

Considerando a instituição e execução dos benefícios de pagamento de tarifa social de água, esgotamento sanitário e energia elétrica para famílias em vulnerabilidade com fundamento no art. 9º da Lei nº 2.540, de 03 de abril de 2021;

Considerando a autorização de destinação de recursos do Tesouro Estadual para custeio de tais benefícios, conforme art. 13, da Lei nº 2.540, de 03 de abril de 2021, e art. 11-B, da Lei nº 2.628, de 14 de janeiro de 2022, e respectiva dotação orçamentária;

Considerando a essencialidade de água, esgotamento sanitário e energia elétrica e dos desafios impostos pelo atual contexto adverso relacionado à pandemia, reforçando a relevância dos subsídios tarifários para o adequado e sustentável atendimento das populações de baixa renda;

Considerando as recentes concessões realizadas, com desdobramentos tarifários de curto prazo e investimentos e geração de renda com maior envergadura a partir dos médio e longo prazos, bem como da disponibilidade dos recursos destinados aos investimentos adicionais;

Considerando a instrução do Processo nº 163.548.964/2019 e manifestação favorável contida no Parecer Jurídico nº 188/2020 – PLCC/PGE,

DECRETA:

Art. 1º As tarifas sociais de água, esgotamento sanitário e energia elétrica poderão ser pagas em favor das famílias em vulnerabilidade social devidamente cadastradas no Cadastro Único – CadÚnico, na forma do presente Decreto.

Art. 2º As tarifas sociais elegíveis na forma do art. 1º deste Decreto observarão os seguintes limites:

- I – energia elétrica: consumo residencial de até 150 Kwh/mês;
- II – água e esgotamento sanitário: 20 m3/mês para cada serviço.

Art. 3º As despesas decorrentes correrão à conta das seguintes dotações orçamentárias:

TARIFA	UO	PROGRAMA DE TRABALHO	FONTE(S)
energia elétrica	20101 (SEINF)	17.512.0030.0002	101 E 107
água/esgotamento sanitário	31301 (FAS)	08.244.0024.2640	107

§ 1º Na hipótese do inciso II, poderá ser utilizado de forma complementar os recursos referentes aos investimentos adicionais, definidos na cláusula 50 do Contrato de Concessão da prestação regionalizada dos serviços públicos de abastecimento de água e esgotamento sanitário e dos serviços complementares dos municípios do Estado do Amapá, decorrentes do Leilão Internacional nº 001/2021-GEA, mediante demonstração de que a utilização não comprometerá as metas de universalização de água e esgotamento sanitário nas comunidades não abrangidas pela concessão.

§ 2º A operacionalização do disposto no parágrafo anterior será realizada mediante estudo técnico com a participação da concessionária dos serviços de água e esgotamento sanitário, órgãos de controle e Agência Reguladora dos Serviços Públicos Delegados do Estado do Amapá – ARSAP.

Art. 4º Sem prejuízo da celebração de termo com as concessionárias, a execução orçamentária será realizada por meio da apresentação às respectivas unidades orçamentárias de demonstrativo das faturas e lista de beneficiários para os devidos fins.

Art. 5º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

ANTÔNIO WALDEZ GÓES DA SILVA
Governador

HASH: 2022-0404-0008-5589

DECRETO Nº 1645 DE 04 DE ABRIL DE 2022

Estabelece critérios para retomada responsável e gradual das atividades econômicas e sociais, considerando a realidade

epidemiológica e a rede assistencial dos Municípios e do Estado do Amapá, reforçando a continuidade ao enfrentamento da pandemia, tendo como foco a redução dos riscos de transmissão do novo Coronavírus (COVID-19), e adota outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DO AMAPÁ, usando das atribuições que lhe são previstas no inciso II, do art. 11 e inciso VIII, do art. 119, da Constituição do Estado do Amapá; inciso II, do art. 23 e inciso VII, do art. 24, da Constituição Federal de 1988,

D E C R E T A:

DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS E SOCIAIS

Art. 1º Fica autorizado o funcionamento das atividades nos estabelecimentos industriais, comerciais e de serviços, igrejas e templos religiosos, nos dias horários e modalidades de atendimento regulamentadas pelo município.

Art. 2º Fica autorizado o funcionamento dos cartórios extrajudiciais nos dias, horários e modalidade de atendimento, definidos pela Corregedoria do Tribunal de Justiça do Estado do Amapá.

Art. 3º Fica também autorizado a realização de:

I - competições de esportes coletivos, realizadas em estádios, ginásio e quadras poliesportivas, com a presença de torcida;

II - shows artísticos realizado em ambiente aberto ou fechado ou misto.

§ 1º A presença de público fica limitada a taxa de ocupação do espaço, com rigoroso cumprimento dos protocolos sanitários e de distanciamento social.

§ 2º Por ocasião da entrada, os participantes deverão apresentar o comprovante completo de vacinação da Covid-19 e, durante o evento todos deverão permanecer com máscara cobrindo boca e nariz.

Art. 4º Continua autorizado o funcionamento dos bares, boates e casas de espetáculos e a realização de eventos sociais, corporativos, técnicos e científicos, realizados em ambiente aberto, fechado ou misto, nas seguintes condições:

I - presença de público limitada a taxa de ocupação do espaço de realização do evento, com rigoroso cumprimento dos protocolos sanitários e de distanciamento social;

II - a disposição das mesas no salão/espaço do evento deverá respeitar a distância de 1,0m (um metro) entre mesas, que serão equipadas com no máximo 6 (seis) cadeiras;

III - no caso dos eventos realizados em auditórios e outros espaços com assento fixo, a ocupação dos assentos deverá ocorrer de forma alternada, respeitando a marcação dos assentos que não deverão ser ocupados;

IV - por ocasião da entrada, os participantes deverão apresentar o comprovante completo de vacinação da Covid-19;

Art. 5º Fica autorizada a realização de atividades de ecoturismo e de visitas monitoradas em equipamentos turísticos, patrimônio histórico e áreas naturais, conduzidos por guias de turismo registrados no Cadastur, mediante fiel cumprimento dos regramentos dispostos neste Decreto.

DOS SERVIÇOS PÚBLICOS

Art. 6º Todos os agentes públicos da Administração Pública Direta, Indireta e Fundacional do Poder Executivo do Estado do Amapá, deverão retornar aos seus postos de trabalho para cumprimento da jornada normal do Órgão.

§ 1º É de competência do Gestor titular, adotar as providências necessárias para o funcionamento seguro do Órgão, tendo como base os protocolos sanitários, regramentos de distanciamento social e de não aglomeração nos ambientes laborais estabelecidos por este Decreto.

§ 2º A não observância dos protocolos sanitários é caracterizado como ato de desobediência de norma superior, passível de punição, cabendo ao gestor do órgão a abertura de Processo Administrativo – PAD, para a devida responsabilização do infrator.

