento da Insuficiência Respiratória Hipoxêmica e Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG

- Reconheça a insuficiência respiratória hipoxêmica grave quando um paciente com dificuldade respiratória estiver com falha na oxigenoterapia padrão e prepare-se para fornecer suporte avançado de oxigênio / ventilação.

*Caso esses pacientes necessitem de O₂ via cateter nasal maior que 5 litros/minuto para sustentar SpO₂ > 93% e/ou tenham frequência respiratória > 28 irpm ou retenção de CO₂ (PaCO₂ >50 mmHg e/ou pH < 7,25) devem ser intubados e ventilados mecanicamente imediatamente.

- Instituir ventilação mecânica precocemente em pacientes com insuficiência respiratória hipoxêmica persistente (apesar da oxigenoterapia), respeitando as medidas de precaução adequadas.

- A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por meio da Nota Técnica n.º 4/2020, contraindica o uso de ventilação mecânica não invasiva (VNI) e cateter nasal de alto fluxo (Cnaf)



- Proceder com intubação endotraqueal caso o paciente não responda à oxigenioterapia. O procedimento deve ser realizado por um profissional treinado e experiente, utilizando precauções para aerossóis e contato.

*Os pacientes com SRAG, especialmente as crianças pequenas ou pessoas que são obesas ou estão grávidas, podem dessaturar rapidamente durante a intubação. Pré-oxigene com FiO₂ a 100% durante 5 minutos, através de uma máscara facial com bolsa reservatório, máscara com ambu. A intubação de sequência rápida é apropriada após uma avaliação das vias aéreas que não apresente sinais de intubação difícil. O paciente submetido à ventilação mecânica invasiva protetora poderá ser ventilado no modo volume ou pressão controlada (VCV ou PCV) com volume corrente igual a 6 ml/kg de peso predito e pressão de platô menor que 30 cmH₂O, com pressão de distensão ou driving pressure (= Pressão de platô menos a PEEP) menor que 15 cmH₂O. O ajuste da PEEP ideal permanece ainda não totalmente elucidado. Ajustar a menor PEEP suficiente para manter SpO₂ entre 90-95%, com FiO₂ < 60% (utilizar tabela PEEP/FiO₂ da ARDSNet para PEEP baixa (“SARA LEVE”). Verificou-se que o uso de PEEP mais elevada (obtida pela tabela ARDSNet para PEEP elevada ou “SARA MODERADA E GRAVE”) demonstrou estar acarretando hiperinsuflação pulmonar e piora da evolução de parte dos pacientes com Corona Vírus (AMIB, 2020).

- Colocar pacientes com SRAG em posição prona pode melhorar a oxigenação, mas deve ser garantida a segurança do paciente.

Nos casos de PaO₂/FiO₂ menores que 150, já com PEEP adequada pela tabela PEEP/FiO₂, sugere-se utilizar ventilação protetora colocando o paciente em posição prona por no mínimo 16 horas. Todos os cuidados e paramentação para procedimentos aerossolizantes de toda equipe assistente que irá realizar a rotação devem ser garantidos, devido ao alto poder infectante deste vírus e garantir o número adequado de profissionais de saúde para participarem do processo seguro de rotação. Para realização da rotação e para manutenção do paciente em posição prona deve-se prover adequada sedoanalgesia e se preciso for, curarização. O paciente poderá permanecer em decúbito supino se, após ser



“despronado”, permanecer com $PaO_2/FIO_2 > 150$. Do contrário, pode-se considerar colocar novamente o paciente em posição prona (AMIB, 2020).

- Adotar estratégia conservadora de gerenciamento de fluidos para pacientes com SRAG sem hipoperfusão tecidual.
- Evitar que o paciente se desconecte do ventilador, o que resulta em perda de Peep e atelectasia.
- Use cateteres em linha para sucção das vias aéreas e realize o pinçamento do tubo endotraqueal quando for necessário desconectar (por exemplo, transferir para um ventilador de transporte ou troca de filtro HME). Gerenciamento do choque séptico
- Reconhecer o choque séptico em adultos quando houver suspeita ou confirmação de infecção e os vasopressores forem necessários para manter a pressão arterial média (PAM) ≥ 65 mmHg E o lactato é ≥ 2 mmol / L, na ausência de hipovolemia.
- Reconheça o choque séptico em crianças com qualquer hipotensão (pressão arterial sistólica [PAS] 2 DP abaixo do normal para a idade) ou 2-3 dos seguintes: estado mental alterado; taquicardia ou bradicardia (FC 160 bpm em bebês e FC 150 bpm em crianças); recarga capilar prolongada (> 2 s) ou vasodilatação quente com pulsos delimitadores; taquipneia; pele manchada ou erupção petequial ou purpúrica; aumento de lactato; oligúria; hipertermia ou hipotermia. * Observações: na ausência de uma medida de lactato, use a pressão arterial (por exemplo, PAM) e sinais clínicos de perfusão para definir o choque. Os cuidados padrão incluem o reconhecimento precoce e o uso dos seguintes tratamentos durante a primeira hora após o reconhecimento: terapia antimicrobiana, e início de carga de fluidos mais vasopressores para a hipotensão
- Na ressuscitação do choque séptico (PAS < 90 mmHg, PAM 65 mmHg. Uso de vasopressores para pacientes que permaneçam com pressão arterial média (PAM) abaixo de 65 (após a infusão de volume inicial), sendo a noradrenalina a droga de primeira escolha. Não se deve tolerar pressões abaixo de 65 mmHg por períodos superiores a 30-40 minutos.



10 MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

A implementação de precauções padrão, contato e respiratória constituem a principal medida de prevenção da transmissão entre pacientes e profissionais de saúde e deve ser adotada no cuidado de todos os pacientes (antes da chegada ao serviço de saúde, na chegada, triagem, espera e durante toda assistência prestada), independentemente dos fatores de risco ou doença de base, garantindo que as políticas e práticas internas minimizem a exposição a patógenos respiratórios, incluindo o SARS-CoV-2.

Sendo assim, é necessário que os serviços de saúde adotem medidas de prevenção e controle durante toda a assistência prestada aos casos suspeitos ou confirmados da Covid-19. Para subsidiar todos os serviços de saúde, a Anvisa disponibilizou a Nota Técnica n.º 4/2020 com orientações mínimas pautadas em evidências disponíveis e que serão atualizadas à medida que surjam novas informações. Pode ser consultada pelo link: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>.

