

COVID-19: DIRETRIZES PARA AÇÕES NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

**São Paulo
Maio / 2021**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE
DE SÃO PAULO**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE SÃO PAULO

COORDENAÇÃO:

SES-SP/Coordenadoria de Regiões de Saúde / Atenção Básica

EQUIPE DE ELABORAÇÃO:

SES/CRS / Atenção Básica

SES/CRS / Saúde da Mulher

SES/CRS / Saúde da Criança

SES/CCD / Centro de Vigilância Epidemiológica

COSEMS-SP

Sumário:

1. Introdução	1
2. Organização das ações nas Unidades Básicas de Saúde	3
2.1. Organização do atendimento das demandas espontâneas	
2.2. Organização do Atendimento das Condições Crônicas durante a Pandemia	
3. Imunização nas Unidades Básicas de Saúde	20
3.1. Vacinação covid-19	
3.2. Vacinação de Rotina	
4. Ações e atividades na Unidade Básica de Saúde após a alta hospitalar de pessoas com SRAG	26
5. Monitoramento dos casos e rastreamento dos contatos	27
6. Referências bibliográficas	29

Estas orientações foram formuladas utilizando como referência geral as publicações e fontes citadas nas referências bibliográficas, com ênfase na organização das ações nas unidades de APS, adaptada para a presente situação no Estado de São Paulo.

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde, seja para as demandas de evolução aguda, seja para as demandas de acompanhamento longitudinal no tempo. Deste modo, durante surtos e epidemias, apresenta papel fundamental na resposta à doença em questão, juntamente com a rede de Urgência/Emergência.

Já tendo completado o primeiro ano da pandemia, a perspectiva é a convivência por período bastante prolongado dos casos de covid-19 com as demandas habituais da APS. Será necessário, portanto, rever os fluxos e as proposições de atendimentos dirigidos às diversas demandas presentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de modo a garantir a qualidade resolutiva das ações e ao mesmo tempo exercitar o olhar da vigilância epidemiológica, não só para a adequada condução dos casos de infecção pelo SARS-CoV-2 mas sobretudo para a proteção da comunidade frente à infecção pelo coronavírus.

Deste modo, o objetivo deste documento é reforçar algumas diretrizes para a organização das ações nas UBS, bem como delinear condutas para a condução dos casos suspeitos e confirmados de covid-19.



É importante destacar que todas as demandas típicas da Atenção Primária, tais como o atendimento de gestantes, crianças no primeiro ano de vida, hipertensos, diabéticos, entre outros, além das ações de promoção e vigilância à saúde nos territórios de abrangência das UBS, permanecem como responsabilidade das equipes de saúde e devem ser adequadamente acolhidas e conduzidas e devem ser, também, compatibilizadas com o atendimento dos casos suspeitos e confirmados de covid 19.

2. ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

A gestão municipal, no contexto da pandemia do novo coronavírus, tem como pauta prioritária a organização das ações para o enfrentamento da covid-19. Contudo, dado que esta pandemia deve permanecer ainda por um tempo prolongado, outras necessidades permanecem; entre elas o cuidado de usuários com condições crônicas de saúde, com possível aumento do volume de atendimento a casos agudos.

Esta realidade requer um redesenho dos fluxos e modalidades de atendimento que, de um lado, respeite as exigências de distanciamento social e, de outro, garanta a continuidade de todos os cuidados necessários para a estabilização clínica destes usuários, com especial atenção à população prioritária da APS, tais como: gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos.

É essencial manter todas as UBS abertas e funcionando em período integral, realizando acolhimento com classificação de risco tanto para demanda espontânea, como para o acompanhamento das condições crônicas.

Para a organização dos fluxos nas unidades, também devem se levados em consideração outros agravos prevalentes na região, como dengue, zika, chikungunya, tuberculose, sífilis, etc.

Os gestores devem permanecer atentos à capacitação dos profissionais da APS no diagnóstico e manejo de casos de síndrome gripal (SG) e síndrome respiratória aguda grave (SRAG), com vistas a preconizar o manejo dos casos leves na APS. Quando houver capacidade instalada, preconizar também o manejo dos casos moderados, conforme disponibilidade de recursos humanos, insumos e equipamentos.

É importante qualificar os profissionais no diagnóstico diferencial de dengue, zika, chikungunya ou de agravos prevalentes no território.

É importante, também, estar atento à sazonalidade da influenza, com a adoção das medidas recomendadas para os grupos de risco.

2.1- ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DAS DEMANDAS ESPONTÂNEAS

Os gestores deverão orientar as equipes das UBS para que, de acordo com as instalações físicas das unidades, organizem os fluxos que permitam a separação das demandas espontâneas relacionadas às síndromes gripais das demais demandas.