§ 3º Fica permitido aos órgãos da administração pública a realização, em ambientes abertos ou fechados, de eventos corporativos respeitando os limites da taxa de ocupação do espaço do evento.

Art. 7º A retomada responsável, gradual e escalonado das aulas presenciais e demais atividades educacionais na rede pública e privada de ensino, continua autorizada, nas seguintes condições:

I - atividades educacionais na modalidade híbrida, combinando aulas e atividades presenciais com outras realizadas na modalidade remota;

II - fiel cumprimento do Protocolo Padrão de Segurança Sanitária para os Estabelecimentos de Ensino, Anexo II deste Decreto, bem como dos seus protocolos específicos, aprovados pelos Órgãos da Vigilância Sanitária e de Saúde.

§ 1º Cabe à Secretaria de Estado da Educação, aos Gestores titulares dos Órgãos municipais da educação e aos Gestores titulares das instituições particulares de

ensino, definir a metodologia e a forma da retomada das aulas presenciais nas suas unidades de ensino, em consonância com o disposto neste Decreto.

§ 2º cabe ao Comitê Estratégico Intersetorial para Retomada Responsável e Gradual das Atividades Presenciais na Rede Pública e Particular de Ensino, instituído pelo Decreto nº 3504/2020, apoiar e acompanhar os gestores das unidades educacionais na elaboração dos seus protocolos específicos, tendo como base o disposto neste Decreto e as diretrizes das autoridades sanitárias e educacionais do Estado e da União.

§ 3º Cabe ao Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública – COESP, através da Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS), a fiscalização das unidades educacionais quanto ao cumprimento do disposto neste Decreto.

Art. 8º Permanece autorizada a retomada das atividades presenciais nos polos do Programa Amapá Jovem, para acolhimento e realização das ações com beneficiários do Programa, condicionadas ao cumprimento do disposto neste Decreto e nos demais regramentos emanados da Secretaria de Estado da Educação.

Art. 9º Fica autorizado o retorno das atividades do Estágio Curricular Obrigatório, nos órgãos da administração direta e indireta do Governo do Estado do Amapá.

§ 1º Fica a cargo de cada Instituição conveniada, o fornecimento dos equipamentos de proteção individual - EPI's em tipo e quantidade para atender as necessidades dos alunos, bem como a orientação adequada de uso dos mesmos.

§ 2º Fica a cargo da instituição conveniada a manutenção de apólice de seguro em favor de seus acadêmicos, incluído cobertura para infecções respiratórias decorrentes do Covid-19.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 10. Fica facultado o uso de máscara cobrindo boca e nariz no interior dos ambientes e estabelecimentos abertos, em via pública e no interior de estabelecimentos e ambientes fechados, exceto:

I - no interior do transporte coletivo, das Unidades de Saúde e no interior das Escolas públicas e privadas, onde o uso de máscara cobrindo boca e nariz é obrigatório.

Art. 11. Dentro dos limites e demais regramentos estabelecidos neste Decreto, fica facultado aos Prefeitos a regulamentação dos dias e horários para funcionamento dos estabelecimentos comerciais, industriais e de serviços localizados no Município, bem como, para a realização de shows artísticos e outras atividades afins, levando em consideração as informações e análises

contidas no Parecer Técnico-Científico nº 13/2022, do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública - COESP e no resultado apurado na avaliação do conjunto de indicadores constante no Instrumento para Apoio à Tomada de Decisão na Resposta à Pandemia da Covid-19, na Esfera Local, editado pelo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS.

Art. 12. Fica recomendado aos Municípios a adoção das seguintes providências:

I - fortalecer a busca ativa de pessoas dos grupos prioritários e das crianças em idade vacinável, com destaque para o grupo de crianças na faixa etária de 5 a 11 anos, para cumprimento das metas de vacinação estabelecida pelo Estado;

II - manter a testagem para pacientes sintomáticos com suspeita de COVID-19, e testagem recorrente em locais de maior exposição do vírus SARS-CoV-2, bem como, continuar ofertando Testagem Rápida para população do município por demanda espontânea;

III - manter o rastreamento de contato e testagem dos contactantes e familiares dos casos positivos, buscando a identificação de possíveis novos casos e quebra da cadeia de propagação, bem como, para isolar, tratar e monitorar estes casos;

IV - fortalecer as ações educativas por meio de mídias sociais, rádio, televisão e jornais no sentido de dar visibilidade às medidas preventivas, com destaque ao chamamento para vacinação, visando, estimular a adesão da população para o controle da COVID-19;

V - editar protocolos específicos para cada atividade, levando em consideração o disposto neste Decreto e nas legislações em vigor.

Art. 13. A Secretaria Estadual de Segurança Pública, as Polícias Civil e Militar, o Corpo de Bombeiros Militar, a Defesa Civil, o Procon e a Superintendência de Vigilância em Saúde, bem como outras autoridades administrativas do Estado e dos Municípios, ficam incumbidas de fiscalizar o cumprimento do presente Decreto, podendo aplicar as sanções previstas nas legislações específicas, bem como suspender o Alvará de Funcionamento que tenha sido expedido por autoridade administrativa estadual e municipal, sem afastar a aplicação da legislação penal cabível, em especial os artigos 131 e 132 do Código Penal em vigor.

Art. 14. São partes integrantes deste Decreto os seguintes documentos:

Anexo I - Protocolo Sanitário Padrão;

Anexo II - Protocolo Sanitário Padrão - aulas presenciais e outras atividades educacionais;

Anexo III - Portaria Ministerial nº 1565, de 18 de junho de

2020 - Ministério da Saúde;

Anexo IV - Instrumento para Apoio à Tomada de Decisão na Resposta à Pandemia da Covid-19 na Esfera Local;

Anexo V - Parecer Técnico-Científico nº 13/2022, do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública – COESP.

Art. 15. Ficam revogados os Decretos Estaduais nºs 1.377, de 17 de março de 2020 e 1.497, de 03 de abril de 2020, e suas posteriores alterações, devendo o serviço público no âmbito do Poder Executivo retomar suas atividades presenciais, conforme disciplinado neste Decreto.

Art. 16. Este Decreto entra em vigor na data da publicação, com efeitos a contar de 5 de abril de 2022 e vigência até 2 de maio de 2022.