11 MANEJO DE CORPOS NO CONTEXTO DO NOVO CORONAVÍRUS – COVID-19

Considerando-se a possível transmissão do SARS-CoV-2 por contato pessoa a pessoa e também por meio de fômites, é fundamental que os profissionais que realizam o manejo do corpo estejam protegidos da exposição a sangue e fluidos corporais infectados, objetos ou outras superfícies ambientais contaminadas. Portanto, para recomendações referentes ao manejo de corpos no contexto da Covid-19 e outras questões gerais acerca desses óbitos, o Ministério da Saúde disponibilizou documento on-line para consulta em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/24/20200323-ProtocoloManejo-ver05.pdf>



12 NOTIFICAÇÃO

A infecção humana pelo SARS-CoV-2 é uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), segundo anexo II do Regulamento Sanitário Internacional. Portanto, trata-se de um evento de saúde pública de notificação imediata.

A fim de proceder com a adequada notificação do evento, seguir as orientações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde no Boletim Epidemiológico que se encontra disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/03/guia-de-vigilancia-2020.pdf>

13 DEFINIÇÃO DE CASOS OPERACIONAIS E CRITÉRIOS DE COLETA

13.1 DEFINIÇÕES DE CASOS OPERACIONAIS

13.1.1 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.

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

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

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



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.

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.

DEFINIÇÃO 3: Pacientes com anosmia **OU** ageusia súbita sem relato de outros sintomas prévios.

13.1.2. 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 reagente como critério laboratorial confirmatório somente em indivíduos sem diagnóstico laboratorial anterior para COVID-19, e sem histórico de vacinação.

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:

o OPACIDADE EM VIDRO FOSCO periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação"), OU

o OPACIDADE EM VIDRO FOSCO multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação"), OU

o 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 progressiva, e que não foi possível encerrar por outro critério de confirmação.



o 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 quaisquer 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.

13.1.3 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, clínico-imagem ou clínico

A classificação destes casos será mantida como Síndrome Gripal Não Especificada (SGNE).

No sistema ESUSVS, foi incluído o critério de classificação “5-Síndrome Gripal não Especificada”.

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.

Observação: Se o Caso Suspeito sem confirmação laboratorial e sem vinculação epidemiológica permanecer sintomático ao final do isolamento deverá ser submetido a uma nova avaliação médica.



13.1.4 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 (realizado conforme indicação, descritas no item 3 desta nota); 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.

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.

13.1.5 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.

13.1.6 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.



Observação: a liberação do paciente poderá ser realizada a partir de visita domiciliar ou avaliação remota (telefone), a considerar a capacidade operacional no momento e a situação epidemiológica atual.

13.2. NOTIFICAÇÃO E REGISTRO

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.

13.2.1 O QUE NOTIFICAR

- Síndrome Gripal – SG;
- Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG;
- Óbitos por SRAG, independente da hospitalização;

13.2.2 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.

13.2.3 QUAL FERRAMENTA UTILIZAR PARA REALIZAR A NOTIFICAÇÃO

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.



	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: Na ocorrência de óbitos suspeitos ou confirmados no município, a Vigilância Epidemiológica deverá informar a Sala de Situação da SESA.

13.3. ESCOLHA DO TESTE DIAGNÓSTICO

- PESQUISA DE ANTÍGENO:

Casos suspeitos de Covid-19 atendidos nas Unidades Básicas de Saúde e 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-qPCR, 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-qPCR.

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).

- **BIOLOGIA MOLECULAR**

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-qPCR após 3 dias da coleta do teste de Pesquisa de Antígeno.

Casos suspeitos hospitalizados devem ter exame oportunamente coletado.

- **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.

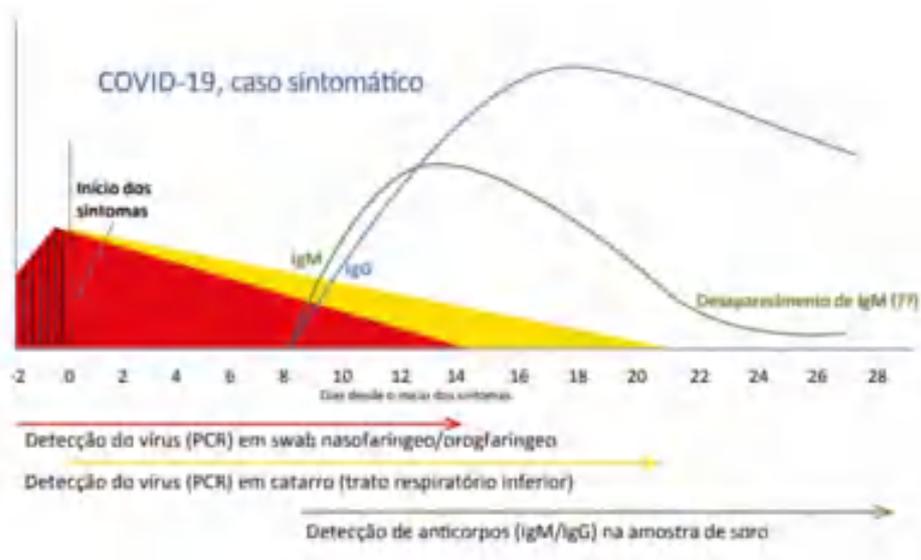
13.4 Detecção sorológica

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.



13.5 DESCRIÇÃO:

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.**

➤ TESTAGEM AMPLIADA

A testagem para identificação de infecção pelo SARS-COV-2 deverá ser disponibilizada a livre demanda a população, sem necessidade de prescrição médica, presença de sintomas ou contato conhecido como caso índice.

A testagem para identificação de infecção pelo SARS-COV-2 adotará exclusivamente o Método RT-PCR ou pesquisa de antígeno, ficando expressamente contraindicada a utilização de testes sorológicos ou de outras metodologias para diagnóstico da COVID-19.



É definida como obrigatória a notificação no Sistema de Informação para Vigilância em Saúde – eSUS/VS, de todos os testes realizados na estratégia, independente da prescrição médica ou da presença de sintomas.

Os cidadãos sintomáticos testados, por pesquisa de antígeno, com resultado negativo, devem repetir a testagem pelo método RT-PCR para classificação e manejo adequado, conforme Nota Técnica COVID-19 nº 06/2021 – GEVS/SESA/ES de 08 de abril de 2021, que aborda a Definição de Casos Operacionais e Critérios de Coleta de Exames para a população Capixaba.

Atualmente no município de Conceição da Barra existe dois pontos de testagem livre um está situado na Central do Covid-19, situado na Praça do juiz (Av beira Mar, SN, Centro, Conceição da Barra-ES .e outro na Cozinha Industrial do Braço do Rio (Av: Carlos Castro, distrito de Braço do Rio , s/n).

