

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 19/06/2020 | Edição: 116 | Seção: 1 | Página: 64

Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 1.565, DE 18 DE JUNHO DE 2020

Estabelece orientações gerais visando à prevenção, ao controle e à mitigação da transmissão da COVID-19, e à promoção da saúde física e mental da população brasileira, de forma a contribuir com as ações para a retomada segura das atividades e o convívio social seguro.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE INTERINO, no uso das atribuições que lhe conferem o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 7º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19), resolve:

Art. 1º Esta Portaria estabelece, na forma do Anexo, orientações gerais visando à prevenção, ao controle e à mitigação da transmissão da COVID-19, e à promoção da saúde física e mental da população brasileira, de forma a contribuir com as ações para a retomada segura das atividades e o convívio social seguro, na esfera local.

Parágrafo Único. Cabe às autoridades locais e aos órgãos de saúde locais decidir, após avaliação do cenário epidemiológico e capacidade de resposta da rede de atenção à saúde, quanto à retomada das atividades.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PAZUELLO

Anexo

Orientações gerais a serem observadas visando à prevenção, ao controle e à mitigação da transmissão da COVID-19 na retomada segura das atividades e convívio social seguro.

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

Entre as medidas indicadas pelo MS, estão as não farmacológicas, como distanciamento social, etiqueta respiratória e de higienização das mãos, uso de máscaras, limpeza e desinfecção de ambientes e isolamento domiciliar de casos suspeitos e confirmados, que devem ser utilizadas de forma integrada, a fim de prevenir o adoecimento e controlar a transmissão da COVID-19, permitindo também a retomada gradual das atividades desenvolvidas pelos vários setores e o retorno seguro do convívio social.

Retomar as atividades e o convívio social são também fatores de promoção da saúde mental das pessoas, uma vez que o confinamento, o medo do adoecimento e da perda de pessoas próximas, a incerteza sobre o futuro, o desemprego e a diminuição da renda, são efeitos colaterais da pandemia pelo SARS-COV-2 e têm produzido adoecimento mental em todo o mundo.

Porém, a retomada das atividades deve ocorrer de forma segura, gradativa, planejada, regionalizada, monitorada e dinâmica, considerando as especificidades de cada setor e dos territórios, de forma a preservar a saúde e a vida das pessoas. Para isso, é essencial a observação e a avaliação periódica, no âmbito loco-regional, do cenário epidemiológico da COVID-19, da capacidade de resposta da rede de atenção à saúde, dos aspectos sócio-econômicos e culturais dos territórios e, principalmente, das orientações emitidas pelas autoridades locais e órgãos de saúde.

É importante que os setores de atividades elaborem e divulguem protocolos específicos de acordo com os riscos avaliados para o setor, considerando os ambientes e processos produtivos, os trabalhadores, os consumidores e usuários e a população em geral. Destaca-se também a necessidade de que cada estabelecimento desenvolva seu plano de ação para reabertura gradativa da atividade, incluindo a possibilidade de desmobilizar o processo de abertura, em função de mudanças no contexto local de transmissão da COVID-19.

Assim, as orientações que se seguem têm por objetivo apoiar as estratégias locais para retomada segura das atividades e do convívio social, respeitando as especificidades e características de cada setor ou ramo de atividade.

1. Cuidados Gerais a serem adotados individualmente pela população

1.1 Lavar frequentemente as mãos com água e sabão ou, alternativamente, higienizar as mãos com álcool em gel 70% ou outro produto, devidamente aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

1.2 Usar máscaras em todos os ambientes, incluindo lugares públicos e de convívio social.

1.3 Evitar tocar na máscara, nos olhos, no nariz e na boca.

1.4 Ao tossir ou espirrar, cobrir o nariz e boca com lenço de papel e descartá-los adequadamente. Na indisponibilidade dos lenços, cobrir com a parte interna do cotovelo, nunca com as mãos.

1.5 Não compartilhar objetos de uso pessoal, como aparelhos telefones celulares, máscaras, copos e talheres, entre outros.

1.6 Evitar situações de aglomeração.

1.7 Manter distância mínima de 1 (um) metro entre pessoas em lugares públicos e de convívio social.

1.8 Manter os ambientes limpos e ventilados.

1.9 Se estiver doente, com sintomas compatíveis com a COVID-19, tais como febre, tosse, dor de garganta e/ou coriza, com ou sem falta de ar, evitar contato físico com outras pessoas, incluindo os familiares, principalmente, idosos e doentes crônicos, buscar orientações de saúde e permanecer em isolamento domiciliar por 14 dias.

2. Cuidados Gerais e Medidas de Higiene a serem adotadas por todos os setores de atividades

2.1. Elaborar plano de ação para retomada das atividades.

2.2. Estabelecer e divulgar orientações para a prevenção, o controle e a mitigação da transmissão da COVID-19 com informações sobre a doença, higiene das mãos, etiqueta respiratória e medidas de proteção individuais e coletivas.

2.3. Disponibilizar estrutura adequada para a higienização das mãos, incluindo lavatório, água, sabão líquido, álcool em gel 70% ou outro produto, devidamente aprovado pela ANVISA, toalha de papel descartável e lixeira de acionamento não manual.

2.4. Disponibilizar álcool 70% ou outro produto, devidamente aprovado pela ANVISA, para higienização de superfícies.

2.5. Incentivar a lavagem das mãos ou higienização com álcool em gel 70% ou outro produto, devidamente aprovado pela ANVISA:

2.5.1. antes de iniciar as atividades, de manusear alimentos, de manusear objetos compartilhados;

2.5.2. antes e após a colocação da máscara; e

2.5.3. após tossir, espirrar, usar o banheiro, tocar em dinheiro e manusear resíduos.

2.6. Estimular o uso de máscaras e/ou protetores faciais em todos os ambientes, incluindo lugares públicos e de convívio social.

3. Medidas de Distanciamento Social a serem adotadas individualmente e por todos os setores de atividades

3.1. Adotar procedimentos que permitam a manutenção da distância mínima de 1 (um) metro entre pessoas em todos os ambientes, internos e externos, ressalvadas as exceções em razão da especificidade da atividade ou para pessoas que dependam de acompanhamento ou cuidados especiais, como crianças, idosos e pessoas com deficiência.

3.2. Demarcar e reorganizar os locais e espaços para filas e esperas, respeitando o distanciamento de segurança.

3.3. Implementar barreiras físicas, como divisórias, quando a distância mínima entre as pessoas não puder ser mantida.

3.4. Limitar a ocupação de elevadores, escadas e ambientes restritos.

3.5. Para atividades que permitam atendimento com horário programado, disponibilizar mecanismos on-line ou por telefone para possibilitar o agendamento, evitando as filas e aglomerações. Sempre que possível, definir horários diferenciados para o atendimento preferencial, para pessoas do grupo de risco.

3.6. Adotar medidas para distribuir a movimentação de pessoas ao longo do dia nos ambientes de grande circulação e espaços públicos evitando concentrações e aglomerações. Utilizar como alternativa, a abertura de serviços em horários específicos para atendimento.

3.7. Evitar aglomeração na entrada, na saída e durante a utilização dos espaços de uso comum.

3.8. Demarcar áreas que não deverão ser utilizadas e indicar visualmente a limitação máxima de pessoas nos ambientes.

3.9. Adotar, sempre que possível, reorganização dos processos de trabalho, incluindo o trabalho remoto, especialmente para quem faça parte ou conviva com pessoas do grupo de risco.

3.10. Estimular e implementar atividades de forma virtual, priorizando canais digitais para atendimento ao público, sempre que possível.

4. Medidas de Higiene, Ventilação, Limpeza e Desinfecção a serem adotadas individualmente e por todos os setores de atividades

4.1. Reforçar os procedimentos de limpeza e desinfecção com produtos desinfetantes, devidamente aprovados pela ANVISA, em todos os ambientes, superfícies e equipamentos, minimamente no início e término das atividades.

4.2. Aumentar a frequência da limpeza e desinfecção com produtos desinfetantes, devidamente aprovados pela ANVISA, de áreas comuns e de grande circulação de pessoas durante o período de funcionamento, com controle do registro da efetivação nos horários pré-definidos.

4.3. Privilegiar a ventilação natural ou adotar medidas para aumentar ao máximo o número de trocas de ar dos recintos.

4.4. Em ambiente climatizado, evitar a recirculação de ar e realizar manutenções preventivas seguindo os parâmetros devidamente aprovados pela ANVISA.

5. Medidas de Triagem e Monitoramento de Saúde a serem adotadas por todos os setores de atividades

5.1 Implementar medidas de triagem antes da entrada nos estabelecimentos, como aferição de temperatura corporal e aplicação de questionários, de forma a recomendar que pessoas, com aumento da temperatura e outros sintomas gripais, não adentrem no local e busquem atendimento nos serviços de saúde.

5.2. Estabelecer procedimentos para acompanhamento e relato de casos suspeitos e confirmados da doença, incluindo o monitoramento das pessoas que tiveram contato com casos. Pessoas suspeitas de COVID-19 devem buscar orientações nos serviços de saúde e manterem-se afastadas do convívio social por 14 dias.

5.3. Definir procedimentos para comunicação eficiente com o público e os órgãos competentes sobre informações, medidas e ações desenvolvidas para garantir a segurança dos clientes e trabalhadores.

5.4. Adotar as recomendações dos órgãos competentes sobre implementação de medidas adicionais de prevenção e controle da COVID-19.

6. Medidas para o Uso de Equipamentos de Proteção

6.1. Adotar rigorosamente os procedimentos de uso, higienização, acondicionamento e descarte dos Equipamentos de Proteção Individual - EPI e outros equipamentos de proteção, de acordo com cada atividade, considerando também os riscos gerados pela COVID-19.

6.2. Substituir as máscaras cirúrgicas, a cada quatro horas de uso, ou de tecido, a cada três horas de uso, ou quando estiverem sujas ou úmidas.

6.3. Confeccionar e higienizar as máscaras de tecido de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde.

6.4. Não compartilhar os EPI e outros equipamentos de proteção durante as atividades.

6.5. Cabe ressaltar que, nos termos definidos na Norma Regulamentadora nº 6 - Equipamentos de Proteção Individual - da Secretaria Especial de Previdência e Trabalho do Ministério da Economia, as máscaras cirúrgicas e de tecido não são consideradas EPI e não os substituem para a proteção respiratória, quando indicado seu uso em normas específicas.

7. Uso de Transporte Individual

7.1. Higienizar, com frequência, o interior do veículo e os pontos de maior contato.

7.2. Manter as janelas abertas, sempre que possível.

7.3. Manter álcool em gel 70% ou outro produto, devidamente aprovado pela ANVISA, e lenços ou toalhas de papel disponíveis e com fácil acesso.

8. Uso de Transporte Coletivo

8.1. Manter o distanciamento social e evitar a formação de aglomerações e filas, no embarque e no desembarque de passageiros.

8.2. Adaptar o número máximo de pessoas por unidade de transporte para manter a segurança e a distância mínima entre os passageiros.

8.3. Estimular o uso de máscaras de proteção para todos que utilizem o transporte coletivo.

8.4. Manter preferencialmente a ventilação natural dentro dos veículos e, quando for necessária a utilização do sistema de ar condicionado, deve-se evitar a recirculação do ar e realizar rigorosamente a manutenção preventiva.

8.5. Realizar regularmente a limpeza e desinfecção do veículo com produtos desinfetantes, devidamente aprovados pela ANVISA, em particular os assentos e demais superfícies de contato com os passageiros, nos veículos e nos pontos de embarque e desembarque de passageiros, com controle do registro da efetivação nos horários pré-definidos.

8.6. Fornecer e estimular o uso frequente de álcool em gel 70% ou outro produto, devidamente aprovado pela ANVISA, para higienização das mãos de condutores e passageiros, nos veículos e nos pontos de embarque e desembarque de passageiros.

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.

COVID-19

Estratégia de Gestão

1ª edição

Instrumento para apoio à tomada de decisão na resposta à pandemia da Covid-19 na esfera local



Brasília, 2020

versão 1 - 25 de junho de 2020

Estratégia de Gestão

Instrumento para apoio à tomada de decisão
na resposta à **Pandemia da COVID-19** na esfera local



Colaboradores

Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS

Fernando Campos Avendanho

Nereu Henrique Mansano

Tereza Cristina Lins Amaral

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS

Willames Freire Bezerra

Mauro Guimarães Junqueira

Alessandro Aldrin Pinheiro Chagas

Kandice de Melo Falcão

Rodrigo Faleiro Lacerda

Cristiane Martins Pantaleão

Hisham Mohamad Hamida

Luiz Filipe Barcelos e Talita Carvalho - Projeto editorial

Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS/OMS

Maria Almiron

Socorro Gross Galiano

Demais Colaboradores

Alberto Tomasi Diniz Tiefensee

Alessandro Glauco dos Anjos de

Vasconcelos Ana Maria Candido de Lacerda

Ana Carolina Menezes da Silva Braga

Antônio Carlos Campos de Carvalho

Barbara Bresani Salvi

Camille Giaretta Sachetti

Caroline Gava

Daniela Buosi Rohlfs

Daniela Fortunato Rêgo

Daniele Maria Pelissari

Denizar Vianna Araujo

Eduardo Marques Macário

Eloiza Andrade Almeida Rodrigues Eucilene

Alves Santana

Felipe Fagundes Soares

Francieli Fontana Sutile Tardetti Fantinato

Fernanda Luiza Hamze

Genivano Pinto de Araújo

Guilherme Almeida Elídio

Gustavo Wolf

Jadher Pércio

Janaina Sallas

Leonardo Salema Garção Ribeiro Cabral

Luana Gonçalves

Luciana Guilhem de Matos

Luiz Belino Ferreira Sales

Marcelo Yoshito Wada

Marcus Vinícius Quito

Mariana Schneider

Melquíia da Cunha Lima

Morgana de Freitas Caraciolo

Pâmela Moreira Costa Diana

Rodrigo Fabiano do Carmo Said

Rodrigo Lins Frutuoso

Sarah Maria Soares Fernandes Bayma

Silvano Barbosa de Oliveira

Victor Bertollo Gomes Pôrto

Walquiria Aparecida Ferreira de Almeida

Wanderson Kleber Oliveira

Sumário

1 - Apresentação	<i>página 6</i>
2 - Objetivo	<i>página 7</i>
3 - Avaliação de riscos	<i>página 7</i>
4 - Orientação para uso de medidas de distanciamento social	<i>página 10</i>
5 - Alteração do nível de riscos e ajustes de medidas de distanciamento social	<i>página 13</i>
6 - Referências	<i>página 14</i>

1 - Apresentação

Diante da emergência por doença respiratória, causada pelo novo coronavírus SARS-COV-2 (COVID-19), o reconhecimento da pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e a ativação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE COVID-19), iniciou-se o estabelecimento de medidas para o enfrentamento da doença.