ANTÔNIO WALDEZ GÓES DA SILVA
Governador

ANEXO I

PROTOCOLO SANITÁRIO PADRÃO

I - Garantir que os ambientes estejam ventilados, mantendo as janelas abertas para facilitar a circulação do ar;

II - Disponibilizar locais com sabão e toalhas de papel descartáveis para lavagem das mãos;

III - Prover dispensadores com álcool em gel ou álcool líquido a 70% nas entradas dos estabelecimentos para uso dos clientes na higienização e de forma intercalada em diferentes áreas do estabelecimento, sempre recomendando a necessidade de utilização;

IV - Ampliar a frequência da limpeza de piso, corrimão, balcão, maçanetas, superfícies e banheiros com álcool a 70% ou solução de água sanitária, bem como, disponibilizar lixeiras com tampa acionada por pedal ou outro meio que evite contato manual com sua abertura;

V - Higienizar com álcool a 70% ou hipoclorito de sódio a 2% todos os equipamentos utilizados na prestação de serviços antes e depois de cada utilização;

VI - Realizar higienização de superfícies de equipamentos de uso compartilhado (carrinhos de compras, cestas e similares) por cada cliente, sendo que, na impossibilidade da higienização com álcool a 70%, utilizar hipoclorito a 2% de concentração;

VII - As máquinas de cartão de crédito e telefones de uso comum devem estar envoltas em papel filme e deverão ser higienizados após a utilização de cada usuário;

VIII - Dispensar o comparecimento ao seu local de trabalho os funcionários que apresentarem sintomas da doença

infecciosa viral respiratória causada pelo COVID-19, tais como tosse seca, febre (acima de 37,8°), insuficiência renal, dificuldade respiratória aguda, dores no corpo, perda de olfato e paladar, congestionamento nasal e/ou inflamação na garganta.

ANEXO II

PROTOCOLO SANITÁRIO PADRÃO - AULAS E OUTRAS ATIVIDADES EDUCACIONAIS

I - Permanece obrigatório o uso de máscaras no interior do transporte escolar e no interior das Escolas

II - Manter a higiene pessoal e dos EPIs em uso no ambiente escolar por estudantes e profissionais da educação.

III - Reforçar os cuidados com a higienizando as mãos com água e sabão ou álcool a 70%.

IV – No interior dos estabelecimentos escolares, é obrigatório o uso de máscaras protegendo a boca e o nariz.

V - Manter os ambientes estejam ventilados, mantendo as janelas abertas - mesmo com as centrais de ar ligadas -, para facilitar a circulação do ar.

VI - Ampliar e manter a limpeza e higienização do ambiente escolar, com cuidados especiais as carteiras, mesas de refeitórios, bancadas, computadores, grades, corrimões, superfícies e utensílios que são tocados por muitas pessoas.

VII - Sensibilizar a comunidade escolar sobre a necessidade de flexibilizar o uso de máscaras para os alunos com deficiência ou transtorno do espectro do autismo, dando ênfase às medidas de higiene e distanciamento social.

VIII - Isolar os bebedouros de uso coletivo, disponibilizar apenas para reabastecimento dos recipientes de uso individual;

IX - Definir o limite máximo de utilização simultânea dos sanitários, considerando o espaço físico e o distanciamento necessário para segurança dos usuários, disponibilizando também água, sabão e toalha descartável para enxugamento das mãos;

X - Disponibilizar quantidade de lavatórios de acordo com o número de salas de aula:

a) até 2 salas de aula, 1 lavatório;

b) 4 salas de aula, 3 lavatórios;

c) até 6 salas de aula, 4 lavatórios;

d) até 9 salas de aula, 5 lavatórios;

e) a partir de 10 salas de aula, 6 lavatórios.

XI - Reforçar a higienização de ambientes e utensílios utilizados nos refeitórios;

XII - Para evitar aglomeração, deverá ser adotado horários diferenciados para lanche e, quando possível, servir o lanche na própria sala de aula;

XIII - Servir lanche e/ou refeições preferencialmente em porções individuais;

XIV - Fica vedada a circulação de estudantes sem o uso de máscaras durante o horário do lanche, exceto na hora do consumo;

XV - Durante o trajeto do veículo de transporte escolar, manter janelas do veículo abertas para circulação de ar, sendo também, obrigatório ao condutor e aos estudantes e passageiros o uso da máscara protegendo a boca e o nariz;

XVI - Deverá ser disponibilizado na entrada dos veículos de transporte escolar álcool a 70% para higienização das mãos;

XVII - É de competência de cada Unidade de ensino a prerrogativa de elaborar estratégias pedagógicas para garantia do direito de aprendizagem, conforme diretrizes emanadas do Ministério da Educação, Secretaria de Estado da Educação e Conselho de Educação;

XVIII - Cabe a cada Unidade de ensino a obrigatoriedade de comunicar, com antecedência, as famílias e os estudantes sobre o calendário de retorno e os protocolos a serem cumpridos;

XIX - Cabe a cada Unidade de ensino a tarefa de produzir materiais de orientação prévia aos estudantes, profissionais da educação e pais quanto aos cuidados de segurança sanitária;

XX - As Unidades de ensino deverão priorizar o atendimento ao público por canais digitais (telefone, e-mail, outros);

XXI - Definir, dentre os espaços da escola, uma sala de contingência, que deverá ser específica para acolhimento em casos de suspeitas identificadas na escola. A sala de acolhimento/contingência será dedicada para a permanência do estudante ou profissional, até a chegada de pais e/ou responsáveis, devendo a Direção da Escola adotar os seguintes procedimentos:

a) Caso o sintoma se manifeste durante o período em que o aluno esteja na escola, o mesmo será direcionado para a sala de contingência/sala de acolhimento, até a chegada dos pais ou responsáveis;

b) Orientar o profissional ou responsável de estudante com quadro suspeito a procurar serviço médico (unidade básica de saúde de enfrentamento a COVID-19), a fim de confirmar ou descartar o diagnóstico;

c) Afastar o estudante ou profissional da educação ao primeiro sintoma compatível com COVID-19 (tosse, febre, dificuldade respiratória) apresentado, para evitar o contato com outras pessoas.

XXII - No caso de confirmação de caso de contágio por COVID-19 de aluno ou profissional de educação, a coordenação pedagógica da Unidade escolar deverá adotar providências quanto o monitoramento do caso e as medidas necessárias de adoção das seguintes medidas de biossegurança:

a) Afastar o aluno ou profissional de educação por 10 dias para tratamento, a contar da data de início dos sintomas, sendo que o retorno para atividades presenciais fica condicionado à ausência dos sintomas de febre nas últimas 24 horas;

b) Higienizar todos os locais em que o estudante ou profissional tenha passado e mantê-los arejados;

c) Identificar todas as pessoas que mantiveram contato com o estudante ou profissional com quadro suspeito de COVID-19, orientando os pais/responsáveis dos demais alunos da turma serão avisados, para que passem a observar seus filhos quanto à apresentação de eventuais sintomas;

e) No caso da existência de mais de 3 (três) outros casos confirmados, proceder a imediata suspensão das atividades presenciais da turma pelo período de 7 (sete) dias.

f) O a suspensão das atividades presenciais da escola, pelo período de 7 (sete) dias, só deve ocorrer em caso de surto, mediante recomendação das autoridades sanitárias locais.

XXIII - Não havendo confirmação de COVID-19, o estudante ou profissional da educação deverá retornar para as atividades normais, salvo se outra for a orientação do profissional médico que atender este estudante ou profissional.