13.6 ORIENTAÇÕES PARA ISOLAMENTO

- Para indivíduos com quadro de **Síndrome Gripal (SG)** com confirmação por qualquer um dos critérios (clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico-laboratorial) para Covid-19, recomenda-se o isolamento, suspendendo-o após 10 dias do início dos sintomas, desde que passe 72 horas de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios.
- Para indivíduos com quadro de **Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)** com confirmação por qualquer um dos critérios (clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico-laboratorial) para Covid-19, recomenda-se o isolamento, suspendendo-o após 20 dias do início dos sintomas OU após 10 dias com resultado RT-PCR negativo, desde que passe 72 horas de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios, mediante avaliação médica.



- Para indivíduos com quadro de SG para os quais não foi possível a confirmação pelos critérios clínico, clínico epidemiológico ou clínico imagem, que apresentem resultado de exame laboratorial não reagente ou não detectável pelo método RT-PCR ou teste rápido para detecção de antígeno para SARS-CoV-2, o isolamento poderá ser suspenso, desde que passe 72 horas de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios.
- 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-PCR 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).
- Para indivíduos assintomáticos confirmados laboratorialmente para Covid-19 (resultado detectável pelo método RT-PCR 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.

Observações:

1. Os contatos dos casos confirmados devem manter isolamento conforme fluxo abaixo.
2. Testes sorológicos (teste rápido, ELISA, ECLIA, CLIA) para Covid-19 não deverão ser utilizados, de forma isolada, para estabelecer a ausência da infecção pelo SARS-CoV-2, nem como critério para suspensão do isolamento, independentemente do tipo de imunoglobulina (IgA, IgM ou IgG) identificada.
3. Para casos confirmados de COVID-19 em indivíduos severamente imunocomprometidos, a estratégia baseada em testagem laboratorial (RT-PCR) deve ser considerada, a critério médico, para descontinuidade do isolamento.
4. Os casos orientados a realizar isolamento deverão continuar usando máscara e manter a etiqueta respiratória, sempre que tiverem contato com outros



moradores da residência, mesmo adotando o distanciamento social recomendado de pelo menos um metro. Neste período, também é importante orientar ao caso em isolamento a limpeza e desinfecção das superfícies. As recomendações da ANVISA podem ser acessadas no link: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/5923491/NT+47-2020+-GHCOS/2a2e1688-76f2-4de4-a4c8-c050d780b9d7>.

13.7 RASTREAMENTO E MONITORAMENTO DE CONTATOS DE CASOS DE COVID-19

O rastreamento de contatos é uma medida de saúde pública que visa diminuir a propagação de doenças infectocontagiosas a partir da identificação de novas infecções resultantes da exposição a um caso conhecido. Dessa forma, é possível isolar novos casos e prevenir o surgimento de uma próxima geração de infecções a partir de um caso índice.

Objetivos

- Identificar e monitorar os contatos próximos de casos confirmados de Covid-19;
- Ofertar oportunamente o exame diagnóstico para os contatos que apresentarem sinais e sintomas característicos da Covid-19;
- Identificar oportunamente possíveis casos em indivíduos assintomáticos;
- Interromper a cadeia de transmissão da doença, diminuindo o número de novos casos de Covid-19.

13.7.1 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 02 dias antes e 10 dias após a data de início dos sinais e/ou sintomas do caso confirmado.

Para fins de vigilância, rastreamento 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 uso de EPI;
- 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 (EPI), conforme preconizado, ou com EPIs danificados;
- Seja contato domiciliar ou residente na mesma casa/ambiente (dormitórios, creche, alojamento, dentre outros) de um caso confirmado.

OBSERVAÇÕES:

1. Considera-se caso confirmado de Covid-19, o caso de SG ou SRAG que atenda um dos critérios de confirmação descrito nas classificações operacionais.
2. Para efeito de avaliação de contato próximo, devem ser considerados também os ambientes laborais.

13.7.2 Identificação de Contatos

Para rastreamento dos contatos, é importante que seja realizada uma investigação detalhada dos casos de Covid-19 que são captados pelos sistemas de informação (e-SUS VS ou SIVEP-Gripe). Para esta etapa, durante o atendimento do caso suspeito pelo serviço de saúde, deve ser preenchido no campo 55 da ficha de notificação de Coronavírus (COVID-19) quem são os contatos próximos, conforme definição de contato acima descrita, bem como seus telefones para auxiliar na busca ativa e monitoramento.

13.7.3 Rastreamento de Contatos

A equipe de investigação municipal deverá acionar os contatos identificados, preferencialmente nas primeiras 48 horas após a notificação do caso. Todos os contatos devem ser contatados pessoalmente ou por telefone para confirmar se eles atendem às definições propostas e, portanto, serem incluídos na estratégia



de monitoramento. Também devem ser questionados se possuem condições de realizar o isolamento, ou se necessitam de apoio do órgão de saúde.

Cada indivíduo identificado como contato deve receber informações sobre:

- Objetivo da estratégia de rastreamento e monitoramento de contatos;
- Necessidade de procurar um serviço de saúde para realização de triagem (exames clínicos) e coleta de material para exames laboratoriais, em tempo oportuno.
- 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 1) a quem se reportar, 2) como se isolar e quais precauções adicionais deve tomar (observar sinais de gravidade), e 3) quais são os serviços de referência para tratamento e diagnóstico que deve buscar;
- Orientações sobre o monitoramento dos sintomas durante o período de isolamento;
- Orientações sobre como e onde deve ser realizado o isolamento: a) ficar em casa pelo período recomendado após a data da última exposição, b) manter distanciamento físico de pelo menos um metro dos demais moradores da residência, c) verificar a temperatura no mínimo duas vezes ao dia, d) estar atento para a manifestação de sinais e sintomas, e) evitar contato com pessoas de grupos com maior risco (vide tópico fatores de risco);
- Canais oficiais de comunicação sobre a COVID-19 (site do Ministério da Saúde, site do Governo do Estado do Espírito Santo (<https://coronavirus.es.gov.br/>), site das secretarias municipais de saúde, documentos elaborados pela Vigilância Epidemiológica e pelos 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 etc.);



- Forma acordada de acompanhamento durante o período de monitoramento (pessoalmente, por telefone, e-mail, entre outros), incluindo a periodicidade e os horários disponíveis.

OBSERVAÇÕES:

1. Para proteger a privacidade do caso, deve-se informar ao contato que este pode ter sido exposto a um paciente com diagnóstico de COVID-19, preservando o sigilo e confidencialidade da provável fonte de infecção.
2. Para efeitos de afastamento das atividades laborais de contatos próximos de casos confirmados, considerar a previsão legal da Portaria Conjunta nº20 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.