Síndromes gripais

- Acolhimento dos usuários para escuta inicial, identificação de suspeitos de SG e direcionamento dos fluxos para local mais apropriado, separado dos demais usuários, na unidade;
- Atendimento de usuários com SG em espaços físicos separados, bem ventilados, e com utilização de EPI, para avaliação da gravidade do quadro respiratório:
 - a) Quadro respiratório leve: prescrição de tratamento sintomático, orientação para isolamento domiciliar, higienização das mãos e do ambiente e notificação. Planejamento do monitoramento dos usuários com SG durante todo o período de isolamento. O teleatendimento é uma boa ferramenta para este monitoramento, evitando o contágio com outras pessoas da unidade neste período. Realizar a coleta de RT-PCR, de preferência na própria unidade.

b) Quadro moderado e grave caracterizado como SRAG: estabilização clínica e transferência para serviço de urgência/emergência e utilização de medicação, conforme proposto no item 2.1-2 desse documento. Todas as unidades devem ter suas referências definidas para o encaminhamento de casos classificados como moderados e graves, que poderão ser as mesmas já pactuadas ou novas definições para esse momento de pandemia.



ATENÇÃO: Para diminuir o fluxo de usuários nas UBS e evitar retorno ao serviço apenas para coleta de RT-PCR, o exame do paciente com suspeita de covid-19 deverá ser coletado no mesmo dia de seu comparecimento na unidade, desde que os sintomas relatados não ultrapassem o 8º dia do início de manifestação. (conforme orientação do Guia de Vigilância Epidemiológica do MS/SVS, de março/2021)

- Na presença de SG, mesmo na ausência de exame laboratorial confirmatório, é obrigatório o isolamento domiciliar do caso por período de 10 dias a partir do início dos sintomas e o monitoramento diário com vistas a sinais de agravamento do caso (não se aplica aos casos internados com SRAG) (ver orientação completa no item 5, referente ao monitoramento dos casos e rastreamento dos contatos);
- Identificação dos contatos dos casos de SG para orientações específicas, notadamente em relação à quarentena dos contatos e ao aparecimento de sintomas gripais e imediata procura por serviço de saúde.

Outras demandas espontâneas:

- Acolhimento a usuários com outras demandas agudas não respiratórias, com especial atenção às gestantes, crianças e possíveis agudizações de outras condições crônicas;
- Avaliação, estratificação do risco e planejamento do cuidado, pela equipe da unidade e/ou em outro ponto de atenção da rede, de acordo com a necessidade.
- Manter todas as ações de vacinação de rotina.

2.1-1 ABORDAGEM DOS CASOS DE SÍNDROME GRIPAL NA UBS

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

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

O quadro clínico típico de uma SG pode variar seus sintomas desde uma apresentação leve e assintomática, principalmente em jovens,

adultos e crianças, até uma apresentação grave, incluindo choque séptico e falência respiratória.

Manifestações clínicas

SÍNDROME GRIPAL (SG)

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

OBSERVAÇÕES:

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

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU cianose dos lábios ou rosto OU pressão ou dor persistente no tórax OU alteração na saturação de oxigênio OU queda na pressão arterial OU alteração do nível de consciência.

ATENÇÃO: todos os casos suspeitos de SG ou SRAG devem ser imediatamente notificados de acordo com os fluxos já estabelecidos pela Vigilância Epidemiológica.



2.1-2- ESTRATIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA SÍNDROME GRIPAL EM ADULTO (SG) E MANEJO CLÍNICO

A partir de uma triagem inicial, o indivíduo com quadro clínico de SG, suspeito para covid-19, deve passar por consulta e seguir as recomendações de classificação de risco e manejo inicial (Figura 1), de acordo com a Nota Técnica integrante da Deliberação CIB nº 42/2021.



Lembrar que idosos acima de 60 anos, pacientes com doenças crônicas, gestantes e puérperas devem ter atendimento prioritário ao chegarem à unidade com sintomas de SG.

Em consulta, após confirmar a presença de SG, é fundamental estratificar a gravidade dos casos, para rápida identificação dos casos suspeitos de SRAG.

Na avaliação inicial devem ser considerados para a classificação de risco os seguintes sinais vitais: a saturação de oxigênio, a pressão arterial, a frequência respiratória e o nível de consciência.