Nesse sentido, e considerando a orientação do Ministério da Saúde, formalizada na Portaria nº 1.565, de 18 de junho de 2020, que no parágrafo único do seu artigo 1ª, destaca que “cabe às autoridades locais e aos órgãos de saúde locais decidir, após avaliação do cenário epidemiológico e capacidade de resposta da rede de atenção à saúde, quanto à retomada das atividades”, o **CONASS e CONASEMS** apresentam a presente proposta que visa apoiar os gestores de estados e municípios na adoção de medidas de saúde pública, no sentido de reduzir a velocidade de propagação da doença, para evitar o esgotamento dos serviços de saúde, especialmente de terapia intensiva.

A proposta foi desenvolvida com a participação de representantes dos Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), visando disponibilizar um instrumento para a avaliação de riscos em resposta à COVID-19, descrever orientações sobre as medidas de distanciamento social, considerando os cenários locais, além de nortear o planejamento de ações de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Destaca-se que a estratégia a ser adotada em cada território seja adaptada a sua realidade, considerando inclusive as informações disponíveis. A contínua avaliação possibilita identificar melhorias a serem realizadas e fornece uma base de evidências para novas avaliações e respostas a eventos em saúde pública.

2 - Objetivo

Oferecer instrumento para apoiar a tomada de decisão dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) na resposta à COVID-19.

3 - Avaliação de riscos

Dentre os diferentes instrumentos para o processo de avaliação de riscos disponíveis na literatura científica até o momento propõe-se o uso de um conjunto de indicadores que avaliará as ameaças e vulnerabilidades do sistema de saúde no âmbito local, relacionadas à capacidade de atendimento e cenário epidemiológico.

A avaliação de risco deve ser realizada semanalmente pelo gestor local, enquanto estiver declarada a Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN). A avaliação de riscos poderá ser realizada em âmbito municipal, regional, macrorregional, estadual e distrital, levando em consideração o compartilhamento da rede de atenção à saúde.

Orienta-se que uma reavaliação semanal seja realizada para estimar o quanto a adoção da medida foi eficaz para a redução do risco. Caso o risco tenha aumentado, deve-se adotar uma medida de distanciamento social mais rigorosa. Caso o risco tenha reduzido, deve-se adotar a medida de distanciamento social imediatamente anterior à que foi adotada previamente de forma gradual.

Este instrumento de avaliação de riscos apresenta dois eixos, um de capacidade de atendimento e epidemiológico, seis indicadores estratégicos onde foram definidos suas fontes de informações, pontos de cortes e pontos (Quadro 1).

Quadro 1. Descrição dos eixos, indicadores, cálculo, fontes de dados, forma de agregação dos dados, pontos de cortes e pontos relacionados.

EIXO	INDICADOR	CÁLCULO	FONTE	REGIÃO DE AVALIAÇÃO	Pontos de corte / pontos							
					de	até	de	até	de	até	de	até
CAPACIDADE DE ATENDIMENTO	TAXA DE OCUPAÇÃO DE LEITOS DE UTI ADULTO POR SRAG / COVID 19	Número de leitos ocupados / número de leitos disponíveis*100	e-SUS Notifica (modulo de gestão de leitos) ou sistema próprio	UF / Macrorregião / Região de Saúde / Município	< 25%	25%	< 50%	50%	< 70%	70%	< 85%	85% ou mais
					0	3	6	9	12			
	TAXA DE OCUPAÇÃO DE LEITOS CLÍNICOS ADULTO POR SRAG / COVID 19	Número de leitos ocupados / número de leitos disponíveis*100	e-SUS Notifica (modulo de gestão de leitos) ou sistema próprio	UF / Macrorregião / Região de Saúde / Município	< 25%	25%	< 50%	50%	< 70%	70%	< 85%	85% ou mais
					0	2	4	6	8			
	PREVISÃO DE ESGOTAMENTO DE LEITOS DE UTI (risco) (a)	N = log (L/D;E) N = número de dias até esgotamento L = número de leitos UTI existentes D = ocupação no dia avaliado; E = média de ocupação nos últimos 7 dias	e-SUS Notifica (modulo de gestão de leitos) ou sistema próprio	UF / Macrorregião / Região de Saúde / Município	57 dias ou +	36 a 56 dias	22 a 35 dias	7 a 21 dias	até 6 dias			
					0	1	2	3	4			
EPIDEMIOLÓGICO	VARIACÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS POR SRAG NOS ÚLTIMOS 14 DIAS	Diferença entre o número de óbitos por SRAG na última SE finalizada - número de óbitos por SRAG referente à antepenúltima SE / número de óbitos por SRAG referente à antepenúltima SE (b)	SIVEP Gripe ou sistema próprio	UF / Macrorregião / Região de Saúde / Município	reduziu mais de 20%	reduziu de 5% até 20%	redução inferior a 5%	aumento inferior a 5%	aumento de 5% até 20%	aumento maior que 20%		
					0	1	2	6	8			
	VARIACÃO DO NÚMERO DE CASOS DE SRAG NOS ÚLTIMOS 14 DIAS	Diferença entre o número de casos de SRAG na última SE finalizada - número de casos de SRAG referente à antepenúltima SE / número de casos de SRAG referente à antepenúltima SE (c)	SIVEP Gripe ou sistema próprio	UF / Macrorregião / Região de Saúde / Município	reduziu mais de 20%	reduziu de 5% até 20%	redução inferior a 5%	aumento inferior a 5%	aumento de 5% até 20%	aumento maior que 20%		
					0	1	2	3	4			
	TAXA DE POSITIVIDADE PARA COVID 19 (%)	Número de amostras que resultaram positivas para SARS-CoV-2 / Número de amostras para vírus respiratórios que foram realizadas	GAL / SIVEP Gripe ou sistema próprio	UF / Macrorregião / Região de Saúde / Município	< 5%	5%	< 15%	15%	< 30%	30%	< 50%	50% ou mais
					0	1	2	3	4			

Nota: (a) Detalhamento das variáveis: A1. Número de leitos de UTI ocupados 1; A2. Número de leitos de UTI ocupados 2; A3. Número de leitos de UTI ocupados 3; A4. Número de leitos de UTI ocupados 4; A5. Número de leitos de UTI ocupados 5; A6. Número de leitos de UTI ocupados 6; A7. Número de leitos de UTI ocupados 7; A8. Número de leitos de UTI ocupados do dia; B. Número de leitos de UTI disponíveis; C1. Taxa de crescimento 1 = A2/A1; C2. Taxa de crescimento 2 = A3/A2; C3. Taxa de crescimento 3 = A4/A3; C4. Taxa de crescimento 4 = A5/A4; C5. Taxa de crescimento 5 = A6/A5; C6. Taxa de crescimento 6 = A7/A6; C7. Taxa de crescimento 7 = A8/A7; D. Taxa de ocupação dia = A8/B; E. Média de taxa de crescimento semanal = média(C1;C2;C3;C4;C5;C6;C7); F. Dias até esgotamento = log (L/D;E).

(b) Para calcular a variação do número de óbitos por SRAG, deve-se utilizar o número de óbitos por SRAG de duas semanas epidemiológicas anteriores e o número de óbitos por SRAG da SE que foi finalizada. Por exemplo: dia 30/04 é metade da SE 18, então, será calculado a variação de óbitos por SRAG da SE 17 (SE_A) em relação com o total de óbitos por SRAG das SE 15 (SE_B). Cálculo: (SE_A - SE_B)/SE_B*100.

(c) Para calcular a variação do número casos de SRAG, deve-se utilizar o número casos de SRAG de duas semanas epidemiológicas anteriores e o número de casos da SE que foi finalizada. Por exemplo: dia 30/04 é metade da SE 18, então, será calculado a variação de óbitos por SRAG da SE 17 (SE_A) em relação com o total de óbitos por SRAG das SE 15 (SE_B). Cálculo: (SE_A - SE_B)/SE_B*100.

A partir do somatório dos pontos obtidos na avaliação de risco, esses podem ser classificados em cinco níveis de risco (Quadro 2). Para as cinco classificações elencadas, foram descritas as medidas de distanciamento, que recomenda medidas de distanciamento social a serem avaliadas pelos gestores locais em resposta à COVID-19, sendo o Distanciamento Social Seletivo, a medida mínima e a Restrição Máxima, a medida máxima (Quadro 3).

Quadro 2. Classificação final da avaliação de riscos, segundo a pontuação obtida e medidas de distanciamento

Pontos	Risco	Sinalização	Medidas de distanciamento
0	Muito Baixo	Verde	Distanciamento Social Seletivo 1
1 a 9	Baixo	Amarelo	Distanciamento Social Seletivo 2
10 a 18	Moderado	Laranja	Distanciamento Social Ampliado 1
19 a 30	Alto	Vermelho	Distanciamento Social Ampliado 2
31 a 40	Muito alto	Roxo	Restrição Máxima

Quadro 3.

Orientações para medidas de distanciamento social a serem avaliadas em cada situação de risco pelos gestores.

Nível de Risco	Medidas de distanciamento	Descrição
Muito baixo	Distanciamento Seletivo 1 Social	1. Adoção das Medidas Básicas e Transversais (item 4.2)
Baixo	Distanciamento Seletivo 2 Social	1. Adoção das Medidas de Distanciamento Social Seletivo 1; 2. Evitar atividades que gerem aglomeração de pessoas.
Moderado	Distanciamento Ampliado 1 Social	1. Adoção das Medidas Básicas e Transversais (item 4.2) 2. Adoção das Medidas de Distanciamento Social Seletivo 1 e 2; 3. Suspensão de atividades escolares presenciais; 4. Proibição de qualquer evento de aglomeração, conforme avaliação local; 5. Adoção de distanciamento social no ambiente de trabalho, conforme avaliação local; 6. Avaliar a suspensão de atividades econômicas não essenciais, com limite de acesso e tempo de uso dos clientes, conforme o risco no território; 7. Avaliar a adequação de horários diferenciados nos setores econômicos para reduzir aglomeração nos sistemas de transporte público.
Alto	Distanciamento Ampliado 2 Social	1. Adoção das Medidas Básicas e Transversais (item 4.2) 2. Adoção das Medidas de Distanciamento Social Seletivo 1 e 2; 3. Adoção das Medidas de Distanciamento Social Ampliado 1; 4. Suspender as atividades econômicas não essenciais definidas pelo território, avaliando cada uma delas. 5. Definir horário diferenciados nos setores econômicos para reduzir aglomeração nos sistemas de transporte público.
Muito alto	Restrição Máxima	1. Adoção das Medidas Básicas e Transversais (item 4.2) 2. Adoção das Medidas de Distanciamento Social Seletivo 1 e 2; 3. Adoção das Medidas de Distanciamento Social Ampliado 1 e 2; 4. Adoção de quarentena, como expõe a Portaria 356/2020 (a), conforme avaliação do gestor.

Nota: (a) Portaria nº 356, de 11 de março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20356-20-MS.html
Acessado em: 28 Mai 2020.

É importante enfatizar que durante o transcurso da pandemia, a classificação do risco de uma localidade pode se alternar dependendo da efetividade das ações estabelecidas pelo gestor no enfrentamento à COVID-19. Para mensuração da efetividade, é fundamental o monitoramento permanente dos indicadores e aplicação dos instrumentos de avaliação, possibilitando assim, o direcionamento oportuno na tomada de decisão para controle da pandemia.

Orienta-se que uma reavaliação semanal seja realizada para estimar o quanto a adoção da medida foi eficaz para a redução do risco. Caso o risco tenha aumentado, deve-se adotar uma medida de distanciamento social mais rigorosa. Caso o risco tenha reduzido, deve-se adotar a medida de distanciamento social imediatamente anterior à que foi adotada previamente de forma gradual.

4 - Orientações para o uso de medidas de distanciamento social

As medidas de distanciamento social associadas as demais medidas não -farmacológicas, são, até o momento, as estratégias mais efetivas para redução da velocidade de contágio e de óbitos pela COVID-19, assim como para a prevenção do colapso do sistema de saúde.

4.1 PREMISSAS DAS MEDIDAS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL

- **PROPÓSITO:** Prevenir, proteger, controlar e evitar a propagação local e nacional da COVID-19.
- **TEMPORALIDADE:** As medidas de distanciamento social deverão ser monitoradas diariamente pelos gestores. Na reavaliação das estratégias de gestão, quando houver regressão da classificação do risco, deve-se considerar um período mínimo de 2 semanas para ajustar as medidas de distanciamento social. Quando ocorrer progressão do risco, as medidas de distanciamento social, poderão se aplicadas imediatamente.
- **DECISÃO:** A autoridade de saúde local é responsável por: realização e atualização da Avaliação de Riscos para Eventos em Saúde Pública (ARS), tomada de decisão com autonomia e ajuste das medidas de distanciamento social.

- **INTERSETORIALIDADE:** O setor saúde deverá articular-se com os representantes dos demais setores da sociedade, incluindo a representação civil, de maneira participativa e integrativa.
- **UNIDADE DE ANÁLISE:** Municípios, Estados, Distrito Federal, Macrorregião e região de saúde.

4.2 MEDIDAS BÁSICAS E TRANSVERSAIS

CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS

- **ISOLAMENTO DOMICILIAR:** Identificar e isolar no domicílio pessoas com sintomas respiratórios (Síndrome Gripal) e as que residam no mesmo endereço, ainda que estejam assintomáticas, devendo permanecer em isolamento pelo período máximo de 14 (quatorze) dias.
- **MONITORAMENTO DE CASOS SINTOMÁTICOS E CONTATOS:** Tem como objetivo identificar e acompanhar os casos sintomáticos e seus contatos por meio de uso de tecnologias e outros meios. Para casos e contatos sintomáticos, o Ministério da Saúde disponibiliza diversas estratégias como canal telefônico 136, aplicativo Coronavírus-SUS, chat online acessado pelo site coronavirus.saude.gov.br/ ou pelo número de Whatsapp (61) 9938-0031 ou pelo link [https://api.whatsapp.com/send?phone=556199380031&text=oi&source=&data=.](https://api.whatsapp.com/send?phone=556199380031&text=oi&source=&data=)

PROMOVER A PROTEÇÃO DE GRUPOS VULNERÁVEIS

- **GRUPOS VULNERÁVEIS:** Pessoas com 60 anos ou mais de idade, doentes crônicos, imunodeprimidos, gestantes e puérperas, pessoas em restrição de liberdade, pessoas de instituições de longa permanência, população em situação de rua e povos indígenas.
- **DISTANCIAMENTO SOCIAL:** Observar o distanciamento social, restringindo seus deslocamentos para realização de atividades estritamente necessárias, evitando transporte coletivo, viagens e eventos esportivos, artísticos, culturais, científicos, comerciais e religiosos e outros com concentração próxima de pessoas.
- **NECESSIDADES BÁSICAS:** Articular com setores responsáveis para que sejam estabelecidas condições mínimas de acesso e subsistência para que grupos vulneráveis possam permanecer em distanciamento social.
- **ACESSO E ACESSIBILIDADE:** Garantir o acesso e acessibilidade aos serviços de saúde.