13.8 Monitoramento de Contatos

O monitoramento contatos é uma estratégia que deve ser conduzida para todos os contatos próximos identificados de casos confirmados por qualquer um dos critérios (clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico-laboratorial) para Covid-19.

Uma vez identificados, os contatos devem ser monitorados diariamente quanto ao 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, permanecendo em isolamento durante todo o período.

Os contatos que desenvolverem sinais ou sintomas sugestivos de Covid-19 (sintomáticos) durante o período de monitoramento, serão considerados como casos suspeitos de COVID-19, sendo orientados a procurar um serviço de saúde mais próximo, para avaliação clínica e realização de testagem em tempo oportuno.

Caso durante o monitoramento se identifique que o indivíduo apresente sinais de agravamento, como dispneia ou dor torácica, deverá ser orientado a procurar imediatamente o serviço de saúde mais próximo, conforme fluxo estabelecido pelo território.



Se durante o monitoramento um caso assintomático tiver confirmação laboratorial para Covid-19 (resultado detectável pelo método RT-PCR ou teste rápido para detecção de antígeno para SARSCoV-2), deve-se manter o isolamento e monitoramento de sinais e sintomas, suspendendo-o após 10 dias da data de coleta da amostra.

Para contatos próximos assintomáticos com resultado não detectável pelo método RT-PCR ou teste rápido para detecção de antígeno para SARS-CoV-2, o isolamento social pode ser suspenso, mantendo o automonitoramento de possíveis sinais e sintomas pelo período de até 14 dias do último contato.

OBSERVAÇÕES:

1. Os **contatos sintomáticos** devem ser considerados como casos suspeitos, devendo ser notificados no sistema de informação. Caso sejam confirmados, os seus contatos devem ser rastreados e monitorados;
2. Os **casos assintomáticos** que venham a desenvolver sintomas durante o período de monitoramento, devem ser considerados casos suspeitos, devendo ser notificados no e-SUS VS, e encaminhados para atendimento e coleta de exames em tempo oportuno.
3. A quebra do isolamento caracteriza-se como crime contra a saúde pública. Sendo uma infração apresentada na Lei 2.448 do Código Penal, na qual o infrator é passível de penalidade cabível segundo o exposto na Lei, sendo orientado o acionamento da instituição pública responsável pela aplicação da lei (Polícia).



havia sendo realizados 357.499 procedimentos de saúde na população. No sistema e-sus 30.383 pessoas. Possui uma cobertura de Atenção Básica em torno de 93%. Segundo o boletim situacional da APS a cobertura ACS é de 88%. O município possui área descoberta por agentes comunitários de saúde, onde foi identificada 11(áreas) e já solicitamos ao Ministério da Saúde o credenciamento deste 11 (onze) novos agentes para a realização de processo seletivo de escolha pelas comunidades. Após a redistribuição de todos os agentes comunitários de saúde através teremos 100% para atingir uma maior cobertura da assistência em saúde.

O município possui NOVE ESF duas EAP, sendo uma Policlínica, dois Prontos Atendimentos, sendo estes últimos um na sede e outro em Braço do Rio, para atendimento aos usuários do SUS.

14.1 ATENDIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (APS)

Pensando em diminuir a concentração de possíveis casos suspeitos de Coronavírus que aguardam atendimentos em salas de recepções dos prontos atendimentos do município, foi criado um centro de referência para atendimento de sintomáticos respiratórios na avenida Dr. Mário Vello Silveiras, denominando de Centro de Atendimento para o Enfrentamento ao novo COVID.

Neste centro, o paciente é atendido por vários profissionais, incluindo de enfermagem e médico, onde conta com acolhimento e atendimento humanizado. É realizada triagem, notificação, testagem de antígeno e coleta para RT-PCR, consulta médica e orientações. As condutas seguem de acordo com as Notas Técnicas publicadas pela SESA. Os encaminhamentos são de acordo com sua condição clínica, onde pode ser referenciado para isolamento domiciliar ou para atendimento no Pronto Atendimento Municipal e/ou internação hospitalar. Não existe neste centro um local de isolamento para pacientes, caso seja testado positivo e estejam com sintomas fortes são encaminhados ao Pronto Atendimento para recuperação.



Para os casos em que a APS e o ambulatório não forem suficientes para suprir suas necessidades, os pacientes deverão ser referenciados ao Pronto Atendimento Municipal, e se necessário à internação hospitalar.

Os locais para hospitalização poderão ser o Hospital Municipal de Conceição da Barra – ES, onde se matem leitos de isolamentos para COVID-19, para casos sem complicações (casos sem complicações) ou as unidades de internação hospitalares designadas pela SESA, onde o Núcleo Especial de Regulação de Internação (NERI) recebe a sinalização de casos suspeitos/confirmados e providencia a vaga hospitalar de acordo com a necessidade do paciente e também providencia a remoção.

Nos casos de pequena gravidade clínica, conforme definição operacional, o transporte sanitário será de responsabilidade do município e/ou SAMU. Na gravidade será transportado pelo SAMU ou serviço móvel de urgência de empresa terceirizada, sendo solicitado uma unidade de suporte avançado de vida. Reforça-se que durante o transporte o paciente deve utilizar a máscara cirúrgica, exceto nos casos em que esteja impossibilitado de usar máscara cirúrgica (IOT/máscara Venturi).