HASH: 2022-0404-0008-5590

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 Rohlf**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**Janaína Sallas**Leonardo Salema Garção Ribeiro Cabral**Luana Gonçalves**Luciana Guilhem de Matos**Luiz Belino Ferreira Sales**Marcelo Yoshito Wada**Marcus Vinícius Quito**Mariana Schneider**Melquia 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 1º, 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 (módulo 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 (módulo 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 (módulo 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	VARIAÇÃO 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			
	VARIAÇÃO 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/PR1/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 estratégia 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=>.

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 necessitarem 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://portal.arquivos.saude.gov.br/imagens/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, McClellan 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 - Buritizal, Macapá - AP, 68902-865

PARECER TÉCNICO-CIENTÍFICO EPIDEMIOLÓGICO EXTRAORDINÁRIO Nº 13/2022

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 novo Coronavírus (COVID-19), para o fim que especifica e dá 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 comportamento do vírus ponderando a evolução da pandemia, são desta feita, expostos alguns aspectos a serem analisados no estado do Amapá;

O Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde do Estado do Amapá, através do monitoramento da Rede de Saúde do Estado, com informações dos municípios pelas Secretarias Municipais de Saúde, vem informando a diminuição de casos de COVID-19 e, conseqüentemente a redução na procura de atendimentos da população nas Unidades Básicas de Saúde e demais estabelecimentos de saúde.

Nesse novo contexto epidemiológico, será apresentado as análises dos casos acumulados causados pelo Coronavírus (COVID-19). Para haver harmonia nos dados, com 30 dias em cada período de análise, para o mês de janeiro será considerado de 01 a 30 de janeiro, para fevereiro será computado desde o dia 31 de janeiro [período 1], mais os 28 dias de fevereiro até o dia 1º de março (perfazendo 30 dias) [período 2], para o mês de março será analisado do dia 02 até o 31 de 2022 [período 3].

INCIDÊNCIA, MÉDIA MÓVEL DOS NOVOS CASOS DIVULGADOS A CADA 7 DIAS EM 2022

Considerando a análise da tendência de casos pela média móvel a cada 7 dias, a média foi de **5.71 casos por dia (cerca de 6 casos/dia)** ocorridos até o dia 31 de março de 2022 na Semana Epidemiológica treze (SE:13), indicando tendência de queda na série histórica ao longo do período desde o início dos casos, conforme observado na Figura 1 e na Figura 2 (por semana epidemiológica da SE:35 agosto de 2021 até 31 de março de 2022 SE:13).

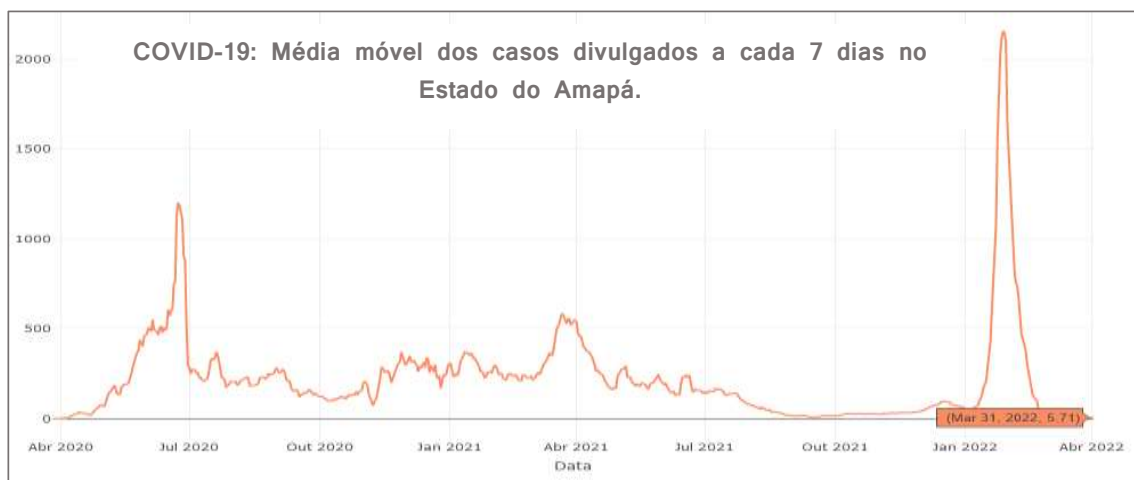


Figura 1: Incidência, tendência de casos COVID-19 pela média móvel a cada 7 dias.

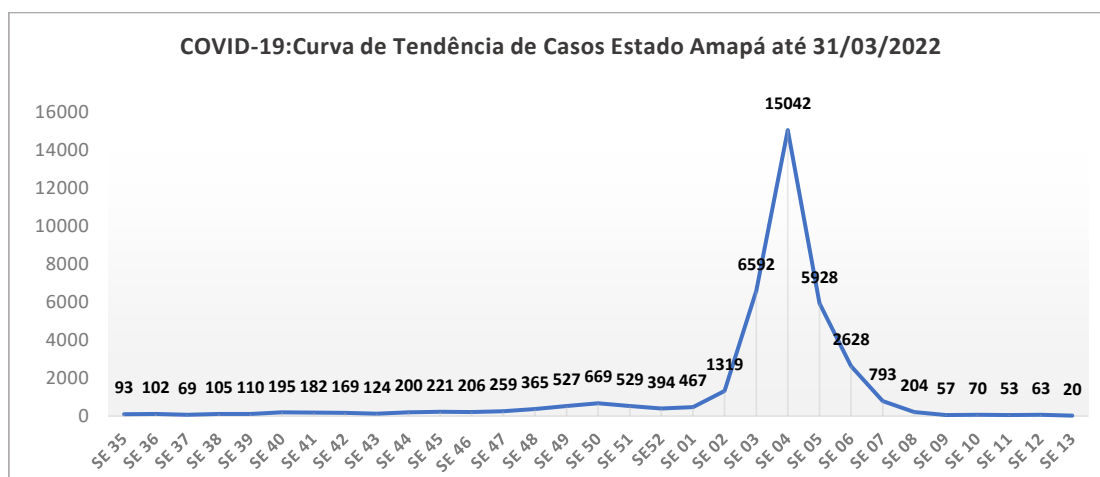
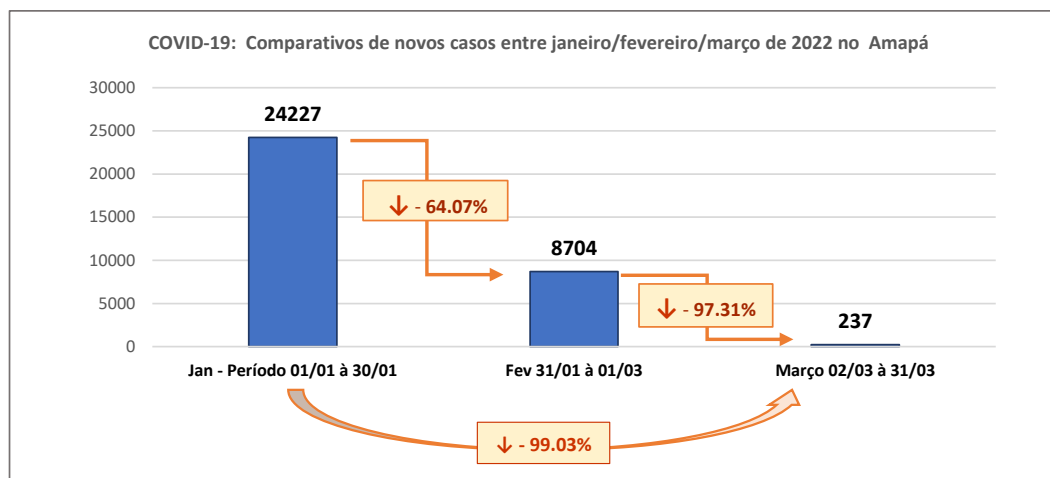


Figura 2: Curva de Tendência de Casos COVID-19 por Semana Epidemiológica.