Na ausência de alteração de todos esses sinais, considerar o caso

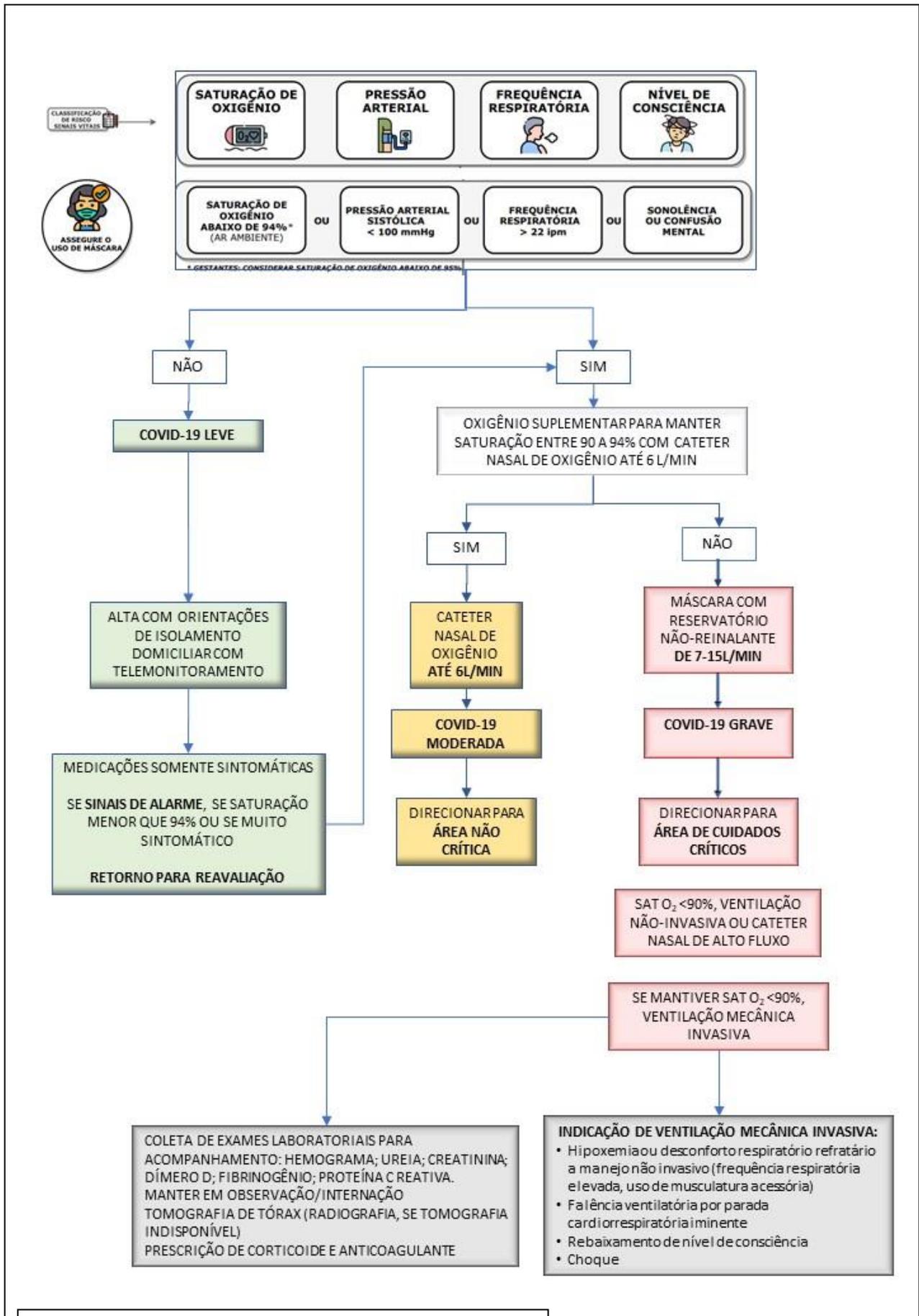
como **covid-19 leve** (mesmo que ainda não haja confirmação diagnóstica).

Na presença de alteração de um desses sinais, considerar o indivíduo como caso de SRAG, ou seja, como **covid-19 moderada** ou **covid-19 grave**.

SINAL VITAL	VALOR INDICATIVO DE SRAG
Saturação de oxigênio	Abaixo de 94% *
Pressão arterial sistólica	Inferior a 100 mmHg
Frequência respiratória	Maior que 22 ipm
Nível de consciência	Sonolência ou confusão mental

* Em gestantes e crianças, considerar saturação abaixo de 95%.

Figura 1: Classificação de risco e manejo inicial em adultos – covid-19



Fonte: Nota Técnica da Deliberação CIB nº 42/2021

Os casos estratificados como covid-19 leve devem receber as seguintes condutas na UBS:

- Orientação para isolamento domiciliar por 10 dias a partir do início dos sintomas (oferecer atestado para garantir o isolamento);
- Telemonitoramento com ênfase nos sinais de alarme e no isolamento domiciliar (evitar o retorno desnecessário à UBS);
- Prescrição apenas de medicação sintomática;
- Orientação dos sinais de alarme;
- Retorno para reavaliação se apresentar sinais de alarme.

Atenção especial para os indivíduos com comorbidades e fatores de risco para agravamento do quadro clínico: idade >60 anos, obesidade, diabetes, gestante, cardiopatia, pneumopatia, imunossupressão.



Todos os casos estratificados como SRAG possuem indicação de internação, devendo permanecer na UBS apenas o tempo necessário para realizar a transferência para o hospital. No entanto, na situação de escassa disponibilidade de leitos para internação de pacientes com SRAG, a UBS precisará realizar algumas condutas clínicas iniciais, enquanto aguarda a transferência para outra unidade.

Os casos de SRAG devem ter como abordagem inicial a utilização de oxigênio por meio de cateter nasal para manter saturação entre 90 a 94%, com fluxo de oxigênio de até 6 litros/minuto. Caso não seja obtida a saturação de oxigênio $\geq 90\%$, o caso deve ser considerado como grave, necessitando de cuidados intensivos. Se for disponível na UBS, utilizar máscara de oxigênio com reservatório não reinalante com fluxo de 7 a 15 litros/minuto.

Nas situações em que não é possível a remoção imediata desses pacientes com SRAG, e com a perspectiva de permanecer ainda por algumas horas na UBS, estão indicadas:

- Manutenção do caso em sala de observação/ estabilização, com oxigenioterapia,
- Coleta de exames laboratoriais para acompanhamento (avaliar disponibilidade na UBS): hemograma, ureia, creatinina, dímero D, fibrinogênio, proteína C reativa,
- Prescrição de corticoide e anticoagulante (conforme tabela abaixo).