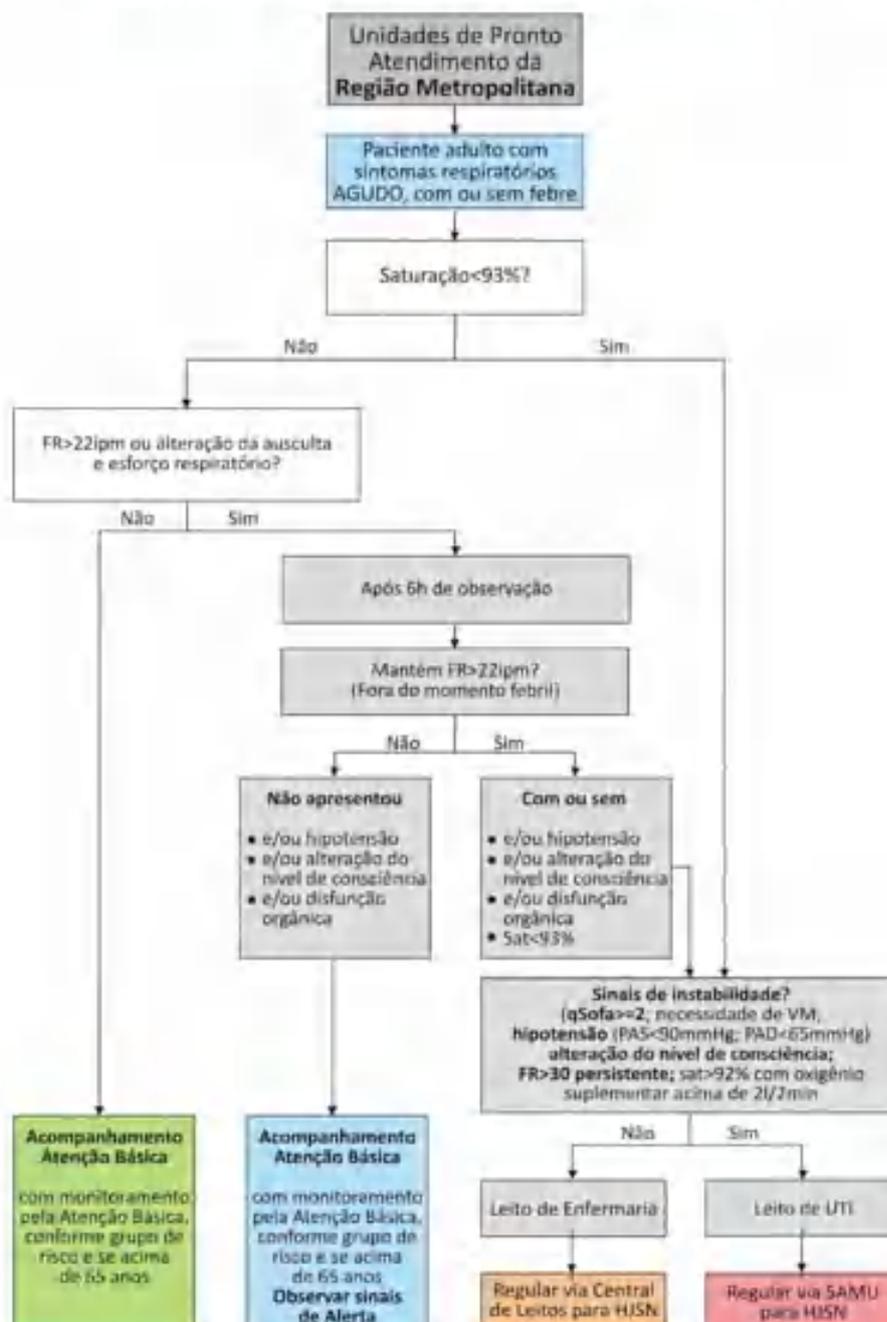
CORONAVÍRUS
COVID-19



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria de Saúde



REGULAÇÃO PA's E UPA's PARA SERVIÇOS DE REFERÊNCIA



Subsecretaria de Estado de Vigilância em Saúde

Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, 2.025 - CEP 29052-121 - Bento Ferreira - Vitória/ES
Tels.: 27 3636-8273 / 3636-8281 - E-mail: gevs@saude.es.gov.br



15 MONITORAMENTO DOS CASOS NOTIFICADOS

Para otimizar o acompanhamento dos pacientes em suspeita ou confirmação de COVID-19, o serviço de Vigilância Epidemiológica municipal implantou uma planilha paralela de Excel, onde constam os pacientes notificados e seus dados. Essa planilha é atualizada diariamente e no final do expediente, encaminhada via e-mail aos profissionais de referência dos diversos serviços de saúde (ESF, Ambulatório, PA e Hospital) para a rede ter conhecimento dos casos ativos e suspeitos.

Atualmente, o monitoramento dos pacientes é realizado por profissionais enfermeiros da Vigilância Epidemiológica, via aplicativo “WhatsApp”, ligações telefônicas e visitas domiciliares.

As visitas domiciliares têm como objetivo a busca ativa, a testagem e coleta de material, em especial dos contatos e pacientes com dificuldades de se locomoverem ao Ambulatório de referência, bem como do acompanhamento do isolamento domiciliar.

Para o serviço de fins de semana e feriados, contamos com escala de enfermeiros que verificam resultados de exames pelo GAL/LACEN (Gerenciador de Ambiente Laboratorial), comunicam e orientam os pacientes e atualizam a planilha e a enviam.



16 VIGILÂNCIA LABORATORIAL

Covid-19

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 oitavo dia de início dos sintomas. Em casos graves hospitalizados, a amostra pode ser coletada até o 14o dia do início dos sintomas.

Os testes rápidos são imunoenaios 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 primeiro ao sétimo dia após o início dos sintomas). São realizados a partir de amostras de esfregaço nasofaringe ou nasal e os resultados são liberados em aproximadamente 15 minutos.

Paciente com resultado positivo pelo método de detecção de antígeno 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. E paciente com resultado negativo para pesquisa de antígeno, deverá realizar coleta de amostra para a testagem pelo método RT-PCR 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.

16.1 Diagnóstico diferencial



O diagnóstico diferencial para o SARS-CoV2 é a pesquisa de Influenza e outros vírus respiratórios. Esses exames compõem a vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave e da Síndrome Gripal em unidades sentinelas.

Com a atual epidemia de Influenza, ao enviar amostra para RT-PCR de hospitalizados, crianças menores de três anos e óbitos, o Lacen além da Covid, está realizando o painel viral para outros vírus respiratórios.

➤ 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.

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 do profissional.

➤ **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.

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

Swab Nasal

Coletar preferencialmente até o 8º () 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 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.

➤ **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.

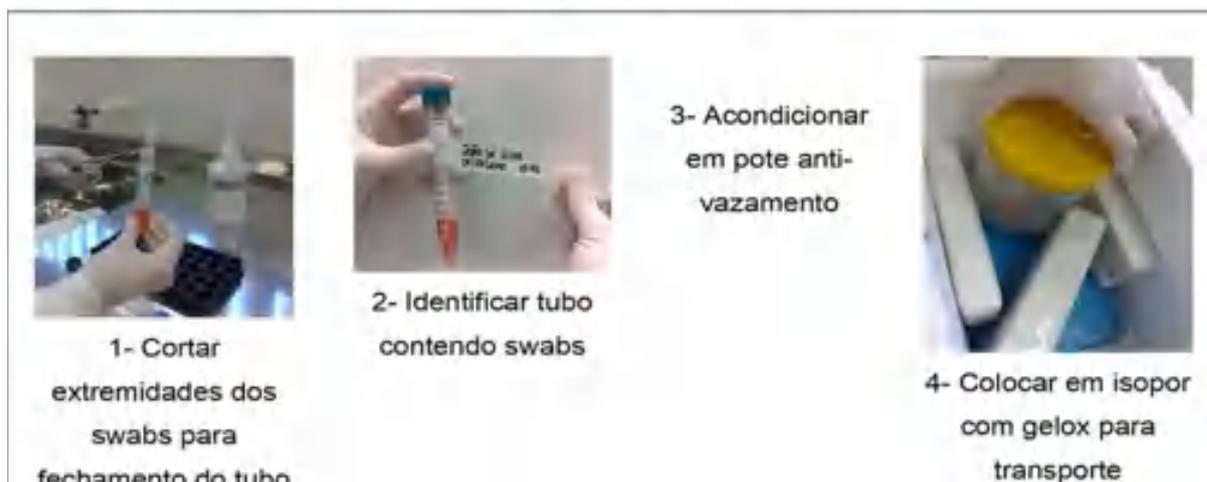
➤ **Transporte e envio de amostras para diagnóstico**

32

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.