SERVIÇOS DE SAÚDE

- **SERVIÇOS DE SAÚDE:** Adotar e/ou reforçar todas as medidas para evitar a transmissão da COVID-19 em unidades de saúde públicas ou privadas.

DISTÂNCIA FÍSICA, HIGIENE E LIMPEZA

- **REDUÇÃO DE CONTATO:** Preparar os ambientes para que a distância física entre as pessoas seja de no mínimo 1 metro em filas, salas de espera de serviços e, se possível, nos demais espaços públicos ou privados.
- **REFORÇO EM HIGIENE:** Garantir limpeza e desinfecção das superfícies e espaço para higienização das mãos .
- **ETIQUETA RESPIRATÓRIA:** Adoção de hábitos sociais como cobrir a boca com o antebraço ou lenço descartável ao tossir e espirrar e utilização de máscaras em espaços públicos ou privados .

COMUNICAÇÃO DE RISCO

- **COMUNICAÇÃO INTERNA (ENTRE OS ÓRGÃOS E PROFISSIONAIS):** Recomenda-se o conhecimento dos dados, informações, ações adotadas entre todas as instituições e profissionais envolvidos no enfrentamento da COVID-19. Divulgar os responsáveis e as responsabilidades claramente definidas para funções de comunicação.
- **COMUNICAÇÃO EXTERNA (COM O PÚBLICO):** Recomenda-se comunicação de fácil acesso, regular e contínua sobre as ações, medidas adotadas e situação dos níveis de riscos à população geral e bem como respeitando as comunidades tradicionais, povos indígenas, pessoas com deficiência e as demais que necessitem de adequação na comunicação. Os gestores devem estabelecer porta-vozes para garantir a comunicação única e focal, evitando dupla fonte ou falha de comunicação.

5 - Alteração do nível de risco e ajuste das medidas de distanciamento social

A escolha da medida de distanciamento pode ser influenciada diretamente pela sensibilidade dos dados quanto sua alimentação e atualização, bem como pelo cenário epidemiológico e capacidade de resposta dos serviços de saúde. Para avaliação as medidas de distanciamento social devem ser considerado os seguintes pontos:

- Recomenda-se o monitoramento dos dados diariamente visando mensurar os indicadores estratégicos e orientar as ações em resposta à pandemia.
- Orienta-se a atualização semanal da avaliação de risco, não devendo ultrapassar o período máximo de 14 dias, podendo ser ponderado de acordo com o cenário local.
- Considerar possíveis atrasos que podem influenciar a classificação de risco e a avaliação de possíveis ajustes de medidas.
- Qualquer mudança do nível de risco deverá ocorrer mediante comprovada capacidade do sistema de saúde para atendimento de casos, por tempo mínimo de 14 dias, e considerando os arranjos populacionais da sua região e arredores (intensidade de circulação de pessoas).
- Para ajuste de medidas deve-se considerar o período mínimo de 2 semanas para detectar os efeitos da mesma, a depender das características do cenário epidemiológico e capacidade de atendimento.
- Em um cenário onde existe a necessidade de intensificação das medidas de distanciamento social recomenda-se que essas sejam adotadas imediatamente tendo em vista a velocidade de propagação da epidemia.

Para alteração das medidas de distanciamento social, os seguintes itens devem ser considerados:

- A progressão de medidas do muito baixo para níveis superiores poderá acontecer de forma não gradual.
- A regressão de medidas do nível muito alto para os níveis inferiores deverá obrigatoriamente acontecer de forma gradual, visto que, uma mudança brusca poderá impactar no cenário epidemiológico e no esgotamento na capacidade assistencial.

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União. 04 fev 2020; Seção 1:1.
2. Brasil. Lei nº. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Diário Oficial da União. 07 fev 2020; Seção 1:1.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 356, de 11 de março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). Diário Oficial da União. 12 mar 2020; Seção 1:185.
4. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº. 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da União. 13 ago 2018; Seção 1:87.
5. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 11 – COE COVID-19 – 17 de abril de 2020. Acesso em 10 mai 2020. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/18/2020-04-17---BE11---Boletim-do-COE-21h.pdf>
6. Organização Mundial da Saúde (OMS). Pandemic Influenza Risk Management: A WHO guide to inform and harmonize national and international pandemic preparedness and response. Genebra: World Health Organization. 2017.
7. Organização Mundial da Saúde (OMS). "Immunity passports" in the context of COVID-19. Scientific brief. 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/immunity-passports-in-the-context-of-covid-19>>
8. Brasil. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (covid-19) na atenção primária à saúde Versão 8. 2020.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese rápida: estratégias para retorno gradual, estratégico e oportuno do distanciamento social. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia, 2020.
10. Ganem. The impact of early social distancing at COVID-19 Outbreak in the largest Metropolitan Area of Brazil. 2020.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Revisão rápida sobre efetividade de medidas restritivas na desaceleração de transmissões em epidemias. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia, 2020.
12. Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. Journal of travel medicine. 2020;27(2). Epub 2020/02/14. doi: 10.1093/jtm/taaa020. PubMed PMID: 32052841; PubMed Central PMCID: PMC7107565.
13. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 07 – COE COVID-19– 06 de abril de 2020

14. Rede COVIDA. Boletim COVIDA. Pandemia de COVID-19 Fortalecer o Sistema de Saúde para Proteger a População. EDIÇÃO: 04 | 26/04/2020.
15. Kraemer MUG, Yang CH, Gutierrez B, Wu CH, Klein B, Pigott DM, et al. The effect of human mobility and control measures on the COVID-19 epidemic in China. *Science (New York, NY)*. 2020. Epub 2020/03/28. doi: 10.1126/science.abb4218. PubMed PMID: 32213647.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Coordenação de Evidências e Informações Estratégicas para Gestão em Saúde. Revisão Sistemática Rápida sobre resposta imunológica e reinfeção por SARS-CoV-2 (COVID-19). Brasília, 2019.
17. Brasil. Decreto nº. 10.212, de 30 de janeiro de 2020. Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Diário Oficial da União. 30 jan 2020. Edição extra.
18. Dubai. Guidelines & Protocols for Reopening. 2020.
19. Frieden T, Shahpar C, McClelland A, Karpati A. Box It In: Rapid Public Health Action Can Box In Covid-19 and Reopen Society. *Resolve to Save Lives*; 2020.
20. Organização Mundial da Saúde (OMS). Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19. 2020. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331773>>. Accessed 29 Apr 2020>.
21. Gottlieb S, Rivers C, McClelland MB, Silvis L, Watson C. National Coronavirus Response: a road map to reopening. American Enterprise Institute; 2020. <https://www.aei.org/research-products/report/national-coronavirus-response-a-road-map-to-reopening/>. Acesso em: 23Abr 2020.
22. Plank MJ, Binny RN, Hendy SC, Lustig A, James A, Steyn N. A stochastic model for COVID-19 spread and the effects of Alert Level 4 in Aotearoa New Zealand. medRxiv. 2020;:2020.04.08.20058743. doi:10.1101/2020.04.08.20058743.28.
23. Pérez-Reche F, Strachan N. Importance of untested infectious individuals for the suppression of COVID-19 epidemics. medRxiv. 2020;:2020.04.13.20064022.
24. Ferretti L, Wymant C, Kendall M. Quantifying SARS-CoV-2 transmission suggests epidemic control with digital contact tracing. *Science*. 2020; (published online March 31.) DOI:10.1126/science.abb6936
25. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 454, de 20 de março de 2020. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). Diário Oficial da União. 20 mar 2020. Seção 1:1.
26. Comissão Europeia. Joint European Roadmap towards lifting COVID-19 containment measures. 2020.
27. Domenico L Di, Pullano G, Sabbatini CE, Boëlle P-Y, Colizza V. Expected impact of lockdown in Île-de-France and possible exit strategies. medRxiv. 2020;:2020.04.13.20063933. doi:10.1101/2020.04.13.20063933.
28. Vlas SJ de, Coffeng LE. A phased lift of control: a practical strategy to achieve herd immunity against Covid-19 at the country level. medRxiv. 2020;:2020.03.29.20046011.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da COVID-19. Versão 2. 2020.
30. Karin O, Bar-On YM, Milo T, Katzir I, Mayo A, Korem Y, et al. Adaptive cyclic exit

strategies from lockdown to suppress COVID-19 and allow economic activity. medRxiv. 2020;:2020.04.04.20053579. doi:10.1101/2020.04.04.20053579

31. Shalev-Shwartz S, Shashua A. An Exit Strategy from the Covid-19 Lockdown based on Risk-sensitive Resource Allocation. CBMM Memo. 2020;106.
32. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA 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). 2020
33. EUA. Guidelines: Opening Up America Again. 2020. <https://www.whitehouse.gov/openin-gamerica/>. Accessed 29 Apr 2020.
34. Austrália. Australian Health Sector Emergency Response Plan for Novel Coronavirus (COVID-19). Canberra: Department of Health; 2020.
35. Brasil. Lei nº. 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Diário Oficial da União. 18 nov 2011. Edição extra.
36. Brasil. Lei nº. 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Diário Oficial da União. 15 ago 2018. Seção 1:59.
37. Ryan BJ, Coppola D, Canyon D V, Brickhouse M, Swienton R. COVID-19 Community Stabilization and Sustainability Framework: An Integration of the Maslow Hierarchy of Needs and Social Determinants of Health. Disaster Med Public Health Prep. 2020;:1- 16. doi:10.1017/dmp.2020.109.
38. Rivers C, Martin E, Watson C, Schoch-Spana M, Mullen L, Sell TK, et al. Public Health Principles for a Phased Reopening During COVID-19: Guidance for Governors. Johns Hopkins University; 2020.
39. Rockefeller Foundation. National COVID-19 Testing Action Plan: Pragmatic steps to reopen our workplaces and our communities. Rockefeller Foundation; 2020. <https://www.rockefellerfoundation.org/national-covid-19-testing-action-plan/>. Accessed 23 Apr 2020.
40. Kamel-Boulos MN, Geraghty EM. Geographical tracking and mapping of coronavirus disease COVID-19/severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) epidemic and associated events around the world: how 21st century GIS technologies are supporting the global fight against outbr. Int J Health Geogr. 2020;19:8. doi:10.1186/ s12942-020-00202-8.
41. Korea Centers for Disease Control & Prevention - KCDC. Contact Transmission of COVID-19 in South Korea: Novel Investigation Techniques for Tracing Contacts. Osong public Heal Res Perspect. 2020;11:60-3.
42. Abeler J, Backer M, Buermeyer U, Zillessen H. COVID-19 Contact Tracing and Data Protection Can Go Together. JMIR mHealth and uHealth. 2020;8:e19359-e19359.





GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA - COESP
COMITÊ CIENTÍFICO
Av. 13 de Setembro, 1889 - Burtizal, Macapá - Ap, 68902-865

PARECER TÉCNICO-CIENTÍFICO Número 9/2021

Considerando o Decreto nº 1375 de 17 de Mar de 2020, que determina situação anormal, caracterizada como Situação de Emergência, em todo o território do Estado do Amapá, visando a prevenção, mitigação, preparação e resposta ao risco de Desastre Natural – Biológico – Pandemia – Epidemia – Doença infecciosa viral causada pelo novo Coronavírus - COVID-19, com Codificação COBRADE nº 1.5.1.1.0 e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 1376 de 17 de Mar de 2020, que instituiu no âmbito do Estado do Amapá o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COESP) em virtude do risco de epidemia causado pelo Coronavírus (Covid-19), para o fim que específica e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 1538 de 18 de Abr de 2020, que decreta estado de calamidade pública em todo o território do Estado do Amapá afetado pelo Desastre Natural - Biológico – Epidemia – Doença infecciosa viral, causada pelo novo Coronavírus Covid-19, e adota outras providências;

Considerando a relevância de avaliação da epidemia pelo novo coronavírus e da capacidade de resposta do sistema de saúde local, bem como, a necessidade de certificação do atual estágio de propagação do vírus ponderando a evolução da pandemia, são desta feita, expostos alguns aspectos a serem analisados no Estado do Amapá;

Considerando a evolução temporal dos casos acumulados da COVID-19 de 30 de abril de 2020 a 27 de 2 de 2021 por data de divulgação, em que, na referida última data o Estado do Amapá registou 83505 casos confirmados, conforme figura abaixo, observa-se que a curva de casos elevou em abril de 2020, com um crescimento exponencial até atingir pico em 22 de junho de 2020, com registro de 2,872 casos em um dia. A partir desta data iniciou queda, ainda que irregular, assumindo certa estabilidade nos meses de Julho a Outubro, quando voltou a ter tendência crescente, até dezembro de 2020. Em Janeiro de 2021 apresentou uma leve redução em relação ao mês anterior.

Considerando a análise da tendência de casos pela média móvel a cada 7 dias (linha pontilhada), a média móvel na antepenúltima Semana Epidemiológica (06) foi de 246 novos casos por dia e, na última Semana Epidemiológica



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA - COESP
Comitê Científico

(08) a média móvel foi de 233 casos por dia, uma variação percentual de -5.3% entre os dias das SEs referidas, indicando tendência de queda, conforme observado na Figura 1.