ESQUEMA BÁSICO RECOMENDADO DE CORTICÓIDE E ANTICOAGULAÇÃO APÓS O 7º DIA DE SINTOMAS						
DEXAMETASONA 6 mg VO/ IV por 10 dias (OU OUTRO CORTICÓIDE EM DOSE EQUIVALENTE)						
CORTICÓIDE				ANTICOAGULAÇÃO		
DOSE DIÁRIA PADRÃO						
DEXAMETASONA	PREDNISONA	METILPREDNISOLONA	HIDROCORTISONA	ENOXAPARINA	HEPARINA NÃO FRACIONADA (HNF)	
6 mg	40 mg	32 mg	150 mg	40 mg	5.000 UI 12/12h	
DOSE DIÁRIA AJUSTADA POR PESO						
CORTICÓIDE				ANTICOAGULANTE		
FAIXA DE PESO	DEXAMETASONA	PREDNISONA	METILPREDNISOLONA	HIDROCORTISONA	ENOXAPARINA	HNF
40 A 60 kg	8 mg	60 mg	40 mg	200 mg	40 mg	5.000 UI 12/12h
60 A 80 kg	12 mg	80 mg	60 mg	300 mg	60 mg	5.000 UI 8/8h
80 A 100 kg	16 mg	100 mg	80 mg	400 mg	60 mg	5.000 UI 8/8h
100 A 120 kg	20 mg	120 mg	100 mg	500 mg	80 mg	10.000 UI 12/12h
>120 kg OU IMC > 40	24 mg	140 mg	120 mg	600 mg	100 mg	10.000 UI 12/12h
APRESENTAÇÃO FARMACÉUTICA	4mg/mL – 2,5mL (10mg/amp); 2 mg/cp, 4 mg/cp	5 mg/cp, 20 mg/cp	125 mg/amp, 500 mg/amp	100 mg/amp, 500 mg/amp	20 mg/amp, 40 mg/amp, 60 mg/amp, 80 mg/amp	5.000 UI/amp
VIA DE ADMINISTRAÇÃO	INTRAVENOSA E ORAL		ORAL	INTRAVENOSA	INTRAVENOSA	SUBCUTÂNEA



Atenção: ivermectina, azitromicina, cloroquina, hidroxiclороquina, vitamina D, zinco, etc., não são indicados para tratamento da covid-19.

2.1-3 A COVID-19 EM CRIANÇAS

A COVID-19 tem se mostrado como uma doença menos agressiva na criança, com taxas de hospitalização e letalidade muito mais baixas em relação à população de adultos. A clínica da criança em relação à covid-19 é semelhante a quadros de resfriados comuns. Em geral, os sintomas de tosse e febre são os mais evidentes e também os mais frequentes. Sintomas gastrointestinais também podem surgir na população infantil.

No atendimento de crianças com SG, avaliar inicialmente os sinais de gravidade: febre alta (acima de 37,8°C), presença de taquipneia, dispneia e saturação de oxigênio menor ou igual a 95% em ar ambiente; considerar, ainda, a presença de desidratação, inapetência e palidez cutânea como indicativos de gravidade.

Nas crianças, é sempre necessário considerar o diagnóstico diferencial entre SARS-CoV-2, Influenza, Vírus Sincicial Respiratório (VSR), e outros vírus.

Na ausência de sinais de gravidade, acompanhar ambulatorialmente, com atenção especial às crianças com fatores de risco para evolução mais grave da SG (menores de 2 anos, especialmente as menores de 6 meses, prematuras, portadoras de cardiopatias congênita, pneumopatia crônica, transtorno neurológico, condições que comprometem a imunidade).

Para o lactente com suspeita/confirmação de covid-19 é recomendada a continuação do aleitamento materno, visto que o leite materno tem inúmeros fatores imunológicos que protegem a criança contra outras infecções. A mãe deve ser orientada sobre as medidas de higiene e utilização de máscara durante os cuidados com o lactente e ao amamentar.

2.1-4-CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA CONFIRMAÇÃO DE CASO

1. POR CRITÉRIO CLÍNICO

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

2. POR CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO

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

3. POR CRITÉRIO CLÍNICO-IMAGEM

Caso de SG ou SRAG ou óbito por SRAG que não foi possível confirmar por critério laboratorial E que apresente pelo menos uma (1) das seguintes alterações tomográficas:

- OPACIDADE EM VIDRO FOSCO periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”), OU
- OPACIDADE EM VIDRO FOSCO multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”), OU
- SINAL DE HALO REVERSO ou outros achados de pneumonia em organização (observados posteriormente na doença).

4. POR CRITÉRIO LABORATORIAL EM INDIVÍDUO NÃO VACINADO CONTRA COVID-19

Caso de SG ou SRAG com teste de:

- BIOLOGIA MOLECULAR: resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real;
- PESQUISA DE ANTÍGENO: resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno (teste rápido). No estado de São Paulo, embora já seja disponível no mercado, ainda não está padronizado o uso do teste na rede assistencial do SUS;
- IMUNOLÓGICO: resultado REAGENTE para IgM, IgA e/ou IgG realizado pelos seguintes métodos: Elisa, Eclia, Clia, ou Imunocromatográfico (teste rápido).