COMPARATIVO DO NÚMERO DE CASOS DE COVID-19

Considerando a análise comparativa de novos casos acumulados nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2022 nos períodos 1, 2 e 3, houve uma variação percentual de - 64.22% entre os período 1 e 2 e de - 97.31% entre os período 2 e 3, a redução do período de janeiro em comparação a um período de março foi de 99.03%, demonstrando comportamento de expressiva redução de novos casos, conforme evidência a Figura 3.

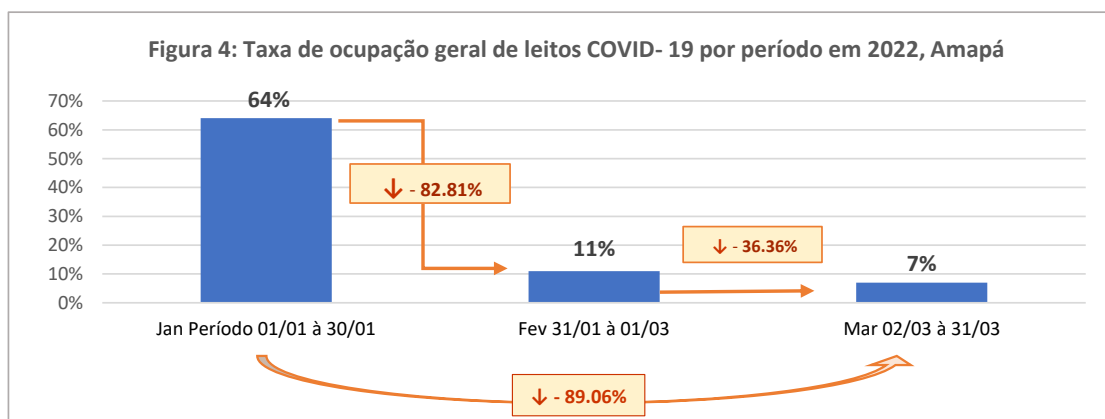


Fonte: CIEVS/SVS,2022

Figura 3: Comparativos de novos casos COVID-19 entre janeiro/fevereiro/março de 2022 no Amapá.

TAXA GERAL DE OCUPAÇÃO DE LEITOS

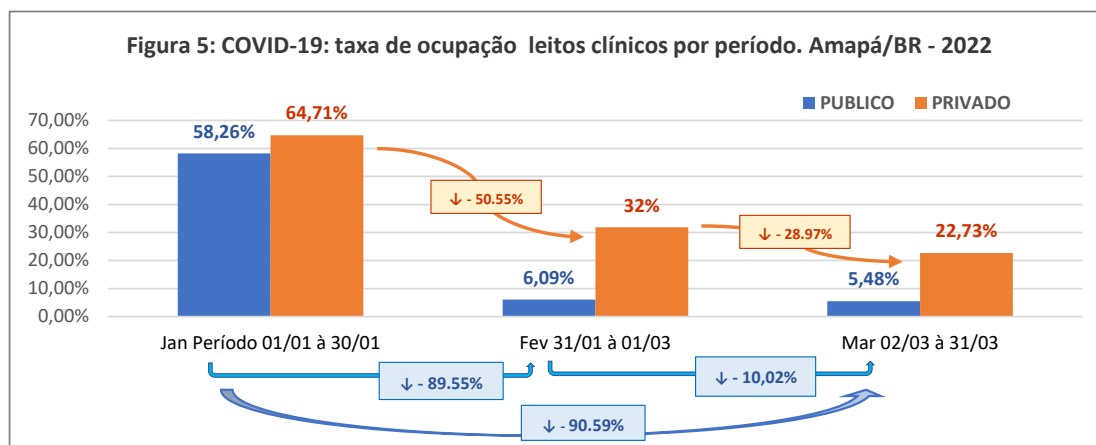
Considerando a taxa geral de ocupação de leitos exclusivos COVID-19 nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2022 nos períodos 1, 2 e 3, houve uma variação percentual de -82,81% entre os período 1 e 2 e de - 36,36% entre os período 2 e 3, a redução do período de janeiro em comparação ao período de março foi de - 89,06%, com elevada redução nas ocupações de leitos, conforme evidência a Figura 4.



Fonte: CIEVS/SVS,2022

TAXA DE LEITO CLÍNICO PARA COVID-19

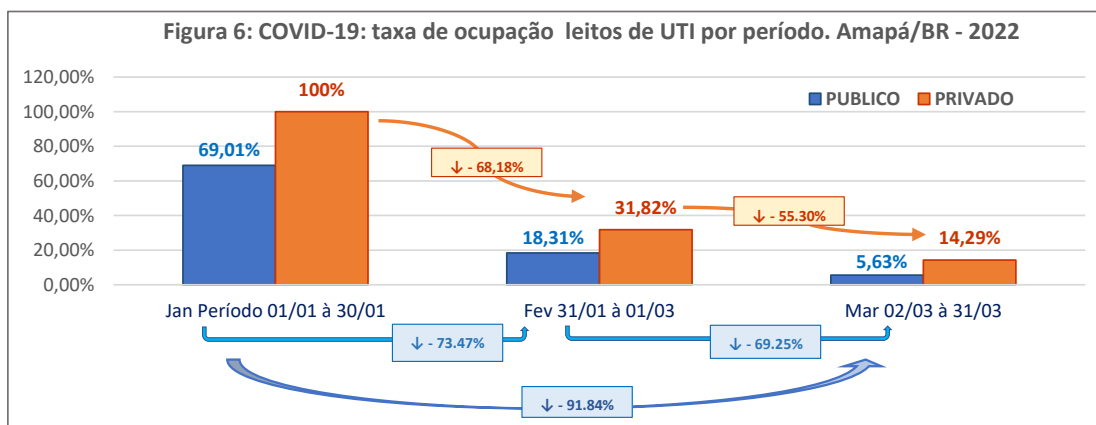
Considerando a taxa de ocupação de leitos de Clínicos Públicos exclusivos COVID-19 (barra azul) nos meses de: janeiro, fevereiro e março de 2022 nos períodos 1, 2 e 3, houve uma variação percentual de - 89,55% entre os período 1 e 2 e de - 10,02% entre os período 2 e 3, a redução do período de janeiro em comparação ao período de março foi de - 90,59%, com elevada diminuição na ocupação desses leitos, conforme evidência a Figura 5.