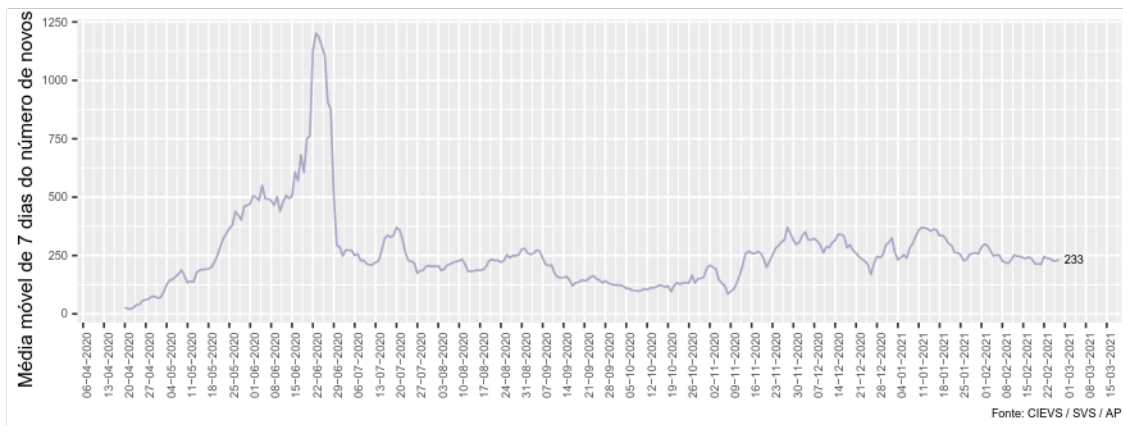


Figure 1: COVID-19: Novos casos divulgados com a média móvel a cada 7 dias no Estado do Amapá

Considerando a análise comparativa entre casos confirmados, recuperados, casos que evoluíram a óbito e casos que ainda estão em seguimento, representada na Figura 2. Observa-se que, até a data de 27 de 2 de 2021, o Estado do Amapá apresentou 83505 casos confirmados, deste total 1139 evoluíram para óbito (1.36%), 21890 casos continuam em seguimento evolutivo da doença (26.21%), entretanto, há um crescimento gradativo na curva diária de casos recuperados, do total de casos supracitado, 60476 (72.42%) já se recuperaram da doença.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA - COESP
Comitê Científico

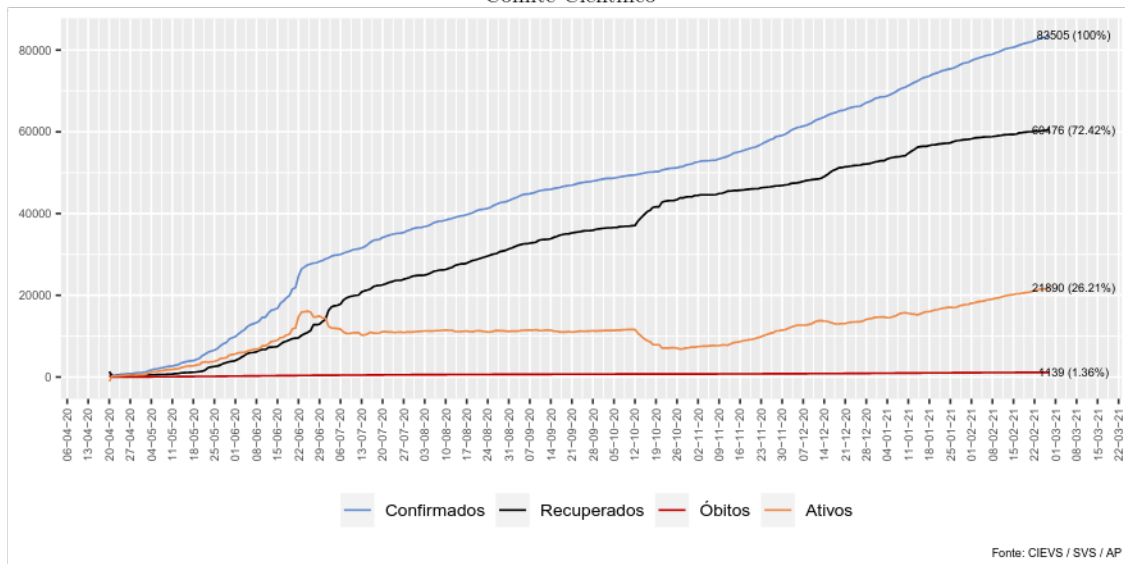


Figure 2: COVID-19: Evolução temporal dos casos acumulados (confirmados, óbitos, recuperados e ativos) por data de divulgação do Estado do Amapá

Considerando que foram registrados 1139 óbitos por COVID-19, no Estado do Amapá, confirmados após investigação pela equipe da vigilância em saúde dos municípios e, divulgados até a data de 27 de 2 de 2021, sendo todos os óbitos por data de ocorrência, considerados nas figuras abaixo.

Considerando que os primeiros óbitos registrados no Estado ocorreram exatamente no dia 03 de Abril no município de Santana e 04 de Abril em Macapá. O maior número de óbitos ocorreu no mês de 5. A partir deste ponto observa-se o declínio nos dias consecutivos e, em seguida, leve aumento e posterior diminuição nas 3 últimas semanas de Junho (figuras 3, 4 e 5). Até a divulgação do último boletim informativo, houve confirmação de 11 (onze) óbitos na Semana epidemiológica 08. Ainda existem óbitos possíveis de terem como causa a COVID-19, porém, encontram-se em investigação aguardando confirmação pela vigilância em saúde dos municípios.

Considerando a taxa de letalidade (figura 6), destaca-se que as medidas adotadas no combate à propagação do coronavírus, bem como, a ampliação da testagem, o atendimento e a assistência terapêutica precoce aos infectados vêm contribuindo efetivamente para **redução dos casos de óbito por COVID-19 no Estado do Amapá, cuja taxa de letalidade foi de 1.36 em 27 de 2 de 2021, bem abaixo da taxa nacional de 2.4 na mesma data.**

Considerando a taxa de incidência de casos em 27 de 2 de 2021 de 9873.71 casos para cada cem mil habitantes, a elevada incidência é justificada pelo alto número de testagem, busca ativa e detecção de casos positivos (figura 6). A posição relativa do Estado do Amapá, com relação às demais unidades da federação pode ser vista na figura 7.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA - COESP
Comitê Científico

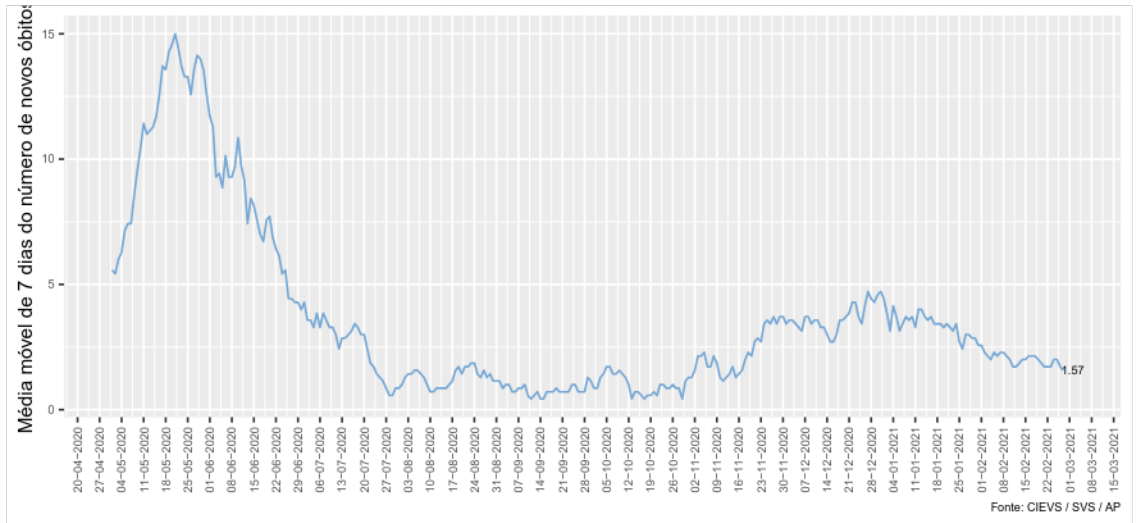


Figure 3: COVID-19: Óbitos por data de ocorrência no Estado do Amapá

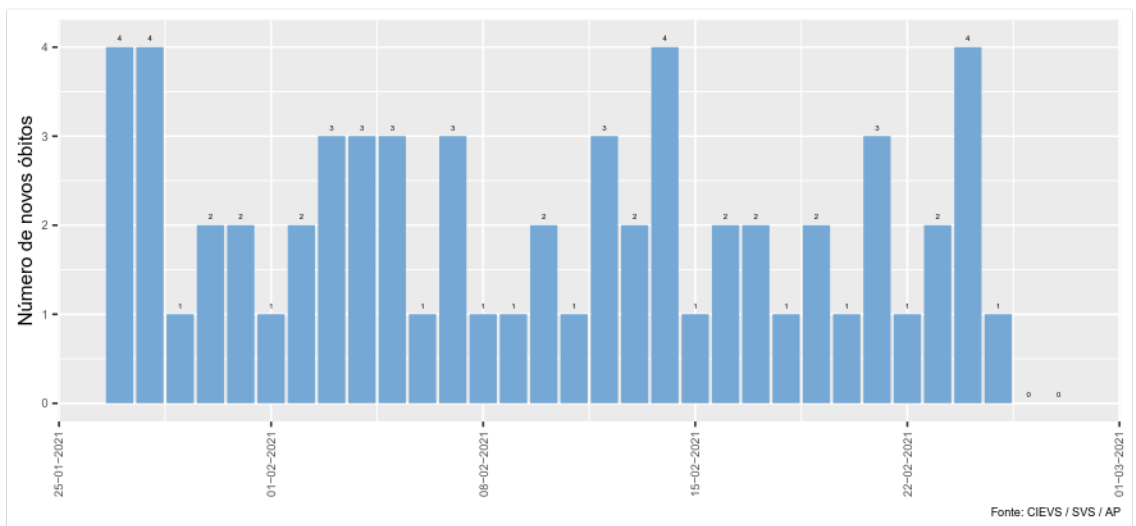


Figure 4: COVID-19: Óbitos por data de ocorrência no Estado do Amapá nas últimas 4 SE



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA - COESP
Comitê Científico

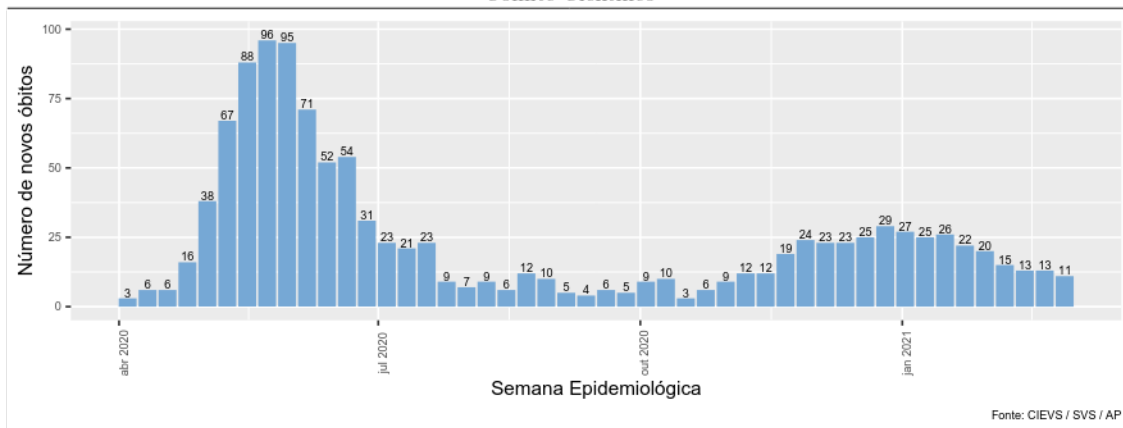


Figure 5: COVID-19: Óbitos por semana epidemiológica de ocorrência no Estado do Amapá

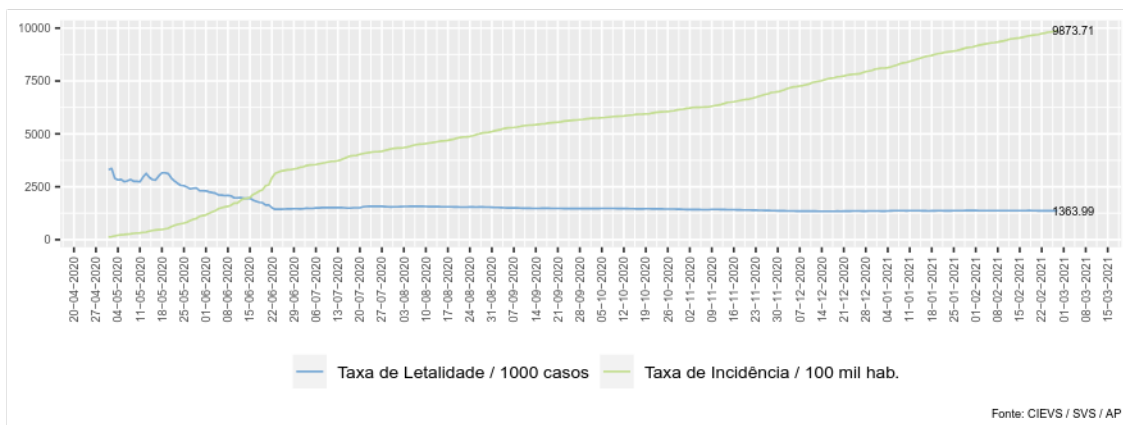


Figure 6: COVID-19: Evolução temporal da taxa de incidência versus letalidade no Estado do Amapá

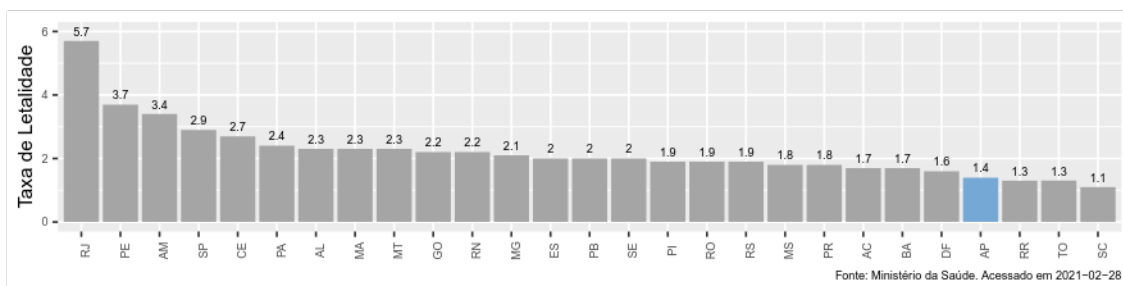


Figure 7: COVID-19: Classificação da taxa de letalidade por Estado no Brasil



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA - COESP
Comitê Científico

Considerando que o número efetivo de reprodução R_t determina o potencial de propagação de um vírus dentro de determinadas condições, se ele é superior a 1, cada pessoa transmite a doença a pelo menos mais uma pessoa, e o vírus se dissemina. Se é menor que 1, cada vez menos indivíduos se infectam e os contágios retrocedem.