5. POR CRITÉRIO LABORATORIAL EM INDIVÍDUO VACINADO CONTRA COVID-19

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

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

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



A COLETA DE RT-PCR

Considerar que a coleta do RT-PCR deve estar disponível em todas as unidades que atendem os casos iniciais de SG, tendo como objetivo agilizar a confirmação do caso e evitar deslocamento desnecessário do indivíduo para outros locais, evitando a disseminação do vírus.

2.1-5- INFLUENZA

Frente à possibilidade de que a SG seja decorrente de infecção pelo vírus da influenza, deve-se seguir os critérios para prescrição de Oseltamivir, para os casos sem confirmação de covid-19, que tenham condições e fatores de risco para complicações, independentemente da situação vacinal para influenza.

A indicação do uso de Oseltamivir fica reservada aos grupos:

- Gestantes e puérperas

- Crianças menores de 5 anos
- Adultos com 60 anos ou mais
- População indígena aldeada
- Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (risco de síndrome de Reye)
- Indivíduos que apresentem: pneumopatia (incluindo asma), tuberculose, cardiovascularpatia (exclui hipertensão arterial), nefropatia, hepatopatia, doença hematológica, distúrbio metabólico (inclui diabetes mellitus), transtornos neurológicos e do desenvolvimento que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração, imunossupressão, obesidade.

Esta indicação se fundamenta no benefício que a terapêutica precoce proporciona, tanto na redução da duração dos sintomas quanto na ocorrência de complicações da infecção pelos vírus da influenza em pacientes com condições e fatores de risco para complicações.

Todos os pacientes com síndrome gripal e com condições/fatores de risco devem ser orientados para retornar ao serviço de saúde para revisão do quadro clínico, quando deverão ser reavaliados quanto aos critérios de SRAG ou outros sinais de agravamento.

2.2- ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS DURANTE A PANDEMIA.

Para um bom manejo das condições crônicas é necessário que a equipe de saúde responsável por um território, estratifique o risco da população, mapeando os casos de baixo, médio e alto risco das diferentes condições crônicas de saúde dos usuários.

Recomenda-se, portanto, que a estratificação do risco seja um dos recursos utilizados pelas equipes de saúde para a organização das agendas e para priorização do uso das diferentes ferramentas tecnológicas disponíveis para fazer o acompanhamento das condições crônicas no território.

Quadro – estratificação de risco e ações de saúde

Risco		ESTRATO DE RISCO	AÇÕES DE SAÚDE A SEREM CONSIDERADAS
Baixo		Condições crônicas sem complicações	Teleatendimento multidisciplinar e/ou consulta coletiva (ferramentas de reunião virtual).
	Médio	Condições crônicas e multimorbidade	Teleatendimento, consultas virtuais multidisciplinares para monitoramento, estabilidade do quadro clínico, renovação das receitas
	Alto	Quadros instáveis, perda de autonomia e perda funcional grave	Consultas presenciais na unidade ou no domicílio.

Recomendações no contexto da pandemia

- Agendar as consultas com hora marcada e com intervalos maiores entre os atendimentos, reduzindo ao máximo o tempo de espera na unidade;
- Compatibilizar o atendimento dos casos agudos (sobretudo de covid-19) com a retomada, ou continuidade, do acompanhamento longitudinal dos usuários com condições crônicas, de acordo com a estratificação de risco, estabilidade clínica, capacidade de autocuidado e o contexto de vulnerabilidade e suporte familiar;
- Fornecer medicamentos para as condições crônicas, com prorrogação do prazo de receitas, ampliação do prazo de validade de novas receitas, entrega de maior volume de unidades de medicamento;
- Avaliar os exames de rotina programados nos planos de cuidado para esse período, reprogramar os que puderem ser adiados e garantir a

realização dos que forem imprescindíveis;

- Investir em formas de atendimento à distância (telefone, e-mail, WhatsApp, consultório virtual, entre outros) em substituição à consulta presencial na UBS, como estratégia de acompanhamento e monitoramento do plano de cuidados, especialmente para os usuários com estabilidade clínica, de baixo ou médio risco, com capacidade de autocuidado e suporte familiar; é importante que estas diferentes modalidades de atendimentos à distância sejam registradas no prontuário;
- Reservar o atendimento presencial para os casos cujo risco é alto, com instabilidade clínica persistente, faltante nas últimas consultas agendadas, ou mesmo para usuários com dificuldade de utilizar os meios de comunicação à distância;
- Recomenda-se atendimento presencial na unidade para gestantes, crianças e usuários que necessitem de medicação supervisionada ou exames específicos;
- Indica-se ainda o atendimento domiciliar, sempre que possível, para usuários com graves limitações funcionais e alta dependência de cuidados, incluindo egressos de internações por covid-19 em UTI;
- Monitorar usuários com agudização e/ou complicações das condições crônicas, atendidos nos serviços de urgência ou internados, para transição do cuidado após a alta, monitoramento até o completo restabelecimento e retomada do plano de cuidados para estabilização clínica;
- Manter articulação com a equipe do ambulatório de especialidades para discussão de casos de usuários de alto risco, principalmente aqueles que serão monitorados diretamente na UBS (presencialmente ou à distância).
- Propor estratégias de educação em saúde e comunicação com a população para uma circulação correta das informações quanto à covid-19 e a situação de saúde da comunidade. Reforçar a divulgação e orientação quanto às medidas de prevenção, reconhecimento precoce de sinais, sintomas de agravamento da infecção pelo SARS-CoV-2 e a nova forma de funcionamento da unidade de saúde no período de epidemia.