Fonte: CIEVS/SVS,2022

TAXA DE OCUPAÇÃO DE LEITO DE UTI PARA COVID-19

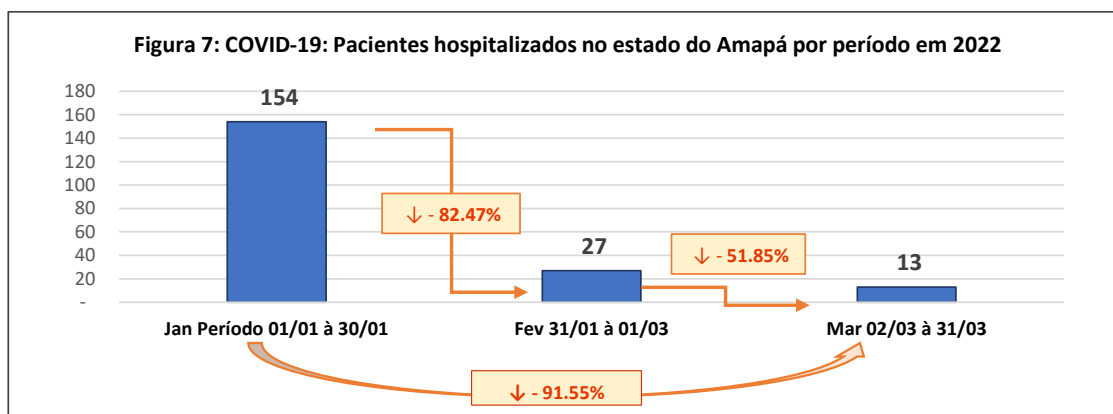
Considerando a taxa de ocupação de leitos de UTI Públicos exclusivos COVID-19 (barra azul) nos meses de: janeiro, fevereiro e março de 2022 nos períodos 1, 2 e 3, houve uma variação percentual de - 73,47% entre os período 1 e 2 e de - 69,25% entre os período 2 e 3, a redução no período de janeiro em comparação ao período de março foi de - 91,84%, com elevada diminuição na ocupação desses leitos, conforme evidência a Figura 6.



Fonte: CIEVS/SVS,2022

NÚMERO GERAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19

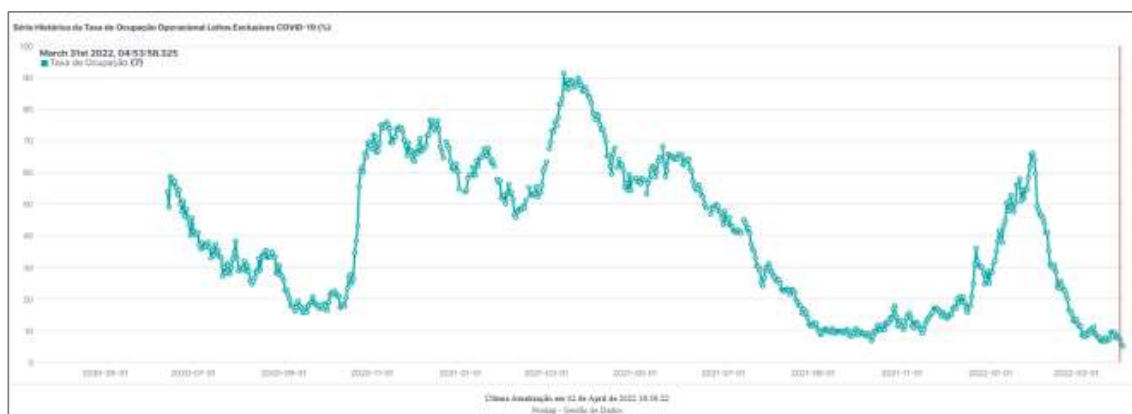
Considerando o número geral de pacientes hospitalizados em leitos exclusivos COVID-19 (confirmados e suspeitos, público e privado) nos meses de: janeiro, fevereiro e março de 2022 nos períodos 1, 2 e 3, houve uma variação percentual de - 82.47% entre os período 1 e 2 e de - 51.85% entre os período 2 e 3, destaca-se que, a redução no período de janeiro em comparação ao período de março foi de 91.55%, demonstrando comportamento expressiva de redução nas hospitalizações no estado do Amapá, conforme evidência a Figura 7.



Fonte: CIEVS/SVS,2022

SÉRIE HISTÓRICA DE TAXA DE OCUPAÇÃO OPERACIONAL DE LEITOS DEDICADOS COVID-19 (%)

Considerando a análise da série histórica de taxa de ocupação operacional de leitos dedicados COVID-19 (%), observa-se a tendência de redução na taxa diária de ocupação de leitos, considerando os percentuais apresentados sequencialmente nos meses de janeiro fevereiro e março de 2022, conforme Figura 8 abaixo até 31 de março de 2022 com taxa de 7%.



Fonte: Painel Coronavírus GEA/SESA, 2022. <http://painel.corona.ap.gov.br/leitos/>

Figura 8 - Série temporal da taxa de ocupação diária de leitos dedicados Covid-19.

NÚMERO DE ÓBITOS POR COVID-19

Considerando a análise comparativa de óbitos por COVID-19 nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2022 nos períodos 1, 2 e 3, observa-se que, a variação percentual foi - 4.55% entre os período 1 e 2 e de - 91.30% entre os período 2 e 3. A redução do período de janeiro em comparação ao período de março foi de 90.91%, demonstrando comportamento de expressiva redução nas ocorrências de óbitos, conforme evidência a Figura 9.