Considerando o valor de R_t estimado para o Estado do Amapá no dia 17 de 2 de 2021 correspondeu a 0.99. Ressalta-se que a aceleração do Ritmo de contágio entre o final de julho e o início de agosto de 2020, reflexo da chegada de resultados massivos represados oriundos do Instituto Evandro Chagas referentes ao mês de maio, junho e à primeira quinzena de julho de 2020, o que impactou no número de casos divulgados. Na figura 9 são reportadas as estimativas para o ritmo de contágio para cada um dos municípios do Estado (com exceção de municípios para os quais não há dados suficientes para a estimação). As estimativas apresentam grande heterogeneidade tanto para a tendência quanto para o nível.

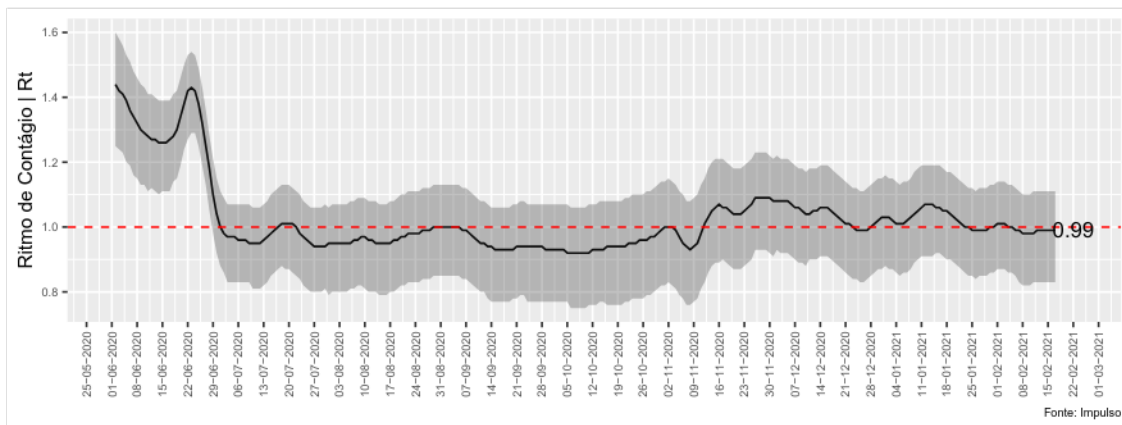


Figure 8: Ritmo de Contágio no Amapá

Considerando que a semana epidemiológica é uma variável de tempo que avalia a ocorrência de casos em determinado período. Por convenção internacional, são contadas de domingo a sábado. Para esta análise, utilizou-se a **semana epidemiológica** de início de sintomas para identificar o início, crescimento, pico/estabilização e declínio dos casos da COVID-19 notificados no Estado e a **semana epidemiológica de notificação** para identificar a procura pela assistência nas unidades básicas de saúde, assim como, a busca ativa dos casos nos comunicantes domiciliares que não buscaram atendimento em tempo oportuno.

Considerando, os casos notificados da COVID-19 segundo a **data dos primeiros sintomas da doença** por semana epidemiológica (SE), informados no sistema do e-SUS-VE conforme figura 10. O início da doença no estado do Amapá ocorreu na semana epidemiológica 10/2020 que compreende o período de 01 a 07 de Março de 2020, crescendo nas semanas seguintes e **chegando ao pico máximo na Semana epidemiológica 20**, com queda até a SE 42/2020, voltando a subir, mantendo se elevada até SE 03/2021.

Considerando a semana epidemiológica de notificação de caso o pico foi observado na SE 23, o que pode estar associado à maior busca dos usuários pelo teste rápido para identificar a infecção e também às buscas ativas domiciliares com aplicação dos testes rápidos e identificação de novos casos, que não procuraram atendimento imediatamente no período do adoecimento.

Considerando o número de casos por data de notificação e data de início de sintomas, nota-se que, em alguns municípios, há certa irregularidade na notificação, possivelmente causada por dificuldades no acesso ao diagnóstico.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA - COESP
Comitê Científico

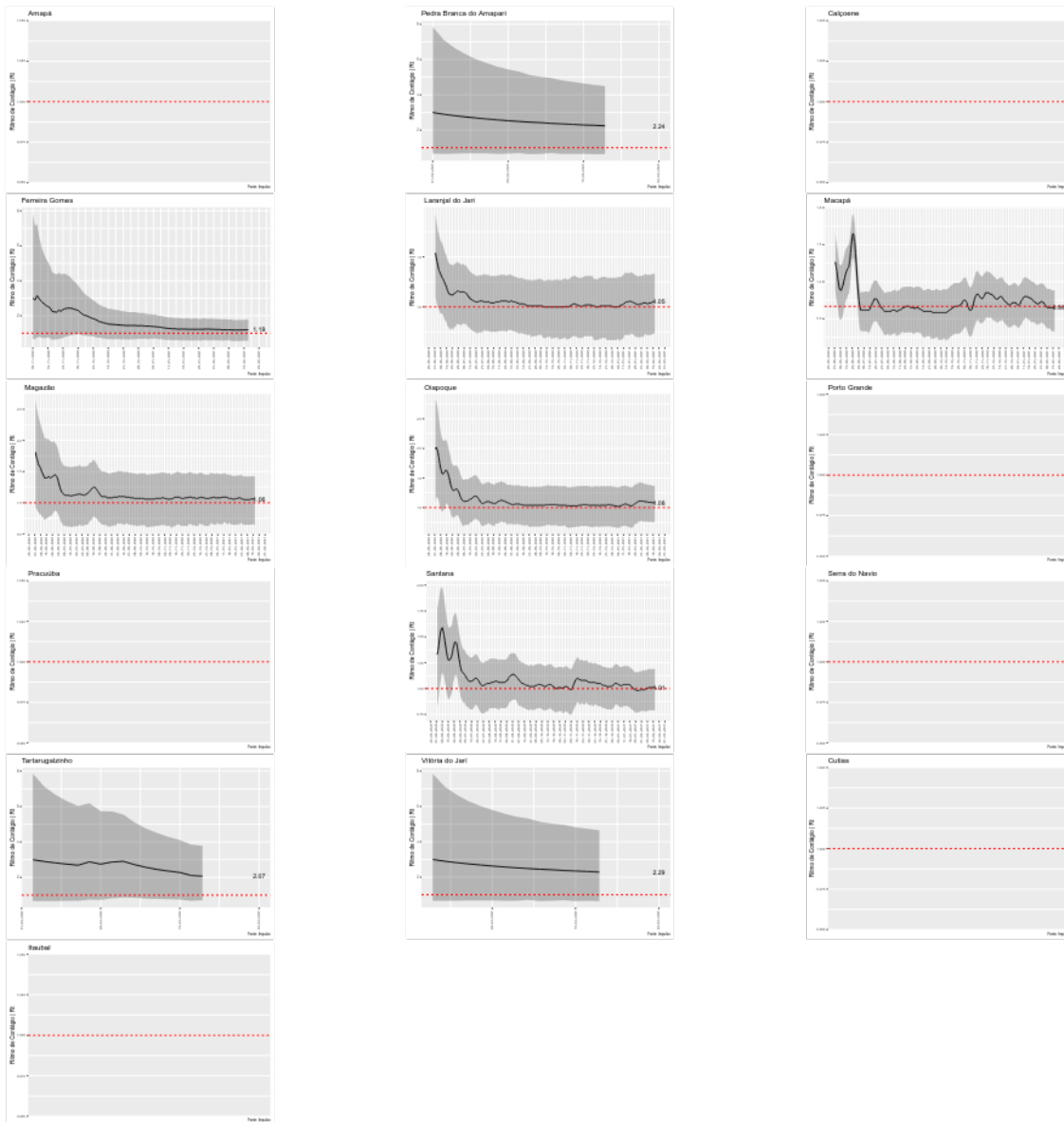


Figure 9: Ritmo de Contágio por município



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA - COESP
Comitê Científico

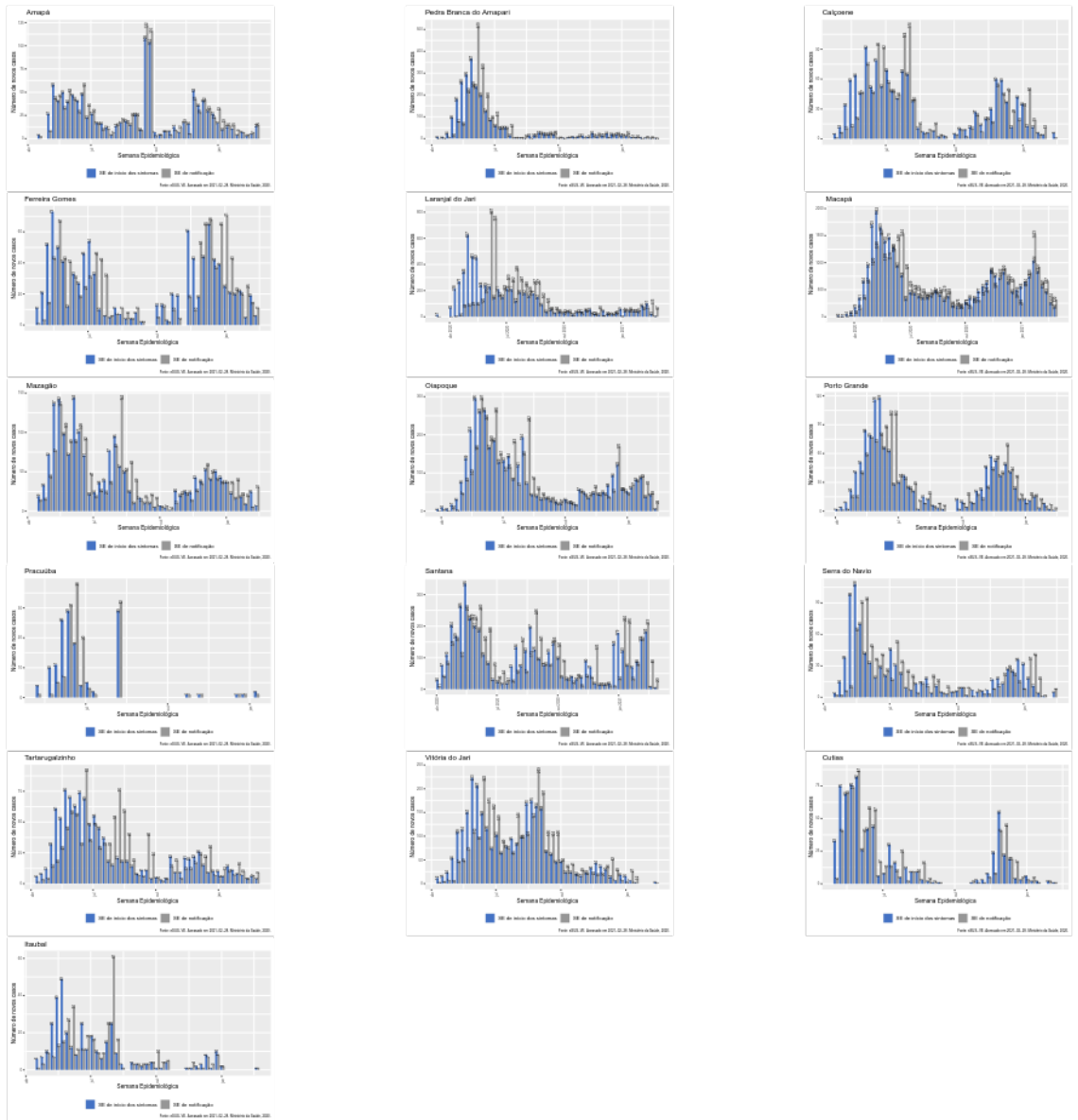
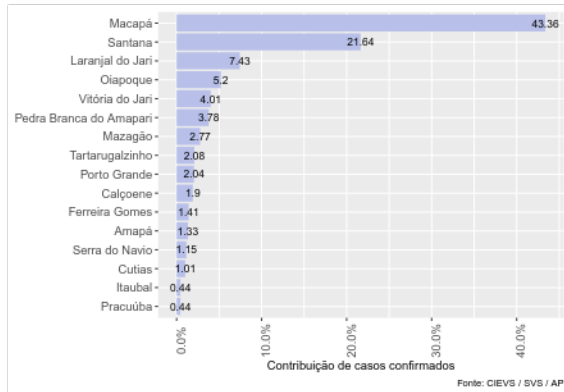


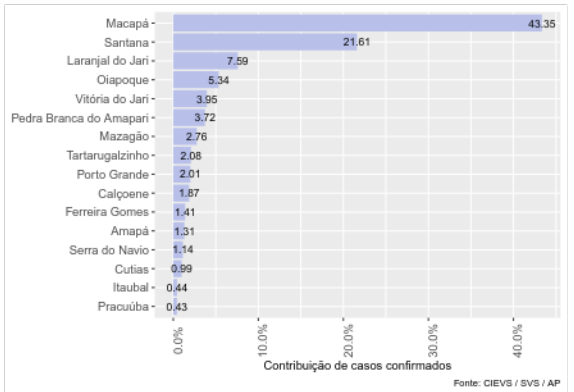
Figure 11: COVID-19: Número de casos por semana epidemiológica de início de sintomas e notificação por município



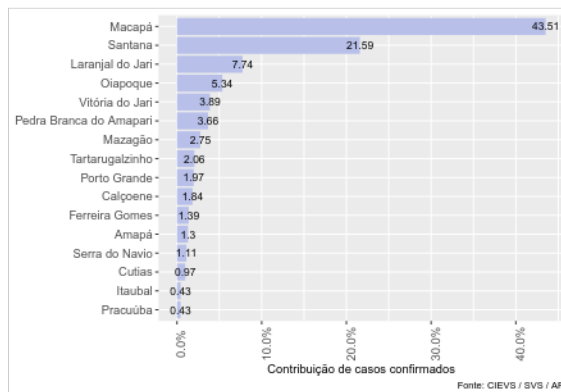
GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA - COESP
Comitê Científico



(a) Semana Epidemiológica - 06



(b) Semana Epidemiológica - 07



(c) Semana Epidemiológica - 08

Figure 12: Percentual de contribuição de casos confirmados da COVID-19 nos municípios do Estado do Amapá por semana epidemiológica