Esse período prolongado da pandemia de covid 19 resultou em uma sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde. Desta forma é fundamental redobrar a atenção nos procedimentos ofertados pelos serviços, realizando dupla checagem em todas as etapas do cuidado e antes de qualquer intervenção no paciente, seja em visitas domiciliares (residência correta para o usuário correto), consultórios, teleconsulta, administração de medicamentos, realização de exames e procedimentos, salas de vacina, entre outros.

Engajar toda a equipe de saúde por meio de sensibilização sobre a importância do tema e treinamentos sobre o protocolo.

Estimular o paciente e os familiares para que participem do processo do cuidado como barreira para a prevenção de falhas.

3- IMUNIZAÇÃO NAS UBS

3.1 VACINAÇÃO COVID 19

Considerando a disponibilidade limitada de doses da vacina, foram priorizados grupos populacionais segundo os critérios de exposição à infecção e de maiores riscos para agravamento e óbito pela doença. O escalonamento desses grupos para vacinação se dará conforme a disponibilidade de vacinas.

Até o momento, as vacinas covid-19 em uso no Brasil são a Sinovac/Butantan, Fiocruz/AstraZeneca e Pfizer/Wyeth, apresentadas nos quadros abaixo, conforme consta no Documento Técnico - Campanha de Vacinação contra a COVID-19, de 30 de abril (10ª atualização):

Vacina adsorvida covid-19 (inativada) - Sinovac/Butantan	
Plataforma	Vírus inativado
Indicação de uso *	Pessoas com idade maior ou igual a 18 anos
Forma Farmacêutica	Suspensão injetável
Apresentação	Frascos-ampola com 0,5 mL (frasco monodose) Frascos-ampola com 5 mL (frasco multidose – 10 doses)
Via de administração	IM (intramuscular)
Esquema vacinal/Intervalos	2 doses de 0,5 mL cada, com intervalo de 14 - 28 dias
Composição por dose	0,5mL contêm 600 SU de antígeno do vírus inativado SARS-CoV-2 Excipientes: hidróxido de alumínio, hidrogenofosfato dissódico, cloreto de sódio, dihidrogenofosfato de sódio, água para injetáveis e hidróxido de sódio para ajuste de pH.
Prazo de validade e conservação	12 meses a partir da data de fabricação se conservado na temperatura entre +2°C e +8°C (aprovado nos pedidos de uso emergencial pela ANVISA)
Validade após abertura do frasco	Frasco monodose - imediatamente após abertura do frasco Frasco multidose - 8 horas após abertura se conservada na temperatura entre +2°C e +8°C

Fonte: CGPNI/DEIDT/SVS/MS (Dados sujeitos a alterações)

*a indicação da vacina será para pessoas a partir de 18 anos de idade no país

Vacina covid-19 (recombinante) - AstraZeneca			
Farmacêutica	Fiocruz	Fiocruz/Serum Instituto of India	AstraZeneca - COVAX
Plataforma	Vacina covid-19 (recombinante)	Vacina covid-19 (recombinante)	Vacina contra a COVID-19 (ChAdOx1-S (recombinante))
Indicação de uso *	A partir de 18 anos de idade	A partir de 18 anos de idade	A partir de 18 anos de idade
Via de administração	Intramuscular	Intramuscular	Intramuscular
Apresentação	Frasco ampola multidose de 5 doses	Frasco ampola multidose de 10 doses	Frasco multidose de 10 doses
Forma farmacêutica	Suspensão	Suspensão	Solução
Esquema vacinal/ Intervalo entre as doses	2 doses de 0,5 mL, com intervalo máximo 12 semanas	2 doses de 0,5 mL, com intervalo máximo 12 semanas	2 doses de 0,5 mL, com intervalo máximo 12 semanas
Validade frasco multidose fechado	6 meses a partir da data de fabricação em temperatura de 2°C a 8°C	6 meses a partir da data de fabricação em temperatura de 2°C a 8°C	6 meses a partir da data de fabricação em temperatura de 2°C a 8°C
Validade frasco multidose aberto	*48 horas em temperatura de 2°C a 8°C	6 horas em temperatura de 2°C a 8°C	6 horas em temperatura de 2°C a 8°C
Temperatura de armazenamento	2°C a 8°C	2°C a 8°C	2°C a 8°C

Fonte: CGPNI/SVS/MS (dados sujeitos a alterações)

*A indicação da vacina será para pessoas a partir de 18 anos de idade no país.