Fluxo de Acondicionamento e Transporte das Amostras



Identificadas as amostras com o nome do paciente e data da coleta, acondicionar em frasco plástico na posição vertical depois lacrar evitando vazamento. Colocar em caixa (térmica) de paredes rígidas com gelox suficiente para manter a temperatura adequada de refrigeração (4 a 8°C) até a chegada ao LACEN/ES no prazo máximo de 24 horas.

A documentação necessária (ficha de investigação) deverá ser colocada dentro de um envelope e presa sobre a tampa da caixa com a identificação do destinatário.

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

17.1. INVESTIGAÇÃO DE CASOS DE COVID-19

Ao identificar 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 laboratoriais, laudos emitidos por profissionais de saúde, dentre outros) e a coleta de informações com o próprio caso e/ou seus familiares, que podem, inclusive, ser realizada por contato telefônico.



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

17.2 IMUNIZAÇÃO

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.

O município segue as recomendações de imunização do plano nacional e estadual de imunização. Foi elaborado um plano municipal de imunização que atende as orientações do ministério da saúde e SESA. Esse plano passa por atualizações periódicas sempre que necessário e esta disponível no site da prefeitura.

Atualmente o município possui dois Centro de atendimento da contra a Covid-19, sendo um na sede a avenida beira mar, e outro em Braço do Rio no primerio andar da cozinha industrial com o objetivo de testar todos os pacientes que procuram e atender imediatamente, tendo os dois centros médicos dois dias na semana e no restante dos dia testagem com atendimento nos P.As. Nestes centros não acontecem vacinação contrat Covid-19, pois estas são efetuadas em horários estendidos nas unidades de bairro e também diariamente nestas unidades espalhadas em todo município.

Já a vacina contra Influenza é ofertada em todas as Salas de Vacinas do município.



17.3 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 o 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 sabem se são 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 quando há 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 Centers for Diseases and Prevention (CDC)²² e a OMS^{23,23}, 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 de disseminação do vírus SARS-CoV-2. Lugares ou ambientes que favorecem a aglomeração de pessoas devem ser evitados durante a pandemia.

17.4 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.

17.5 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, 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 aproximadamente 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 o 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.

17.6 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 mascaras deve ser feito de maneira complementar com outras medidas nos âmbitos individual e comunitário, como a higienização das mãos, o distanciamento social, a etiqueta respiratória e outras medidas de prevenção.

Segundo o Centers for Diseases Control and Prevention, 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.

17.7 USO DE MÁSCARAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

O uso universal de mascaras em serviços de saúde deve ser uma exigência para todos os trabalhadores da saúde e por qualquer pessoa dentro de unidades de saúde, independentemente 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 mascaras de proteção respiratória (padrão N95, ou PFF2, ou PFF3, ou equivalente), bem como demais equipamentos de proteção individual.

17.8 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 de que consegue respirar normalmente. As máscaras não devem ser colocadas em volta do pescoço ou na testa e, ao toca-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.

18 EPIDEMIA DA INFLUENZA

A Secretaria da Saúde do Espírito Santo 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 de Saúde Pública do Espírito Santo.

Cabe ressaltar que a cobertura vacinal contra Influenza no grupo de maior risco (idosos) está abaixo, com apenas 84,45% dos idosos vacinados, sendo a meta 90%, o que pode gerar aumento do número de casos graves da doença, incluindo internações e óbitos.

18.1 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 Grava - 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 pela 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.

18.2 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).

18.3 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 cefaleia. Na criança, diferente do adulto, a rouquidão e a linfonodomegalia 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.

18.4 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 <95% em ar ambiente;



- 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.

Algumas crianças evoluem com insuficiência respiratória franca, necessitando suporte ventilatório para manejo do quadro. Não é incomum que estes pacientes graves apresentem concomitantemente hemorragia pulmonar, encefalopatia causada pelo influenza (com alteração do nível de consciência) e choque séptico.

19 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.