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA - COESP
Comitê Científico

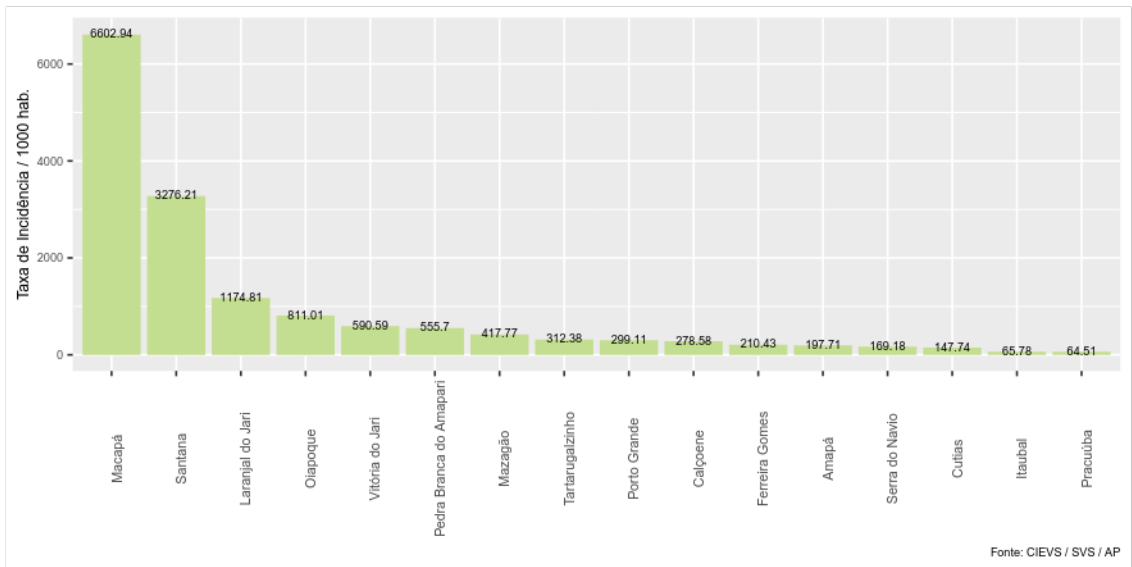


Figure 13: Taxa de incidência por 1000 habitantes por município

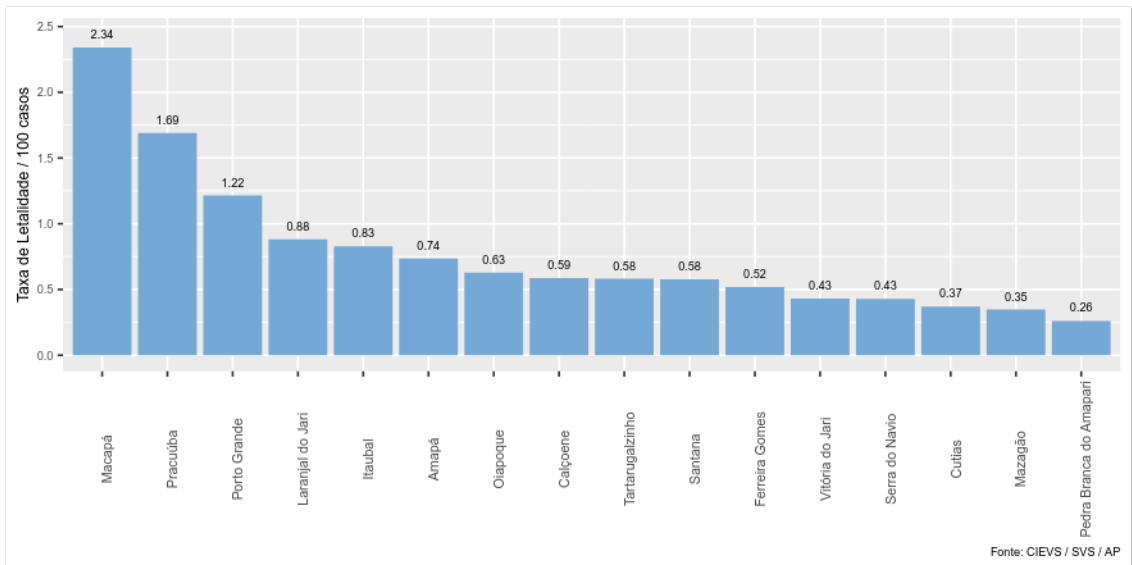


Figure 14: Taxa de letalidade por município



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA - COESP
Comitê Científico

nota-se que o município de Macapá possui a maior taxa de incidência no Estado (2342.03 por 100 casos). Por outro lado, o município de Pedra Branca do Amapari possui a menor taxa de (261.61 por 100 casos).

Considerando os casos confirmados de COVID-19 acumulados no Estado (83505), a figura 15 demonstra o percentual de casos ativos, de óbitos e de recuperados por cada município no Estado do Amapá até 27 de 2 de 2021. Os casos ativos representam os confirmados em seguimento ainda recentes da doença (com menos de 21 a 28 dias), que necessitam de atenção e assistência à saúde para evitar o agravamento e o risco de ocorrência de novos óbitos no Estado. Ressalta-se que essa análise depende da informação dos dados atualizados no sistema, estando assim sujeita a atualizações com novas representações.

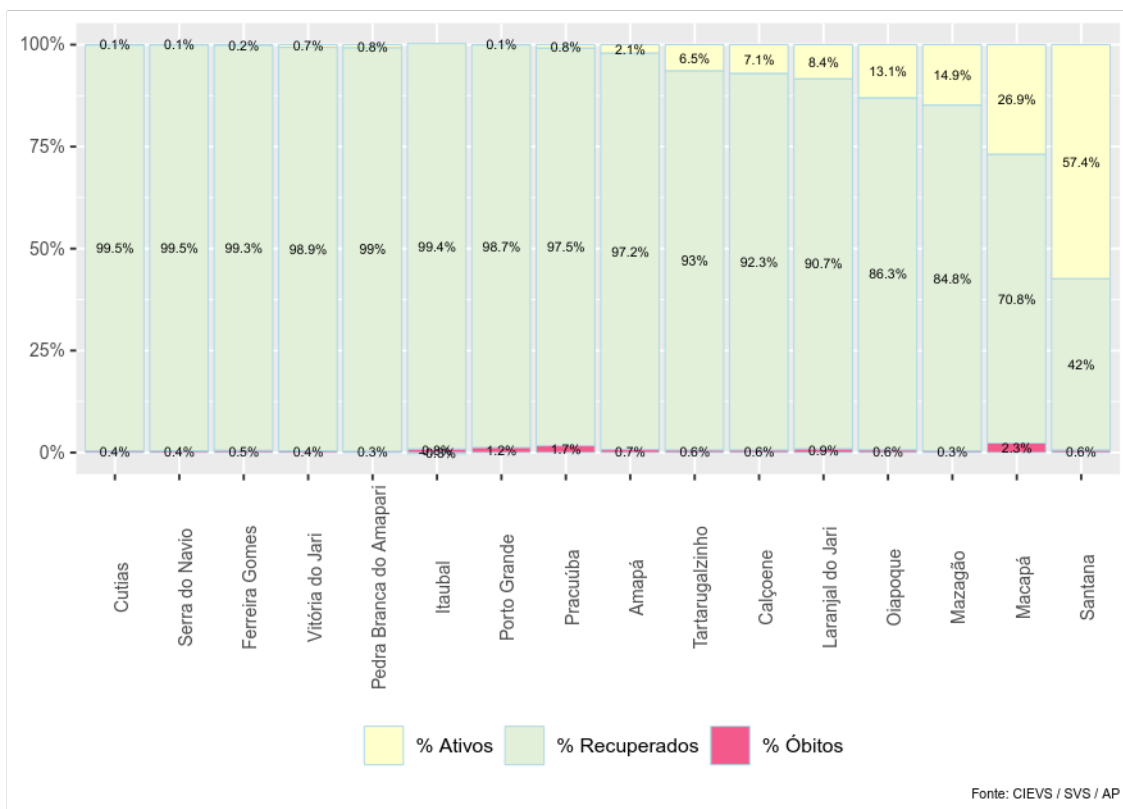


Figure 15: COVID-19: percentual de casos em acompanhamento, óbitos e recuperados por município no Estado do Amapá

Considerando o atendimento de pacientes e a dispensação de receitas nas unidades Básicas de Saúde (UBS's) de Macapá até 27 de 2 de 2021, observa-se que o número de atendimentos apresentou, na semana epidemiológica 08, variação de -8.51% com relação à semana epidemiológica 6, enquanto o número de receitas apresentou, no mesmo período variação de -7.44%, como representado na figura 16.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA - COESP
Comitê Científico

Considerando o número de pessoas em atendimento hospitalar na rede pública e privada no Amapá, de casos confirmados e suspeitos para COVID-19, em 20 de 5 houve o pico com 400 pacientes. Entre 20 de 5 e o dia 01 de Agosto houve uma variação de -74.25% no número de pacientes hospitalizados no Estado, como observado na figura 17.

Considerando o registro de 152 pessoas hospitalizadas no dia 13 de 2 fechamento da Semana Epidemiológica 06. No fechamento da SE 07 em 20 de 2 houve um registro de 162. Já no fechamento da Semana Epidemiológica 08 em 27 de 2 houve um registro de 190. Assim, houve, entre as Semanas Epidemiológicas 08 e 06 uma variação de 25% no número de pacientes hospitalizados no Estado do Amapá.

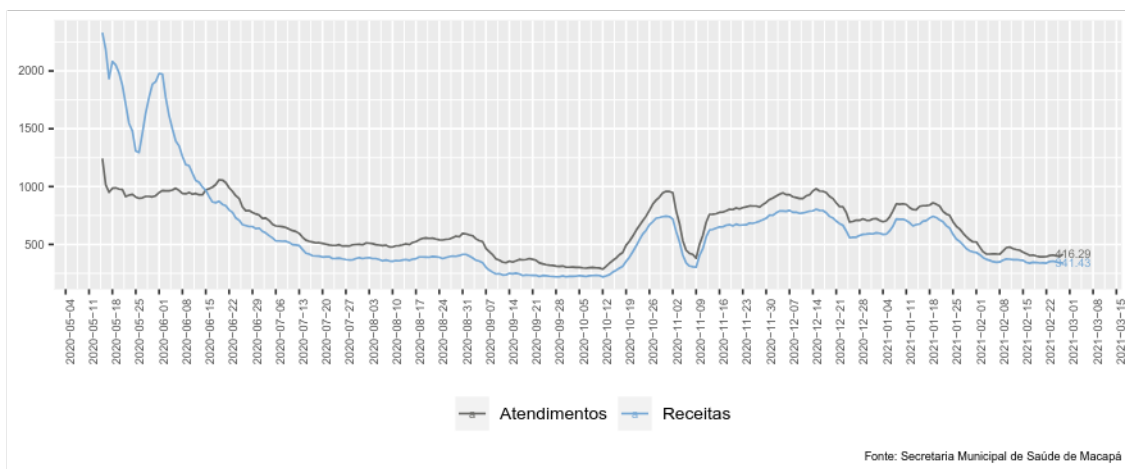


Figure 16: COVID-19: Média móvel de sete dias do número de atendimento de pacientes e dispensação de receitas nas UBS's de Macapá



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA - COESP
Comitê Científico

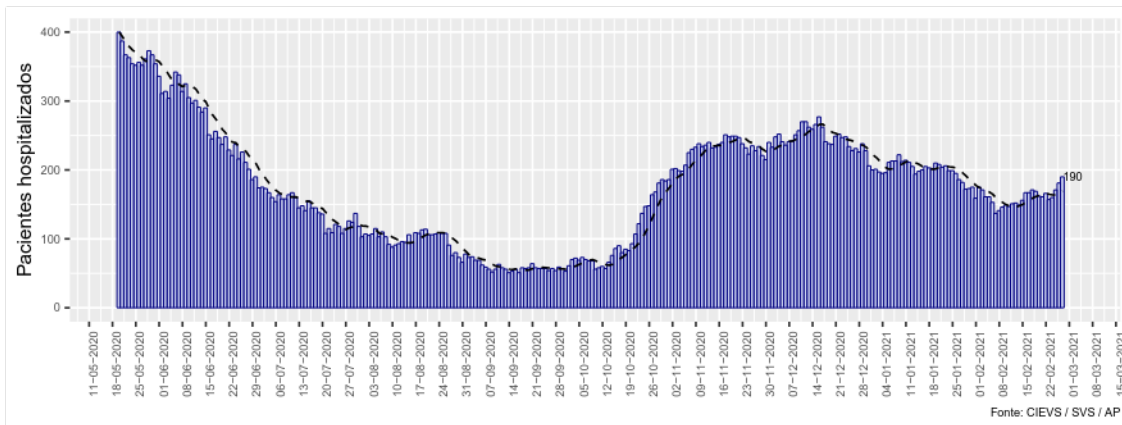


Figure 17: COVID-19: Pacientes hospitalizados no Estado do Amapá entre confirmados e suspeitos por data de divulgação

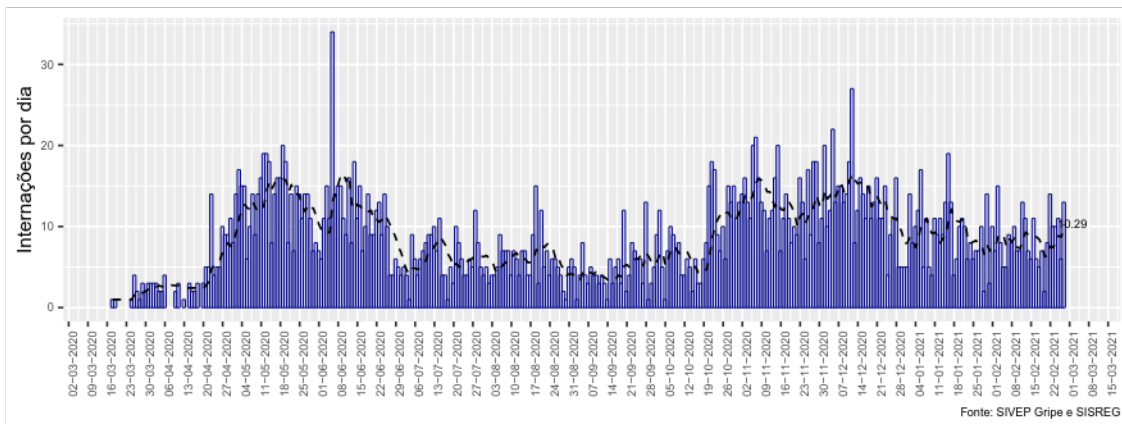


Figure 18: COVID-19: Pacientes hospitalizados por data de internação no Estado do Amapá



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA - COESP
Comitê Científico

Considerando a taxa de ocupação de leitos para a COVID-19, em 27 de 2 de 2021 no estado do Amapá, as informações disponibilizadas pelos hospitais públicos e privados demonstram uma taxa de ocupação de **75,68% para leitos de UTI adulto pública**, **50% para leitos de UTI adulto privada**, **58,21% para leitos clínicos adulto públicos** e **58,18% para leitos clínicos adulto privados**, na data de 27 de fevereiro de 2021, como representado nas figuras 19 e 20.