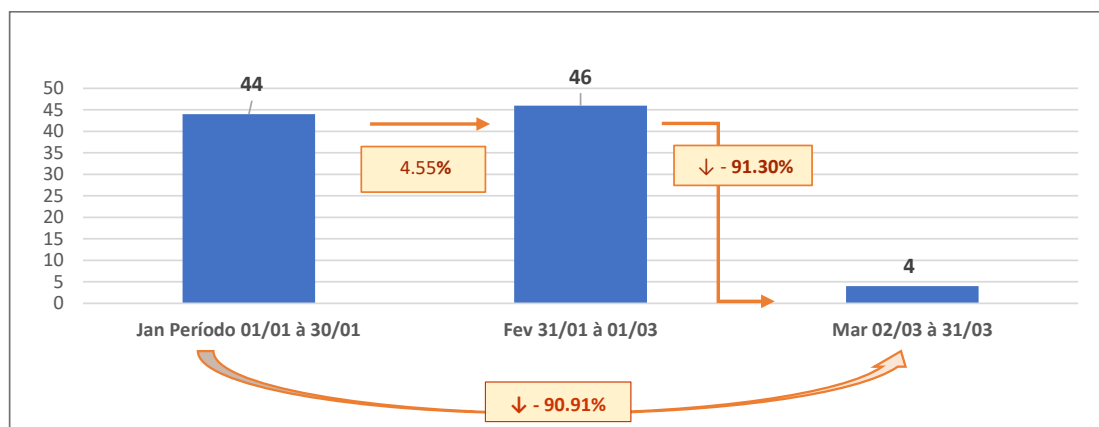
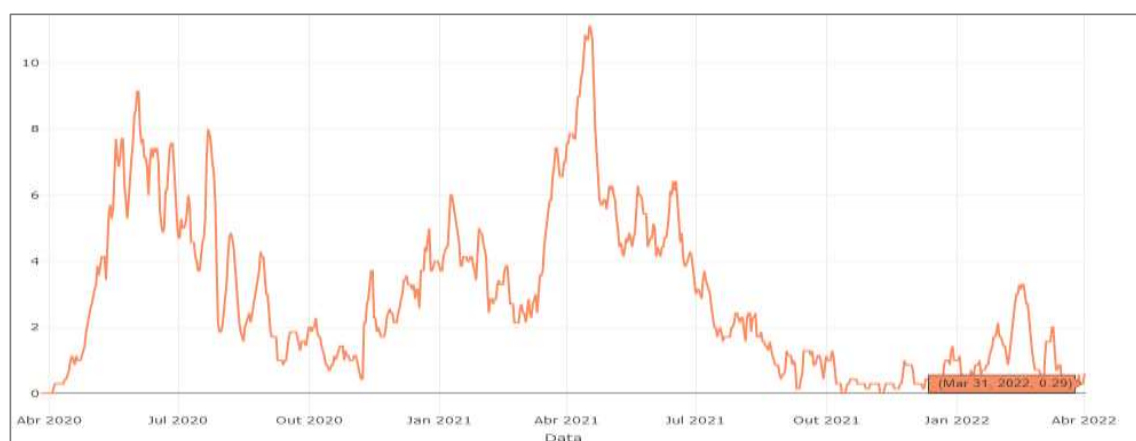


Figura 9: Comparativos de Óbitos COVID-19 entre janeiro/fevereiro/março de 2022 no Amapá.

INCIDÊNCIA - MÉDIA MÓVEL DOS ÓBITOS DIVULGADOS A CADA 7 DIAS EM 2022

Considerando a análise da tendência de óbitos pela média móvel a cada 7 dias, a média foi de **0,29 casos por dia** ocorridos até o dia 31 de março de 2022 dentro da Semana Epidemiológica treze (SE:13), indicando tendência de queda na série histórica na duas últimas SEs de março, conforme observado na 10 Figura abaixo.



Fonte: <https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/> 2022.

Figura 10 - Incidência, média móvel de óbitos por Covid-19 no Estado do Amapá.

MAPA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO ESTADO DO AMAPÁ

Comparação da classificação de risco das últimas semanas epidemiológicas que compõem o final dos meses de janeiro, fevereiro, e março de 2022. A diminuição consecutiva na pontuação de classificação, nas SEs que fecham respectivamente os meses citados, demonstram a redução do risco para doença COVID-19 em todo o estado do Amapá, veja figura 11.

SE 04/2022 em 29/01/2022	SE 08/2022 em 26/02/2022	SE 13/2022 em 31/03/2022
Pontuação 25	Pontuação 8	Pontuação 5
Cor vermelha	Cor amarela	Cor amarela
Classificação: Risco alto	Classificação: Risco baixo	Classificação: Risco baixo

Fonte: SVS/SESA/GAL, 2022.

Figura 11 - Comparação mensal da classificação de risco para COVID-19 no Amapá em 2022.

COBERTURA VACINAL

No estado do Amapá, a cobertura vacinal por faixa etária está distribuída como segue: faixa etária de 5 a 11 anos (D1) 19,41% e (D2) 1,91%; de 12 a 17 anos (D1) 71,14% e (D2) 43,19% e acima de 18 anos (D1) 79,36% e (D2) 65,21%. Estas coberturas demonstram a necessidade da ampliação de vacinação para COVID-19, para os jovens e principalmente para as crianças entre 5 a 11 anos, conforme figura 12 abaixo.

DOSES APLICADAS / COBERTURA VACINAL - COVID 19										
FAIXA ETÁRIA - AMAPÁ										
FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO VACINÁVEL	DOSES APLICADAS							COBERTURA VACINAL	
		(D1)	(D2)	(DA)	(REF)	(D)	(D2+D)	TOTAL	D1	D2+D
5 a 11 anos	112.980	21.933	2.161	2	6	1	2.162	24.103	19,41%	1,91%
12 a 17 anos	99.298	70.641	42.876	136	357	10	42.886	114.010	71,14%	43,19%
>18 anos	569.316	451.799	360.242	19.892	84.055	10.988	371.230	915.988	79,36%	65,21%
TOTAL ESTADO	781.594	544.373	405.279	20.030	84.418	10.999	416.278	1.054.101	69,65%	53,26%

Fonte : localizassus.saude.gov.br - gerado em 01/04/2022

Figura 12 - Cobertura vacinal por faixa etária no estado do Amapá, 2022.

Cobertura vacinal com população vacinável acima de 5 anos no estado do Amapá

O estado do Amapá iniciou a vacinação no dia 19 de janeiro de 2021 com a vacina SINOVA/BUTANTAN e em dezembro do mesmo ano o estado conta com as vacinas SINOVA/BUTANTAN, ASTRAZENECA/FIOCRUZ, PFizer/BioNTech e a Janssen/Johnson&Johnson e na data de 01 de abril de 2022 alcançou a cobertura de 69,65% de 1ª dose (D1) e 51,85% de segunda dose (D2) conforme figura 13 abaixo.