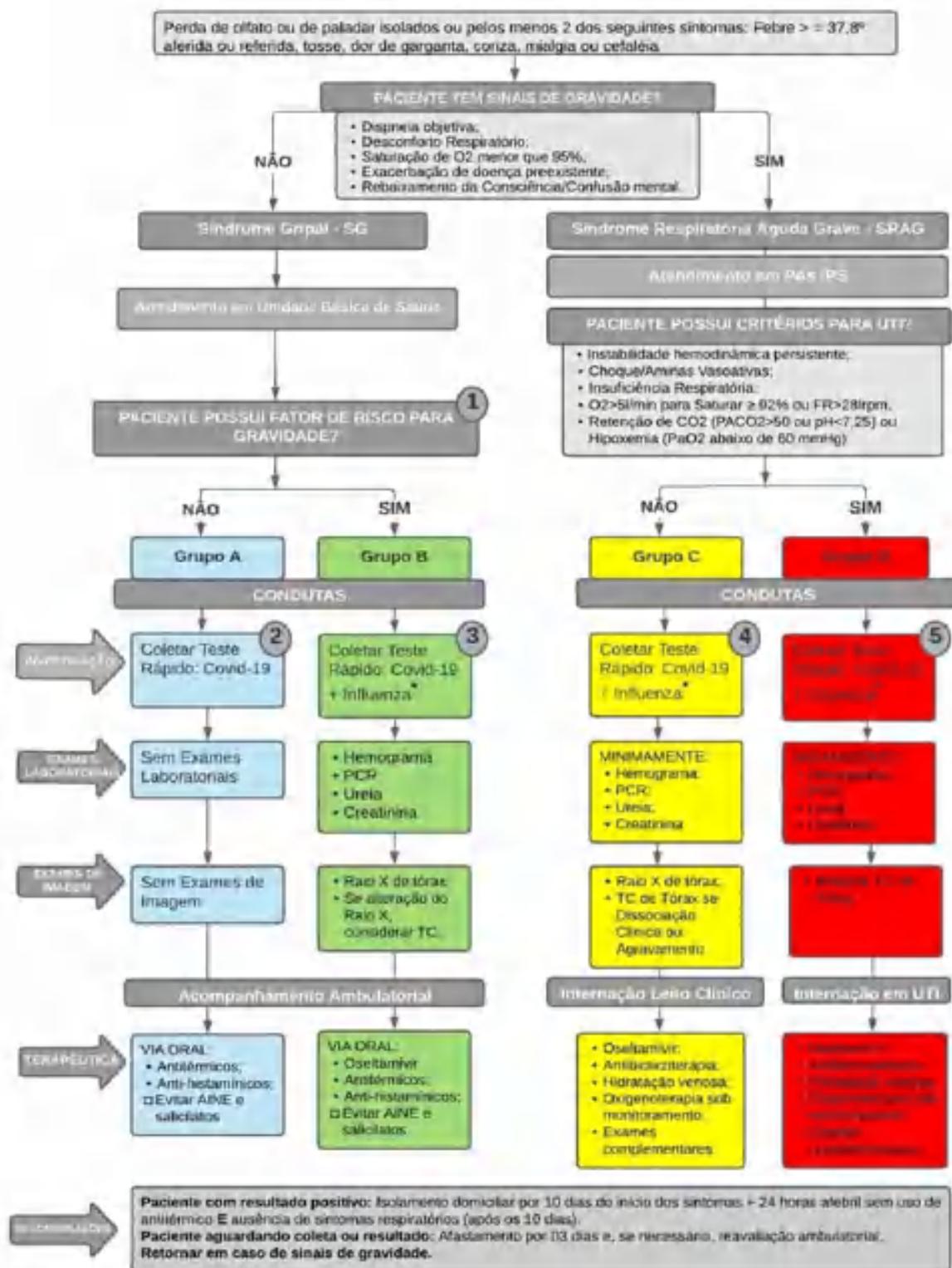
A **terapia com corticoides NÃO é recomendada**, salvo em situações específicas em que haja indicação por outras causas, podendo se relacionar a piores desfechos.

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.

Os resultados negativos em Testes Rápidos (antígenos) para covid-19 ou Influenza não descartam diagnóstico nos casos em que o quadro clínico sejam compatíveis e faz-se necessário que a terapia Antiviral seja mantida até que haja definição Sorológica.

ALGORITMO DE MANEJO CLÍNICO DOS CASOS DE INFLUENZA



* Teste Rápido Influenza: Exame a ser realizado conforme disponibilidade do teste

Os resultados negativos em Testes Rápidos (antígenos) para covid-19 ou Influenza não descartam diagnóstico nos casos em que o quadro clínico sejam compatíveis e faz-se necessário que a terapia Antiviral seja mantida até que haja definição Sorológica.



1 FATORES DE RISCO PARA SG GRAVE EM PACIENTES COVID-19/INFLUENZA

<ul style="list-style-type: none">idade > 60 anos ou < 5 anos;Cardiopatia;< 19 anos + uso prolongado de AAS	<ul style="list-style-type: none">DM;Pressão alta;Doença Renal Crônica;Tuberculose;	<ul style="list-style-type: none">Distúrbio Sanguíneo/ hematológicos;Doença imunossupressora;Metabolismo Hepática	<ul style="list-style-type: none">Incapacidade de autocuidado/Paralisa cerebral;Obesidade;Indígenas aldeados
--	--	---	--

2 Investigação Etiológica: SG sem fator de Risco

Pacientes com sintomas que configurem quadro de Síndrome Respiratória - SG sem fatores de risco para formas graves da doença serão submetidos a investigação etiológica mediante **COLETA DE TESTE DE ANTIGENO para Covid-19**

3 Investigação Etiológica: SG com fator de Risco

Pacientes com sintomas que configurem quadro de Síndrome Respiratória - SG com fatores de risco para formas graves da doença serão submetidos a investigação etiológica mediante **COLETA DE TESTE DE ANTIGENO para Covid-19 e para Influenza** e de acordo com os resultados:

- **Teste Rápido Covid-19 (+)/Influenza (-):**
 - Não há necessidade de RT-PCRs
 - Não será iniciado Oseltamivir
 - Fazer orientações para isolamento + cuidados + medicação conforme quadro clínico/síndrome
- **Teste Rápido Covid-19 (-)/Influenza (-):**
 - Necessidade de RT-PCR Covid
 - Iniciar Oseltamivir
 - Fazer orientações para isolamento + cuidados + medicação conforme quadro clínico/síndrome
- **Teste Rápido Covid-19 (-)/Influenza (+):**
 - Não há necessidade de RT-PCRs
 - Iniciar Oseltamivir
 - Fazer orientações para isolamento + cuidados + medicação conforme quadro clínico/síndrome

4 Investigação Etiológica: SARG para leito Clínico

5 Investigação Etiológica: SARG para leito UTI

Pacientes com sintomas que configurem quadro de Síndrome Respiratória Aguda Grave - SARG com Critério de Admissão em UTI serão submetidos a investigação etiológica mediante **COLETA DE TESTE DE ANTIGENO para Covid-19 e para Influenza** e de acordo com os resultados:

- **Teste Rápido Covid-19 (+)/Influenza (-):**
 - Não há necessidade de RT-PCRs
 - Na ausência de leito isolamento manter paciente em Coorte de Covid-19
 - Manter distanciamento entre leitos
 - Manter Uso Contínuo de Máscara
 - Orientações ao paciente
- **Teste Rápido Covid-19 (-)/Influenza (-):**
 - Necessidade de RT-PCR Covid-19 e Influenza
 - Iniciar Oseltamivir
 - Na ausência de leito isolamento manter paciente em Coorte Gripe/
 - Manter distanciamento entre leitos
 - Manter Uso Contínuo de Máscara
 - Orientações ao paciente
- **Teste Rápido Covid-19 (-)/Influenza (+):**
 - Não há necessidade de RT-PCRs
 - Iniciar Oseltamivir
 - Na ausência de leito isolamento manter paciente em Coorte de Influenza
 - Manter distanciamento entre leitos
 - Manter Uso Contínuo de Máscara
 - Orientações ao paciente

ATENÇÃO:

- Todos os serviços de saúde que atendem pacientes respiratórios por demanda espontânea devem, preferencialmente, oferecer a testagem de antígeno para detecção do SARS-COV-2 antes do atendimento administrativo (recepção), de modo a que os casos positivos e negativos para COVID19 sejam atendidos em fluxos assistenciais distintos.
- Preferencialmente os locais de testagem de pacientes sintomáticos devem ser organizados em ambientes ventilados.
- A testagem deve ser oferecida no primeiro momento de contato com o serviço de saúde, não necessitando qualificação médica para tal.