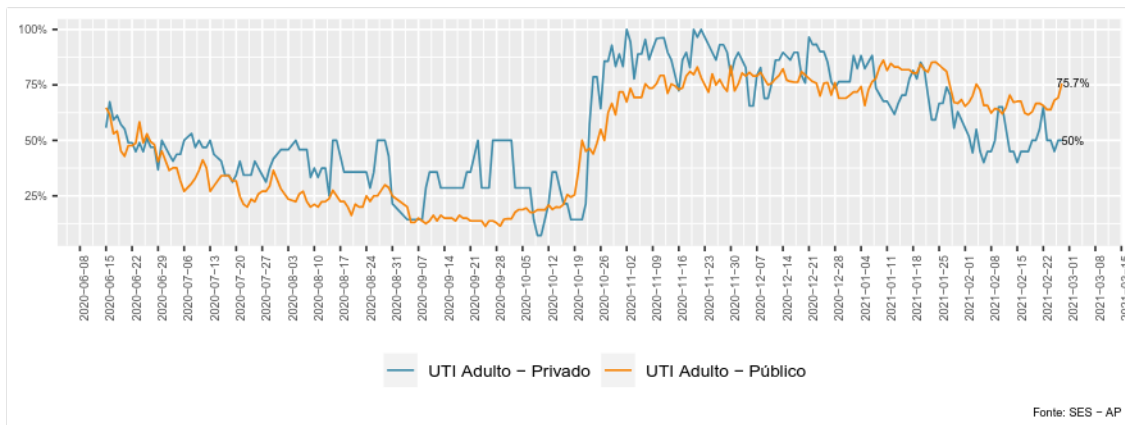


Figure 19: Série histórica da taxa de ocupação de leitos de UTI exclusivos COVID-19 por tipo de entidade

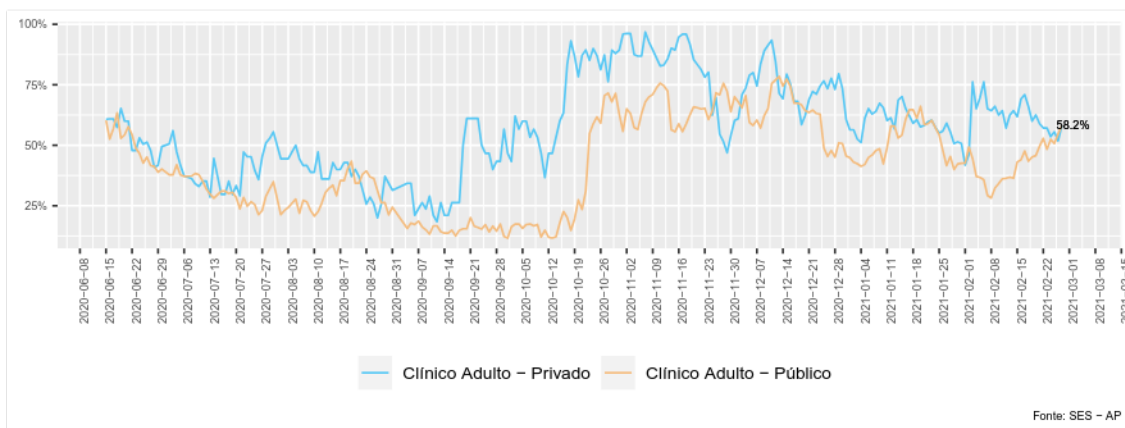


Figure 20: Série histórica da taxa de ocupação de leitos clínicos exclusivos COVID-19 por tipo de entidade

Considerando todos os leitos disponíveis no Estado exclusivos para COVID-19 em 27 de 2 de 2021 registrou-se uma taxa de ocupação de 60,44%.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA - COESP
Comitê Científico

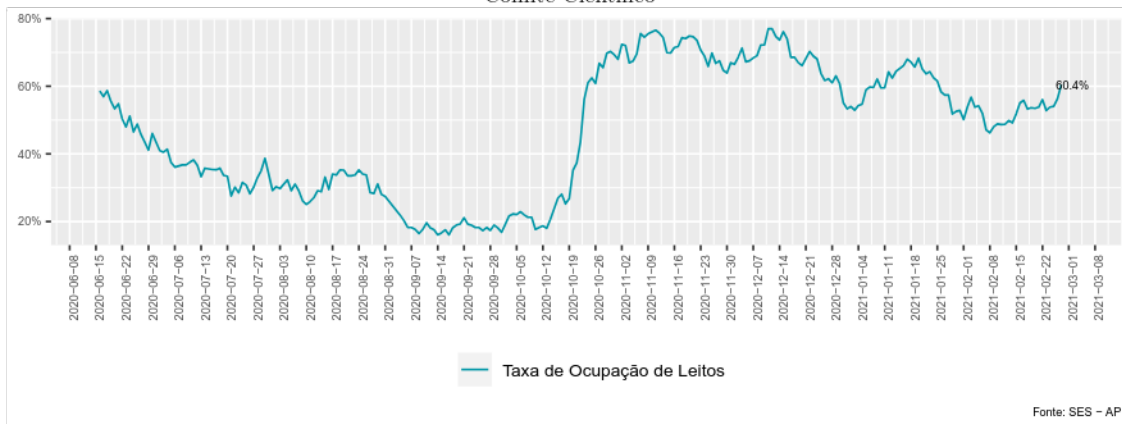


Figure 21: Série histórica da taxa de ocupação operacional de leitos exclusivos COVID-19

COVID-19: Estratégia de Gestão

Instrumento para apoio à tomada de decisão na resposta à Pandemia da COVID-19 na esfera local.

A análise situacional da COVID-19 no Estado do Amapá será aqui avaliada de acordo com os indicadores do instrumento lançado pelo CONASS/ CONASEMS em Agosto de 2020, versão.2. A proposta foi desenvolvida com a participação de representantes dos Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), visando disponibilizar um instrumento para a avaliação de riscos em resposta à COVID-19, descrever orientações sobre as medidas de distanciamento social, considerando os cenários locais, além de nortear o planejamento de ações de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

1. EIXO: CAPACIDADE DE ATENDIMENTO:

- **TAXA DE OCUPAÇÃO DE LEITOS DE UTI ADULTO POR SRAG/COVID 19:** No dia 27 de 2 de 2021 a taxa de ocupação de leitos de UTI adulto na rede pública foi de 75.68%. Portanto conclui-se neste indicador a **pontuação é 9** (conforme figura 20).
- **TAXA DE OCUPAÇÃO DE LEITOS CLÍNICOS ADULTO POR SRAG/COVID 19:** No dia 27 de 2 de 2021 a taxa de ocupação de leitos clínicos adulto na rede pública foi de 58.21%. Portanto conclui-se neste indicador a **pontuação é 4** (conforme figura 20).
- **ESGOTAMENTO DE LEITOS CLÍNICOS DE UTI POR SRAG/COVID 19:** No dia 27 de 2 de 2021 a previsão de esgotamento de leitos clínicos de UTI por SRAG / COVID-19 foi 11. Portanto conclui-se neste indicador a **pontuação é 3** na avaliação de risco (conforme figura 20).

2. EIXO: EPIDEMIOLÓGICO:

- **VARIAÇÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS POR SRAG NOS ÚLTIMOS 14 DIAS:** Neste indicador verificou-se que o Estado do Amapá, obteve variação de -15.38% no número de óbitos no período da semana 08 em relação a 06. Portanto conclui-se que para este indicador a **pontuação é 1** (conforme figura 20).



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA - COESP
Comitê Científico

- **VARIAÇÃO DO NÚMERO DE CASOS DE SRAG NOS ÚLTIMOS 14 DIAS:** Neste indicador utilizou-se o SIVEP-GRIPE e o SISREGIII (Sistema de Regulação do Estado). O Estado do Amapá apresentou variação de 10.77% e portanto a **pontuação é 3** (conforme figura 20).
- **TAXA DE POSITIVIDADE PARA COVID 19 (%):** No Estado do Amapá na semana epidemiológica 8, das 3484 amostras de exames realizados, 892 foram positivas, obtendo uma taxa de positividade de **25.6%**, portanto, a **pontuação é 2** (conforme figura 20).

Table 2: Classificação final do Estado por indicador para a SE 8

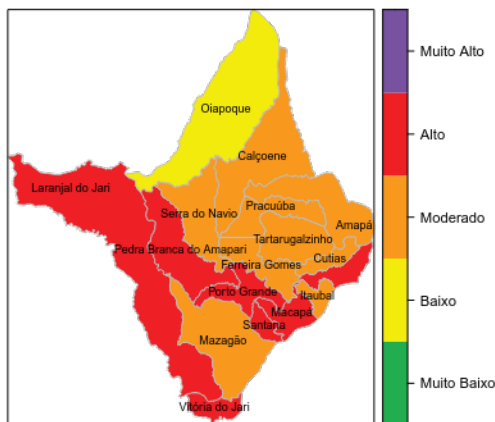
EIXO	INDICADOR	RESULTADO
Capacidade de Atendimento	Taxa de Ocupação de Leitos de UTI Adulto por SRAG / COVID-19 (Fonte: SES-AP)	9
Capacidade de Atendimento	Taxa de Ocupação de Leitos Clínico Adulto por SRAG / COVID-19 (Fonte: SES-AP)	4
Capacidade de Atendimento	Previsão de Esgotamento de Leitos de UTI (Fonte: Impulso)	3
Epidemiológico	Variação do Número de Óbitos por SRAG nos Últimos 14 dias (Fonte: Sivep-Gripe)	1
Epidemiológico	Variação do Número de Casos por SRAG nos Últimos 14 dias (Fonte: Sivep-Gripe)	3
Epidemiológico	Taxa de Positividade para COVID-19 (Fonte: GAL / LACEN)	2
PONTUAÇÃO TOTAL		22 Risco Alto (Sinalização da cor Vermelho)

Para as cinco classificações elencadas, foram descritas as medidas de distanciamento recomendadas a serem avaliadas pelos gestores locais em resposta à COVID-19, sendo o Distanciamento Social Seletivo, a medida mínima e a Restrição Máxima, a medida máxima (conforme figura 20).

O estado do Amapá em 27 de 2 de 2021, de acordo com a classificação final da avaliação de riscos, obteve **22 (vinte e dois)** pontos, apresentando risco **Alto** (sinalização da cor **Vermelho**) no que tange ao novo coronavírus.

As orientações sugeridas para enfrentamento da COVID-19 são: Distanciamento Ampliado 2, conforme orientação da figura 21.

O mapa da figura 23 projeta os municípios do Estado do Amapá, segundo a pontuação obtida pela classificação final da avaliação de riscos para resposta ao novo coronavírus na pandemia da COVID-19 em 2020.



(a) Classificação final de risco

	Município	Pontos	Classificação
1	Amapá	17	Moderado
2	Calçoene	16	Moderado
3	Cutias	16	Moderado
4	Ferreira Gomes	16	Moderado
5	Itaubal	16	Moderado
6	Laranjal do Jari	20	Alto
7	Macapá	22	Alto
8	Mazagão	15	Moderado
9	Olapoque	5	Baixo
10	Pedra Branca do Amapari	20	Alto
11	Porto Grande	19	Alto
12	Pracuúba	16	Moderado
13	Santana	20	Alto
14	Serra do Navio	16	Moderado
15	Tartarugalzinho	15	Moderado
16	Vitória do Jari	19	Alto

(b) Pontuação por município

Figure 25: Fonte: SIVEP Gripe, CIEVS/AP, GAL/LACEN/AP, SVS/AP e Impulso



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA - COESP
Comitê Científico

EIXO	INDICADOR	CÁLCULO	FONTE	REGIÃO DE AVALIAÇÃO	Pontos de corte / pontos									
					de	até	de	até	de	até	de	até	de	até
CAPACIDADE DE ATENDIMENTO	TAXA DE OCUPAÇÃO DE LEITOS DE UTI ADULTO POR SRAG / COVID 19	Número de leitos ocupados / número de leitos disponíveis * 100	e-SUS Notifica (produto de gestão de leitos) ou sistema próprio	UF / Macrorregião / Região de Saúde / Município	< 25%	25%	< 60%	60%	< 70%	70%	< 85%	85%	ou mais	
	TAXA DE OCUPAÇÃO DE LEITOS CLÍNICOS ADULTO POR SRAG / COVID 19	Número de leitos ocupados / número de leitos disponíveis * 100	e-SUS Notifica (produto de gestão de leitos) ou sistema próprio	UF / Macrorregião / Região de Saúde / Município	< 25%	25%	< 60%	60%	< 70%	70%	< 85%	85%	ou mais	
	PREVISÃO DE ESGOTAMENTO DE LEITOS DE UTI (risco) (a)	N = 100 / (D/E) N = número de dias até esgotamento L = número de leitos UTI existentes D = ocupação no dia avaliado E = médio de ocupação nos últimos 7 dias	e-SUS Notifica (produto de gestão de leitos) ou sistema próprio	UF / Macrorregião / Região de Saúde / Município	57 dias ou +	36 a 56 dias	22 a 35 dias	7 a 21 dias	até 6 dias					
EPIDEMIOLÓGICO	VARIACÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS POR SRAG NOS ÚLTIMOS 14 DIAS	Diferença entre o número de óbitos por SRAG na última SE finalizada - número de óbitos por SRAG referente à antepenúltima SE / número de óbitos por SRAG referente à antepenúltima SE (B)	SIVEP Gripe ou sistema próprio	UF / Macrorregião / Região de Saúde / Município	reduziu mais de 20%	reduziu de 5% até 20%	redução inferior a 5%	aumento inferior a 5%	aumento de 5% até 20%	de	aumento maior que 20%			
	VARIACÃO DO NÚMERO DE CASOS DE SRAG NOS ÚLTIMOS 14 DIAS	Diferença entre o número de casos de SRAG na última SE finalizada - número de casos de SRAG referente à antepenúltima SE / número de casos de SRAG referente à antepenúltima SE (C)	SIVEP Gripe ou sistema próprio	UF / Macrorregião / Região de Saúde / Município	reduziu mais de 20%	reduziu de 5% até 20%	redução inferior a 5%	aumento inferior a 5%	aumento de 5% até 20%	de	aumento maior que 20%			
	TAXA DE POSITIVIDADE PARA COVID 19 (D)	Número de amostras que resultaram positivas para SARS-CoV-2 / Número de amostras para vírus respiratórios que foram realizadas	GAL / SIVEP Gripe ou sistema próprio	UF / Macrorregião / Região de Saúde / Município	< 5%	5%	< 15%	15%	< 30%	30%	< 50%	50%	ou mais	