**O tempo total cumulativo de armazenamento não deve exceder 48 horas.

Vacina covid-19 (RNA mensageiro) – Pfizer/Wyeth	
Plataforma	RNA mensageiro
Indicação de uso *	Pessoas com idade maior ou igual a 16 anos
Forma Farmacêutica	Suspensão injetável
Apresentação	Frascos-ampola diluído com 0,46 mL de suspensão injetável (frasco multidose – 06 doses)
Via de administração	IM (intramuscular)
Esquema vacinal/Intervalos	2 doses de 0,3 mL cada, com intervalo de 21 dias *
Prazo de validade e conservação	06 meses a partir da data de fabricação se conservado na temperatura entre -90°C e -60°C. Alternativamente, os frascos fechados podem ser armazenados e transportados entre -25°C a -15°C por um período único de até 2 semanas e podem retornar a -9°C a -6°C.
Validade após abertura do frasco	Frasco multidose - 6 horas após abertura se conservada na temperatura entre +2°C e +8°C

* Embora a orientação do Ministério da Saúde, em seu Décimo Quinto Informe Técnicos, de 02/maio/2021, preconize intervalo de 12 semanas, no estado de São Paulo será adotado intervalo de 21 dias, de acordo com a especificação técnica da vacina.

As equipes deverão estar atentas para:

• Troca inadvertida de fabricante da vacina

Indivíduos que iniciaram a vacinação contra a covid-19 deverão completar o esquema com a mesma vacina. Indivíduos que porventura venham a ser vacinados de maneira inadvertida com 2 vacinas diferentes

deverão ser notificados como um erro de imunização no e-SUS Notifica (<https://notifica.saude.gov.br>) e serem acompanhados com relação ao desenvolvimento de eventos adversos e falhas vacinais.

Esses indivíduos não poderão ser considerados como devidamente imunizados.

Nos casos nos quais o indivíduo tenha recebido a primeira dose da vacina Coronavac e venha receber inadvertidamente a segunda dose da vacina AstraZeneca, esta dose será considerada inválida. Nesta situação, deverá ser reagendada uma segunda dose da Coronavac, respeitando o intervalo de 14 dias entre a dose equivocada da AstraZeneca e a segunda dose da Coronavac. A mesma recomendação deve ser seguida caso a primeira dose administrada seja da vacina AstraZeneca e a segunda dose aplicada inadvertidamente seja a vacina Coronavac. Nesta situação, deve-se desconsiderar a dose administrada inadvertidamente e reagendar uma segunda dose conforme intervalo recomendado para a vacina AstraZeneca aplicada, e intervalo mínimo de 14 dias da vacina Coronavac.



• **Administração simultânea com outras vacinas (coadministração)**

É improvável que a administração simultânea das vacinas covid-19 com as demais vacinas do calendário vacinal incorra em redução da resposta imune ou risco aumentado de eventos adversos. No entanto, devido a ausência de estudos nesse sentido, bem como visando possibilitar o monitoramento de eventos adversos pós vacinação, neste momento, não se recomenda a administração simultânea com as demais vacinas do calendário vacinal.

Preconiza-se um INTERVALO MÍNIMO de 14 DIAS entre as vacinas covid-19 e as diferentes vacinas do Calendário Nacional de Vacinação.

Em situações de urgência, como a administração de soros antiofídicos ou vacina antirrábica para profilaxia pós exposição, esse intervalo poderá ser desconsiderado.

3.2 CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA - 2021

A campanha de vacinação contra a influenza coincidirá com a realização da vacinação contra a covid-19. Assim, é importante que seja priorizada a administração da vacina covid-19, para pessoas contempladas no grupo prioritário para a influenza e que ainda não foram vacinadas contra a covid-19. Nessas situações, deve-se agendar a vacina influenza, respeitando o intervalo mínimo de 14 dias entre as vacinas. Além disso, todas as medidas de prevenção à transmissão da covid-19 nas ações de vacinação contra Influenza deverão ser adotadas

Em 2021, a 23ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, será realizada no período de 12 de abril a 09 de julho.

A vacinação contra a influenza permitirá, ao longo de 2021,

prevenir o surgimento de complicações decorrentes da doença, óbitos e suas consequências sobre os serviços de saúde, além de minimizar a carga da doença, reduzindo os sintomas que podem ser confundidos com os da covid-19. As ações de imunizações continuam a ser extremamente importantes para a proteção contra a influenza e devem ser mantidas apesar de todos os desafios frente à circulação contínua ou recorrente do SARS-CoV-2.

3-3 VACINAÇÃO DE ROTINA

A vacinação de rotina **deve ser mantida**. A eventual interrupção destas ações pode levar ao aumento de casos de doenças imunopreveníveis.