*Teste Rápido Influenza. Exame a ser realizado conforme disponibilidade do teste

Os resultados negativos em Testes Rápidos (antigenos) para covid-19 ou Influenza não descartam diagnóstico nos casos em que o quadro clínico sejam compatíveis e faz-se necessário que a terapia Antiviral seja mantida até que haja definição Sorológica.



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:

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 e 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.

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_brasil.pdf.

19 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 sensório; 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.

Druga	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	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.**

Druga	Faixa Etária	Quimioprofilaxia	
Fosfato de oseltamivir (Tamiflu®)	Adulto	75 mg/dia, VO / 10 dias	
	Criança maior de 1ano 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 menor de 1 ano 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

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.



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.

Tratamento com zanamivir

A indicação de zanamivir somente está autorizada em casos de intolerância gastrointestinal grave, alergia e resistência ao fosfato de oseltamivir.

- O zanamivir é contraindicado em menores de cinco anos para tratamento ou para quimioprofilaxia e para todo paciente com doença respiratória crônica pelo risco de broncoespasmo severo.
- O zanamivir não pode ser administrado em paciente em ventilação mecânica, porque essa medicação pode obstruir os circuitos do ventilador.

Dose para pacientes com Insuficiência Renal

A dose deve ser ajustada no caso de insuficiência renal, com base no clearance de creatinina. As recomendações para o ajuste estão resumidas na tabela abaixo:



Comprometimento Renal/ Clearance de Creatinina	Tratamento 5 dias	Profilaxia 10 dias
Leve Clearance > 60-90 ml/min	75 mg, 12/12 h	75 mg, 1 vez ao dia
Moderado Clearance > 30-60 ml/min	30 mg, 12/12 h	30 mg, 1 vez ao dia
Severo Clearance > 10-30 ml/min	30 mg, 1 vez ao dia	30 mg, em dias alternados
Pacientes em hemodiálise Clearance ≤ 10 ml/min	30 mg após cada sessão de hemodiálise*	30 mg após cada sessão alternada de hemodiálise
Pacientes em diálise Peritoneal Contínua ambulatorial - dPCA Clearance ≤ 10 ml/min	Única dose de 30 mg administrada imediatamente após troca da diálise.	30 mg, 1 vez por semana imediatamente após troca da diálise**

* Serão apenas três doses (em vez de cinco), após cada sessão de hemodiálise. Considerando-se que, num período de cinco dias, serão realizadas três sessões.

** Serão duas doses de 30 mg cada, considerando-se os dez dias, onde ocorrerão apenas duas sessões de diálise.

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.



20 - MEDIDAS ADOTADAS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID 19 SOBREPOSTA A EPIDEMIA DE INFLUENZA

O município de Conceição da Barra adota as orientações da SESA/ES em relação ao enfrentamento da Covid-19 e Influenza, seguindo os protocolos e Manuais preconizados. Todas as atualizações são amplamente divulgadas através da Vigilância em Saúde municipal.

Os pacientes com Síndrome Gripal estão sendo atendidos prioritariamente pelos profissionais na central do COVID -19 na sede e no distrito de Braço do Rio, com funcionamento de segunda a sexta-feira, de 8:00 as 17:00 horas. Além desse serviço de referência, o PA municipal também absorve essa demanda, principalmente em horários e dias onde o Ambulatório não funciona.

A medicação Oseltamivir está presente na Farmácia Básica, no PA da sede.

O município está trabalhando insistentemente em ações para a melhoria da cobertura vacinal, tanto contra o coronavírus quanto influenza.

A Secretaria Municipal de Saúde conta com a parceria da Assessoria de Comunicação da prefeitura para a comunicação pública dos assuntos relacionados à pandemia da Covid-19 e a Epidemia da Influenza. Esse serviço trabalha com constantes publicações de matérias e artes com o objetivo de Educação em Saúde a população. São usados vários meios de comunicação, como o site da prefeitura www.conceicaodabarra.es.gov.br, e as páginas de redes sociais.



21 REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Nota Técnica nº 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Atualizada em 31 mar. 2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>. Acesso em: mar. 2020.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. Orientações sobre o manuseio do paciente com pneumonia e insuficiência respiratória devido a infecção pelo Coronavírus (SARS-CoV-2). Versão n. 3, 2020. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/29/Orientacoes_sobre_o_manuseio_do_pacient_e_com_pneumonia_e_insuficiencia_respiratoria_devido_a_infeccao_pelo_Coronavirus_SARS-CoV-2_-_Versao_n.032020.pdf. Acesso em: mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. Classificação de risco dos agentes biológicos. 3. ed. Brasília, DF: MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico, n. 1, Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde SVS/MS-COE, Jan. 2020. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/28/Boletim-epidemiologicoSVS-28jan20.pdf>. Acesso em: mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de tratamento de Influenza: 2017. Brasília, DF: MS, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_tratamento_influenza_2017.pdf. Acesso em: mar. 2020.



CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Known or Patients Under Investigation for 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) in a Healthcare Setting, 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control.html>. Acesso em: mar. 2020.

GUAN, W. et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. New England Journal of Medicine, 2020. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2002032?articleTools=true>. Acesso em: mar. 2020.

HUANG, C. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. The Lancet, London, 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930183-5>. Acesso em: mar. 2020.

INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE. Implementação de protocolo gerenciado de Sepsis: Protocolo Clínico. 2018. Disponível em: <https://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/protocolo-de-tratamento.pdf>. Acesso em: mar. 2020.

WEISS, S. L. et al. Surviving sepsis campaign international guidelines for the management of septic shock and sepsis-associated organ dysfunction in children. Intensive Care Medicine, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05878-6>. Acesso em: mar. 2020.

Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada WORLD HEALTH ORGANIZATION. Advice on the use of masks the community, during home care and in health care settings in the context of the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak Interim guidance, 29 Jan. 2020. WHO/nCov/IPC_Masks/2020.1. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>. Acesso em: mar. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected:



Interim guidance. Jan. 2020. Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acuterespiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acuterespiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected). Acesso em: mar. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: Interim guidance. Mar. 2020. V. 1.2. Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratoryinfection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratoryinfection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected). Acesso em: mar. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Novel Coronavirus (2019-nCoV) technical guidance. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em: mar. 2020.