Figure 22: Descrição dos eixos, indicadores, cálculo, de dados, forma de agregação dos dados, pontos de cortes e pontos relacionados. | Fonte: Instrumento para apoio à tomada de decisão à Pandemia da COVID-19, 2020



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA - COESP
Comitê Científico

Nível de Risco	Medidas de distanciamento	Social	Descrição
Muito baixo	Distanciamento Seletivo 1	Social	1. Adoção das Medidas Básicas e Transversais (item 4.2)
Baixo	Distanciamento Seletivo 2	Social	1. Adoção das Medidas de Distanciamento Social Seletivo 1; 2. Evitar atividades que gerem aglomeração de pessoas.
Moderado	Distanciamento Ampliado 1	Social	1. Adoção das Medidas Básicas e Transversais (item 4.2) 2. Adoção das Medidas de Distanciamento Social Seletivo 1 e 2; 3. Suspensão de atividades escolares presenciais; 4. Proibição de qualquer evento de aglomeração, conforme avaliação local; 5. Adoção de distanciamento social no ambiente de trabalho, conforme avaliação local; 6. Avaliar a suspensão de atividades econômicas não essenciais, com limite de acesso e tempo de uso dos clientes, conforme o risco no território; 7. Avaliar a adequação de horários diferenciados nos setores econômicos para reduzir aglomeração nos sistemas de transporte público.
Alto	Distanciamento Ampliado 2	Social	1. Adoção das Medidas Básicas e Transversais (item 4.2) 2. Adoção das Medidas de Distanciamento Social Seletivo 1 e 2; 3. Adoção das Medidas de Distanciamento Social Ampliado 1; 4. Suspender as atividades econômicas não essenciais definidas pelo território, avaliando cada uma delas. 5. Definir horário diferenciados nos setores econômicos para reduzir aglomeração nos sistemas de transporte público.
Muito alto	Restrição Máxima		1. Adoção das Medidas Básicas e Transversais (item 4.2) 2. Adoção das Medidas de Distanciamento Social Seletivo 1 e 2; 3. Adoção das Medidas de Distanciamento Social Ampliado 1 e 2; 4. Adoção de quarentena, como expõe a Portaria 356/2020 (a), conforme avaliação do gestor.

Figure 23: Orientações para medidas de distanciamento social a serem avaliadas em cada situação pelos gestores por nível de risco. | Fonte: Instrumento para apoio à tomada de decisão à Pandemia da COVID-19, 2020



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA - COESP
Comitê Científico

Pontos	Risco	Sinalização	Medidas de distanciamento
0	Muito Baixo	Verde	Distanciamento Social Seletivo 1
1 a 9	Baixo	Amarelo	Distanciamento Social Seletivo 2
10 a 18	Moderado	Laranja	Distanciamento Social Ampliado 1
19 a 30	Alto	Vermelho	Distanciamento Social Ampliado 2
31 a 40	Muito alto	Roxo	Restrição Máxima

Figure 24: Classificação final da avaliação de riscos, segundo a pontuação obtida e medidas de distanciamento |
Fonte: Instrumento para apoio à tomada de decisão à Pandemia da COVID-19, 2020

Table 3: Classificação final por indicador e município

Município	Taxa de Ocup. UTI	Taxa de Ocup. Clínico	Previsão de Esgotamento	Óbitos SRAG	Casos SRAG	Taxa de Positividade PCR
Amapá	9	4	3	0	0	1
Calçoene	9	4	3	0	0	0
Cutias	9	4	3	0	0	0
Ferreira Gomes	9	4	3	0	0	0
Itaubal	9	4	3	0	0	0
Laranjal do Jari	0	4	0	8	4	4
Macapá	9	4	3	0	4	2
Mazagão	9	4	3	0	0	2
Oiapoque	0	4	0	0	0	1
Pedra Branca do Amapari	9	4	3	0	4	0
Porto Grande	9	4	3	0	0	3
Pracuúba	9	4	3	0	0	0
Santana	9	4	3	0	2	2
Serra do Navio	9	4	3	0	0	0
Tartarugalzinho	9	4	3	0	0	2
Vitória do Jari	9	4	3	0	0	3



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA - COESP
Comitê Científico

Destaca-se que, as medidas de restrições anteriormente adotadas pelos decretos governamentais e municipais no combate à propagação do Coronavírus e ampliação de assistência clínico-hospitalar, assim como a adesão da população ao isolamento social e medidas higiênico-sanitárias, contribuíram temporariamente para controlar a propagação e agravamento dos casos.

Considerando a instabilidade do momento em relação aos casos e óbitos por COVID-19 e a pontuação gerada no instrumento de gestão, recomenda-se que o Estado assim como os municípios adotem as medidas Sanitárias de acordo com a sinalização de cores definidas neste Parecer Técnico Científico. Solicitamos atentar aos itens abaixo citados (Orientações para medidas de distanciamento social a serem avaliadas em cada situação pelos gestores por nível de risco. Fonte: Instrumento para apoio à tomada de decisão à Pandemia da COVID-19, 2020):

4.2 MEDIDAS BÁSICAS E TRANSVERSAIS

Casos suspeitos ou confirmados

- **ISOLAMENTO DOMICILIAR:** Identificar e isolar no domicílio pessoas com sintomas respiratórios (Síndrome Gripal) e as que residam no mesmo endereço, ainda que estejam assintomáticas, devendo permanecer em isolamento pelo período máximo de 14 (quatorze) dias.
- **MONITORAMENTO DE CASOS SINTOMÁTICOS E CONTATOS:** Tem como objetivo identificar e acompanhar os casos sintomáticos e seus contatos por meio de uso de tecnologias e outros meios. Para casos e contatos sintomáticos, o Ministério da Saúde disponibiliza diversas estratégias como canal telefônico 136, aplicativo Coronavírus-SUS.

Promover a proteção de grupos vulneráveis

- **GRUPOS VULNERÁVEIS:**

Pessoas com 60 anos ou mais de idade, doentes crônicos, imunodeprimidos, gestantes e puérperas, pessoas em restrição de liberdade, pessoas de instituições de longa permanência, população em situação de rua e povos indígenas.

- **DISTANCIAMENTO SOCIAL:**

Observar o distanciamento social, restringindo seus deslocamentos para realização de atividades estritamente necessárias, evitando transporte coletivo, viagens e eventos esportivos, artísticos, culturais, científicos, comerciais e religiosos e outros com concentração próxima de pessoas.

- **NECESSIDADES BÁSICAS:**

Articular com setores responsáveis para que sejam estabelecidas condições mínimas de acesso e subsistência para que grupos vulneráveis possam permanecer em distanciamento social.

- **ACESSO E ACESSIBILIDADE:**

Garantir o acesso e acessibilidade aos serviços de saúde.

Serviços de Saúde

- **SERVIÇOS DE SAÚDE:**

Adotar e/ou reforçar todas as medidas para evitar a transmissão da COVID-19 em unidades de saúde públicas ou privadas. Distância física, higiene e limpeza.

- **REDUÇÃO DE CONTATO:**

Preparar os ambientes para que a distância física entre as pessoas seja de no mínimo 1 metro em filas, salas de espera de serviços e, se possível, nos demais espaços públicos ou privados.

- **REFORÇO EM HIGIENE:**



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA - COESP
Comitê Científico

Garantir limpeza e desinfecção das superfícies e espaço para higienização das mãos.

- **ETIQUETA RESPIRATÓRIA:**

Adoção de hábitos sociais como cobrir a boca com o antebraço ou lenço descartável ao tossir e espirrar e utilização de máscaras em espaços públicos ou privados.

comunicação de risco

- **COMUNICAÇÃO INTERNA** (entre os órgãos e profissionais):

Recomenda-se o conhecimento dos dados, informações, ações adotadas entre todas as instituições e profissionais envolvidos no enfrentamento da COVID-19. Divulgar os responsáveis e as responsabilidades claramente definidas para funções de comunicação.

- **COMUNICAÇÃO EXTERNA** (com o público):

Recomenda-se comunicação de fácil acesso, regular e contínua sobre as ações, medidas adotadas e situação dos níveis de riscos à população geral e bem como respeitando as comunidades tradicionais, povos indígenas, pessoas com deficiência e as demais que necessitem de adequação na comunicação. Os gestores devem estabelecer portavozes para garantir a comunicação única e focal, evitando dupla fonte ou falha de comunicação.

Além disso, recomenda-se:

- Proibição de qualquer evento de aglomeração, conforme avaliação local;
- Avaliar a adequação de horários diferenciados nos setores econômicos para reduzir aglomeração nos sistemas de transportes públicos;
- Limitar o funcionamento do comércio e bares (sugestão 08h00min às 20h00min)
- Controle do tráfego de veículos, definindo escala de acordo com as placas dos veículos;

Nova variante em circulação no Brasil

Os primeiros sinais de que uma nova variante estava em circulação no Brasil foram dados quando o Japão anunciou, no dia 10 de janeiro de 2021, que havia encontrado a linhagem em viajantes que deslocaram-se a cidade de Manaus no Brasil e retornaram ao país no início de janeiro. O estudo da Fiocruz-Amazônia sugere que essas cepas detectadas nos quatro viajantes oriundos do Brasil e que chegaram ao Japão, evoluíram de uma linhagem viral, que já circulava no Amazonas, desde abril de 2020. Designada provisoriamente de B.1.1.28 (K417N / E484K / N501Y), a nova variante da linhagem SARS-CoV-2 apresenta mutações na proteína Spike, ou espícula, que é a estrutura que o vírus utiliza para infectar a célula de um hospedeiro.

Os pesquisadores consideram a possibilidade de que as mutações podem ajudar a explicar a explosão de casos da COVID-19 no estado do Amazonas desde o fim de 2020 e início de 2021, embora não sejam a única causa para esse aumento, atribuído também à falta de medidas preventivas, como o distanciamento social e cuidados pessoais (uso de mascarás de proteção facial, álcool em gel ou lavagens das mãos).

Até a data do fechamento deste parecer não há confirmação da circulação de novas variantes no Estado do Amapá.

Ressalta-se que foram encaminhadas amostras ao Instituto Evandro Chagas, pelo Laboratório Central do Amapá (LACEN/AP), cujos resultados já se encontram no último relatório. No último dia 04 de fevereiro de 2021 foram encaminhadas 53 amostras, cujo resultado ainda é aguardado pelo LACEN/AP.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA - COESP
Comitê Científico

Assim, no atual panorama da pandemia com novas cepas do vírus SARS-CoV-2, emerge a importância de intensificar medidas mais rígidas de vigilância e restrições de portos, ancoradouros de embarcações interestaduais e aeroporto. Bem como, intensificar fiscalização e implementação de medidas de controle sanitário no desembarque de passageiros com origem interestadual, por via fluvial e aérea com destino ao Estado do Amapá.

Macapá, 28 de 2 de 2021.

Assinam esse parecer técnico-científico:

 DORINALDO BARBOSA MALAFAIA Enfermeiro - Mestre em Desenvolvimento Regional Superintendência de Vigilância Em Saúde	 Juaç Meules da Silva Secretário de Estado de Saúde SE/AM Decreto nº 1777/19-DEA JUAÇ MEULES DA SILVA Enfermeiro Secretário de Estado de Saúde do Amapá
 WAGNER COELMO PEREIRA Comandante Geral do CBMAP Coordenador Estadual de Defesa Civil	 Pedromar Valadares Neto CONDOMÉIO MÉDICO VIA AP 658 PEDROMAR VALADARES NETO Médico - Coronel COESMA Assessor Técnico do COESP/AM
 MARACY LAURINDO DANTAS DOS SANTOS ANDRADE Médica - Clínica médica e Pneumologia - CRM 854 Becetária Especial para COVID-19 Secretária de Estado de Saúde do Amapá	 IRACÊDA COSTA DA SILVA PINTO Enfermeira especialista em epidemiologia Mestre em Vigilância da Saúde na Amazônia Superintendência de Vigilância Em Saúde
 MARGARETE DO SOCORRO MENDONÇA GOMES Farmacêutica Industrial - CRF/AM 103 Doutora em Biol. de Agentes Infecciosos e Parasitários Superintendência de Vigilância Em Saúde	 LUZILENA DE SOUSA PRUDÊNCIA Enfermeira - Mestre em Saúde Pública/UFSC Doutorado em Saúde Coletiva/UFSC Superintendência de Vigilância Em Saúde
 ROBERTO CARLOS MALCHER Tecnólogo Ambiental Núcleo de Vigilância Sanitária Superintendência de Vigilância Em Saúde	



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA - COESP
Comitê Científico

REFERÊNCIAS

FONTES DE DADOS OFICIAIS NACIONAIS Pannel Coronavírus Brasil

Endereço: <https://covid.saude.gov.br>

Painel de vírus respiratórios

Endereço: <http://plataforma.saude.gov.br/laboratoriais/virus-respiratorios>

Painel Dados Abertos

Endereço: <http://plataforma.saude.gov.br/dados-abertos/>

OpenData SUS

Endereço: <https://opendata.saude.gov.br/>

MAPA BRASILEIRO DA COVID-19.

Endereço: <https://mapabrasileirodacovid.inloco.com.br/pt/>

Estratégia de Gestão

Instrumento para apoio à tomada de decisão na resposta à Pandemia da COVID-19 na esfera local

FONTES DE DADOS OFICIAIS AMAPÁ Boletins e informes epidemiológicos da SVS

Endereço: <https://svs.portal.ap.gov.br/publicaç~oes>

Portal Coronavírus Amapá

Endereço: <http://corona.portal.ap.gov.br/>

Portal da Transparência do Amapá

Endereço: <https://www.portal.ap.gov.br/noticia/1504/portal-da-transparencia-do-coronavirus-e-ativado-pelo-governo-do-amapa>

FONTES ADICIONAIS Impulso | Coronacidades

Endereço: <https://farolcovid.coronacidades.org>