

RECOMENDAÇÃO DO CENTRO MUNICIPAL DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO CRISTÓVÃO, SERGIPE

Coronavírus é uma família de vírus que causa infecções respiratórias. Sete vírus nesta família infectam seres humanos, quatro deles provocam um resfriado comum e são endêmicos ao redor do mundo (hCoV-229E, hCoV-HKU1, hCoV-NL63 e hCoV-OC43), dois são mais agressivos, ocorreram em 2002 (SARS-CoV - na província de Guangdong na China, infectou mais de 8.000 pessoas, com taxa de letalidade de aproximadamente 10%) e em 2012 (MERS-CoV - em regiões do Oriente Médio, infectou cerca de 2.500 pessoas, com taxa de letalidade de aproximadamente 35%) e por fim, recentemente descoberto, o SARS-CoV-2, causador da Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19), responsável pela atual pandemia e com uma taxa de mortalidade mais alta que os coronavírus endêmicos (WESTON; FRIEMAN, 2020; WIT et al., 2016).

Dados do Center for Systems Science and Engineering da Johns Hopkins University, consultados às 15h e 32min de 26/05/2020, mostram a existência de 5.549.131 casos confirmados da COVID-19 ao redor do mundo, com um total de 348.224 mortes, o que representa uma letalidade de 6,28%. O Brasil ocupa a 2ª posição no ranking de casos confirmados e 6ª de óbitos pela COVID-19, distribuídos entre 188 países com registros da doença. Dados do Painel Coronavírus do Ministério da Saúde, atualizado às 19h e 25min de 25 de maio de 2020, mostram que, no país, há 374.898 casos confirmados e 23.473 óbitos, o que resulta em uma letalidade de 6,28%. No Sergipe, dados da Secretaria de Estado da Saúde, publicados às 18h de 25/05/2020, mostram a existência de 5.448 casos confirmados e 103 óbitos, o que representa uma letalidade de 1,89%. Infere-se que esses dados ainda não refletem a realidade epidemiológica desta pandemia, haja vista que, até o momento, a grande massa de casos leves e/ou moderados não foi testada.

Considerando que o Brasil possui uma taxa de contágio de 2.81 (2.25-3.57), o que significa que cada brasileiro com a COVID-19 transmite o vírus para até quatro pessoas;

Considerando a elevada subnotificação de infectados da COVID-19, estimada em cerca de mais 7,7 casos para cada confirmado;

Considerando que Sergipe ocupa a 4ª posição no ranking de estados do Nordeste brasileiro com maior incidência da COVID-19;

Considerando que o município de São Cristóvão ocupa a 4ª posição no ranking estadual de

casos confirmados da COVID-19;

Considerando que, segundo dados da pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, cerca de 23,3% da população de São Cristóvão já teve contato com o vírus da COVID-19;

Considerando o aumento no número de óbitos, com tendência crescente, sendo 3 confirmados nas últimas 48h e mais 3 em investigação;

Considerando o aumento de casos mais graves, com necessidades clínicas de leitos de estabilização e de terapia intensiva;

Considerando a saturação no número de leitos de UTI no Estado, com uma taxa de ocupação de 81,2% na rede pública e de 92,1% na rede privada, divulgados às 18h de 25/05/2020;

Considerando que o município de São Cristóvão precisa melhorar os índices de isolamento social de 57% (em 24/05/2020) para níveis acima de 70%, para redução significativa de infectados e consequente diminuição da pressão no sistema de saúde;

Considerando que o isolamento social é a medida mais efetiva no combate a COVID-19.

O Centro Municipal de Operações de Emergências em Saúde Pública do município de São Cristóvão, em reunião ordinária realizada em 26/05/2020, recomenda as seguintes medidas para conter o avanço da COVID-19:

1. Fechamento de todo o comércio, salvo atividades essenciais;
2. Tornar obrigatória a permanência das pessoas em suas respectivas residências;
3. Manter o fechamento das escolas, universidades e demais instituições de ensino públicas e privadas;
4. Manter proibição de atividades culturais e de lazer;
5. Fechamento das feiras livres;
6. Proibição de qualquer aglomeração de pessoas;
7. Instalação de barreiras de controle e fiscalização nas vias.

Ressalta-se que a operacionalização destas medidas depende, essencialmente, de articulações intersetoriais e apoio/incentivos estaduais.

Referências

BRASIL. **Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 26 maio 2020.