Devem ser adotadas estratégias seguras que viabilizem a vacinação de rotina e limitem a transmissão do vírus, incluindo as seguintes recomendações:

- Manter a carteira de vacinação atualizada.
- Organizar a entrada na sala/ambiente de vacinação de modo a evitar aglomerações.
- Quando a capacidade de atendimento for limitada, deve-se priorizar a vacinação de crianças menores de 5 anos, gestantes, idosos e grupos de risco, seja no serviço de vacinação ou no atendimento extramuros (casa a casa, em instituições, áreas de difícil acesso, locais alternativos, entre outros).
- O serviço deve desenvolver estratégias para realizar busca ativa para o seguimento da rotina vacinal em pessoas dos grupos prioritários (crianças menores de 5 anos, gestantes, idosos e grupos de risco) e que não foram vacinadas.
- Crianças menores de 5 anos: aproveitar a presença na unidade de saúde ou a visita domiciliar da equipe de saúde para aplicar o maior número possível de vacinas, respeitando o intervalo recomendado entre elas, quando for o caso, e entre as doses.
- Gestantes: a vacina influenza deve ser aplicada o mais cedo possível, independentemente da idade gestacional; a vacina dTpa a

partir da 20ª semana de gestação e a vacina hepatite B, a qualquer momento, de acordo com o histórico vacinal.

- Idosos: atenção especial às vacinas influenza e pneumocócicas.
- Considerando a transmissão ativa do vírus do sarampo no estado de São Paulo, recomenda-se intensificar a vacinação com a tríplice viral [Sarampo-caxumba-rubéola (SCR)] da população de seis meses a 19 anos de idade, com busca ativa de faltosos.
- Manter em dia a vacinação de rotina dos profissionais de saúde: tríplice viral, influenza, dupla adulto, hepatite B.

4- AÇÕES E ATIVIDADES NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE APÓS A ALTA HOSPITALAR DE PESSOAS COM SRAG

A equipe da UBS deve estar atenta ao momento da alta hospitalar, com vistas à transição do cuidado após a alta, até o pronto restabelecimento do usuário. Especial atenção para os casos que demandem a reabilitação física e emocional após internações prolongadas em UTI. Nos municípios que possuem Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), com fisioterapeutas e educadores físicos, é necessário que o trabalho desses profissionais integre o cuidado dos pacientes egressos de internações, particularmente aqueles com quadros mais graves, que necessitaram de ventilação mecânica.

Nos municípios onde existe serviço de Atenção Domiciliar, é necessário integrar ações entre as equipes. Pode ser necessário, ainda, articular outros recursos da rede de atenção à saúde para o processo de reabilitação desses egressos de internação por covid-19.

5. MONITORAMENTO DOS CASOS E RASTREAMENTO DOS CONTATOS

O monitoramento dos casos e o rastreamento dos contatos constituem estratégias importantíssimas para evitar a transmissão pessoa a pessoa do SARS-CoV-2.

Frente a um caso suspeito de covid-19, recomenda-se o imediato isolamento até que o quadro seja definido, para novas orientações.

Nos casos diagnosticados como covid-19, recomenda-se o isolamento durante 10 dias, contados a partir do início dos sintomas; o isolamento pode ser suspenso após o 10º dia, desde que permaneçam sem febre há pelo menos 24 horas e em remissão dos sintomas respiratórios.

Nos casos de SG em que não foi possível a confirmação diagnóstica e que apresentem resultado de exame laboratorial não reagente ou não detectável para covid-19 pelo método molecular (RT-PCR) ou teste rápido para detecção de antígeno para SARS-Cov-2, as medidas de isolamento podem ser suspensas desde que o indivíduo permaneça afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios.

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

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

- identificar, isolar e monitorar os contatos próximos de casos confirmados de covid-19;
- os contatos devem ser orientados à permanecer em quarentena por 14 dias desde o último contato com o caso suspeito.
- Deve-se levar atestado aos contatos para que possam permanecer afastados de suas atividades.
- identificar oportunamente possíveis casos de covid-19 em indivíduos assintomáticos;
- orientar a busca por atendimento médico precoce;
- interromper as cadeias de transmissão, diminuindo o número de casos novos de covid-19.

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

Para maiores detalhes em relação às recomendações de isolamento dos casos e rastreamento dos contatos, consultar o Guia de Vigilância Epidemiológica do MS, publicado em 15/03/2021.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo – **CIB/SP. Deliberação CIB nº 42, de 23-04-2021**. 2021 [DOE – 24/04/2021 – seção 1 – p. 38].
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de tratamento de Influenza: 2017** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. **Guia de vigilância epidemiológica Emergência de saúde pública de Importância nacional pela Doença pelo coronavírus 2019 – covid-19** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- Brasil. Ministério da Saúde; CONASS; CONASEMS. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia covid-19 na Rede de Atenção à Saúde 4ª edição**. Brasília. 2021. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Covid-19_guia_orientador_4ed.pdf .
- Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **DÉCIMO QUINTO INFORME TÉCNICO**. 02/maio/2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/maio/3/anexo-decimo-quinto-informe-tecnico.pdf> .
- SES-SP/CCD/CVE. **23ª Campanha de Vacinação Contra a Influenza**. 2021. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/imunizacao/2021/documentotecnico_23campanhacontraainfluenza_2021.pdf .
- SES-SP/CCD/CVE. **Documento Técnico Campanha de Vacinação contra a COVID-19**. 2021 [10ª atualização em 30/04/2021]. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/vacina/documentos-tecnicos-covid-19/documentotecnico_campanhadevacinacaocontraacovid_10atualizacao.pdf .



SÃO PAULO

GOVERNO DO ESTADO

| Secretaria da Saúde