PLANILHA DE VACINAÇÃO CONTRA COVID 19											
DOSES APLICADAS e PERCENTUAL DE COBERTURA VACINAL COM POPULAÇÃO VACINÁVEL >5 ANOS											
MUNICÍPIO	POPULAÇÃO VACINÁVEL	DOSES APLICADAS						TOTAL	COBERTURA		
		D1	D2	D	D2+D	DA	REF		D1	D2	D2+D
Amapá	8.274	6.429	5.163	96	5.259	54	1.861	13.603	77,70%	62,40%	63,56%
Calçoene	10.005	7.683	5.773	95	5.868	0	1.756	15.307	76,79%	57,70%	58,65%
Cutias	5.375	4.494	3.181	59	3.240	1	1.283	9.018	83,61%	59,18%	60,28%
Ferreira Gomes	7.065	5.615	4.271	86	4.357	4	1.704	11.680	79,48%	60,45%	61,67%
Itaubal	4.985	3.834	2.222	49	2.271	91	629	6.825	76,91%	44,57%	45,56%
Laranjal do Jari	46.195	31.490	24.112	443	24.555	21	8.492	64.558	68,17%	52,20%	53,16%
Macapá	469.228	309.403	232.889	6.719	239.608	19.480	27.303	595.794	65,94%	49,63%	51,06%
Mazagão	19.374	16.671	10.488	165	10.653	32	2.947	30.303	86,05%	54,13%	54,99%
Oiapoque	24.693	15.978	10.928	217	11.145	3	3.701	30.827	64,71%	44,26%	45,13%
Pedra Branca Do Amapari	15.014	9.607	6.687	129	6.816	5	2.155	18.583	63,99%	44,54%	45,40%
Porto Grande	20.018	12.702	8.926	175	9.101	30	3.269	25.102	63,45%	44,59%	45,46%
Pracuúba	4.471	2.990	2.183	41	2.224	0	562	5.776	66,88%	48,83%	49,74%
Santana	111.928	93.926	70.873	2.410	73.283	103	23.225	190.537	83,92%	63,32%	65,47%
Serra do Navio	4.933	3.718	2.826	50	2.765	5	796	7.395	75,37%	57,29%	56,05%
Tartarugalzinho	15.536	10.502	7.691	112	7.803	200	2.431	20.936	67,60%	48,50%	50,23%
Vitória do Jari	14.500	9.337	7.069	153	7.222	1	2.305	18.865	64,39%	48,75%	49,81%
TOTAL ESTADO	781.594	544.379	405.282	10.999	416.281	20.030	84.419	1.065.109	69,65%	51,85%	53,26%

Fonte: localiza.us.saude.gov.br - gerado em 01/04/2022

Fonte: SIPNI, Ministério da Saúde em 201/04/2022

Figura 13 - Percentual de cobertura vacinal por município no estado do Amapá, 2022.

RECOMENDAÇÕES

Considerando o período de janeiro de 2022 em comparação a um período de março do ano em curso onde houve: significativa redução de novos casos de 99,03%, elevada redução de ocupação de leitos clínicos de 90,59% e de leitos de UTI de 91,84% e significativa redução nas ocorrências de óbitos de 90,91%,

Considerando ainda, a classificação de risco apontada pelo Instrumento de Gestão, o Estado obteve 05 (cinco pontos) na avaliação de risco, estando atualmente classificado na cor amarela, apresentando risco baixo para o novo coronavírus.

A imunização é identificada como um dos mecanismos mais efetivos de controle da pandemia. Diante do atual cenário epidemiológico de tendência de redução dos indicadores para COVID-19 no estado do Amapá e a importância das medidas para proteção à vida, assim, recomenda-se que:

O estado e os municípios devem exigir a apresentação obrigatória de comprovante de vacina atualizada da COVID-19 nos seguintes ambientes:

- Para todos os tipos de eventos que gerem aglomeração de pessoas, medida aplicável a todos os envolvidos: proprietários, dirigentes, organizadores, palestrantes, trabalhadores, artistas, músicos, frequentadores, convidados, público em geral;
- Para acesso aos serviços presenciais em órgãos públicos;
- Para acesso aos cinemas;

Aos gestores municipais e estadual:

- Até que se tenha ampla segurança epidemiológica sustentada e adequada cobertura vacinal, manter o uso de máscara em ambientes fechados para se prevenir da doença, bem como, para evitar propagação do SARS-CoV-2, que tem como principal meio de transmissão as vias áreas respiratórias, inclusive para as pessoas já vacinadas que devem manter essa medida individual, mas que reflete no coletivo, assim como, o distanciamento social e uso de soluções antissépticas (água e sabão, álcool gel) para lavagem das mãos.
- Liberar o uso de máscaras em ambientes abertos ao ar livre.
- Manter o fortalecimento das ações estratégicas de vacinação com a intensificação da vacina para todas as faixas etárias, com destaque para o grupo de 5 a 11 anos que precisa ampliar a cobertura vacinal; continuar com aplicação do reforço da 3ª dose a todos os grupos elegíveis; identificar e listar os faltosos da 2ª e 3ª dose e fazer o chamamento dos mesmos ou se for possível, busca ativa em domicílio.
- Manter a testagem para pacientes sintomáticos com suspeita de COVID-19, e testagem recorrente em locais de maior exposição do vírus SARS-CoV-2, bem como, continuar ofertando Testagem Rápida para população do município por demanda espontânea.
- Recomenda-se a manutenção do rastreamento de contato e testagem dos contactantes e familiares dos casos positivos, buscando a identificação de possíveis novos casos e quebra da cadeia de propagação, bem como, para isolar, tratar e monitorar estes casos.
- Comunicação - Manter o fortalecimento das ações educativas por meio de mídias sociais, rádio, televisão e jornais no sentido de dar visibilidade às medidas preventivas, com destaque ao chamamento para vacinação, visando, estimular a adesão da população para o controle da COVID-19.

Macapá, 31 de março de 2022.

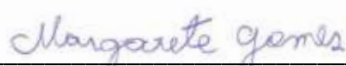
Assinam esse parecer técnico-científico:



DORINALDO BARBOSA MALAFAIA
Vigilância em saúde - (SVS/AP)
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE



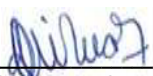
ROBERTO CARLOS MENDONÇA MALCHER
Especialista em Vigilância em Saúde
Gerente do Núcleo de Vigilância Sanitária
Decreto nº 1149/2019



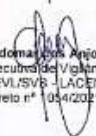
MARGARETE DO SOCORRO MENDONÇA GOMES
Farmacêutica Industrial- CRF-AMAPÁ 103
Drª em Biologias de Agentes Infecciosos e Parasitários
Superintendência de Vigilância em Saúde - (SVS/AP)



SOLANGE SACRAMENTO COSTA
Especialista em Gestão em Saúde - CRA AP/6148
Especialista em Epidemiologia de Campo
Gerente do CIEVS-AP Decreto 1448/2021
Superintendência de Vigilância em Saúde - (SVS/AP)



IRACILDA COSTA DA SILVA PINTO
Enfermeira especialista em epidemiologia
Mestre em Vigilância da Saúde na Amazônia
Diretora Executiva da SVS-AP Decreto 1840/2019
Superintendência de Vigilância em Saúde - (SVS/AP)



Lindomar dos Anjos Silva
Diretora Executiva de Vigilância Laboratorial
DEVL/SVS - LACEN - AP
Decreto nº 1054/2021 - GEA

Lindomar dos Anjos da Silva
Farmacêutica Bioquímica, Especialista em Saúde Pública
Mestre e Vigilância Sanitária
Diretora Executiva do LACEN-AP Decreto 1054/2021
Superintendência de Vigilância em Saúde - (SVS/AP)

REFERÊNCIAS**FONTES DE DADOS OFICIAIS NACIONAIS Painel 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/publicações>

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>