IMPERIAL COLLEGE LONDON. Short-term forecasts of COVID-19 deaths in multiple countries. **University of Sussex**. Disponível em: <https://mrc-ide.github.io/covid19-short-term-forecasts/index.html>. Acesso em: 26 maio 2020.

RIBEIRO, L. C.; BERNARDES, A. T. Estimate of underreporting of COVID-19 in Brazil by Acute Respiratory Syndrome hospitalization reports. **Nota Técnica**. UFMG, 2020. Disponível em: <https://www.cedeplar.ufmg.br/component/phocadownload/category/18-noticias?download=1296:subestimacao-covid19>. Acesso em: 26 maio 2020.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. **Coronavirus COVID-19 Global Cases by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE)**. Disponível em: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>. Acesso em: 26 maio 2020.

REIS, R. F. et al. Characterization of the COVID-19 pandemic and the impact of uncertainties, mitigation strategies, and underreporting of cases in South Korea, Italy, and Brazil. **Chaos, Solitons and Fractals**, v. 20, n. 30288-5, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chaos.2020.109888>. Acesso em: 26 maio 2020.

UFS. UFS divulga resultados de testes rápidos da covid-19 em dez municípios de Sergipe. **Site**, 2020. Disponível em: <http://www.ufs.br/conteudo/65311-ufs-divulga-resultados-de-testes-rapidos-da-covid-19-em-dez-municipios-de-sergipe>. Acesso em: 26 maio 2020.

WALKER, P.G.T. et al. **The Global Impact of COVID-19 and Strategies for Mitigation and Suppression**. WHO Collaborating Centre for Infectious Disease Modelling, MRC Centre for Global Infectious Disease Analysis, Abdul Latif Jameel Institute for Disease and Emergency Analytics, Imperial College London. 2020. Disponível em: <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/gida-fellowships/Imperial-College-COVID19-Global-Impact-26-03-2020v2.pdf>. Acesso em: 26 maio 2020.

WESTON, S.; FRIEMAN, M.B. COVID19: knowns, unknowns, and questions. **mSphere**.

2020;5:e00203-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1128/mSphere.00203-20>. Acesso em: 26 maio 2020.

WIT, E. et al. SARS and MERS: recent insights into emerging coronaviruses. **Nat Rev Microbiol.** 2016;14:523–534. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/nrmicro.2016.81>. Acesso em: 26 maio 2020.

São Cristóvão, SE, 26/05/2020

Secretária Municipal de Saúde

ANEXO A



Boletim 06

Nordeste, 05 de maio de 2020

Comitê Científico propõe contratação de médicos intensivistas, regulação de vagas em UTI, planejamento de *lockdown* e afirma: “é fundamental ampliar a proteção aos profissionais de saúde”

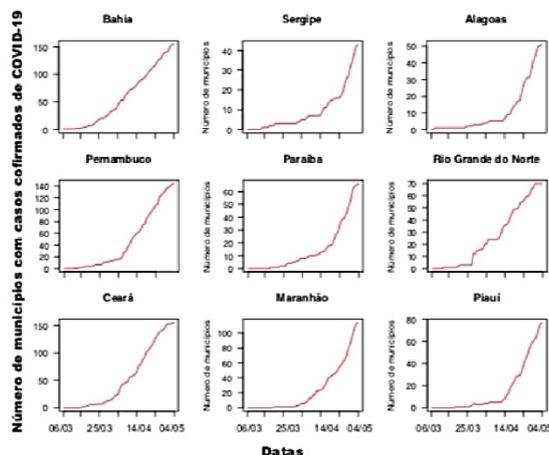
O Comitê Científico do Consórcio Nordeste para o enfrentamento da COVID-19, com base nos trabalhos dos subcomitês e de colaboradores em todo o Brasil e no Exterior, publica este Boletim nº. 06 com recomendações aos governadores e prefeitos dos Estados e municípios do Nordeste.

1 – Manutenção das medidas de isolamento social

A última semana registrou acelerado crescimento no contágio por COVID-19 no Brasil, com aumento no número de mortos e colapso nos sistemas de saúde, chamando a atenção para a precariedade dos sistemas de saúde e de infraestrutura de saneamento, e também para o alto risco de contágio em regiões muito adensadas, principalmente nas periferias das grandes cidades. Infelizmente, as simulações matemáticas disponíveis realizadas pelo Comitê Científico do Consórcio Nordeste mostram que os picos do número diário de novos casos da COVID-19 e de mortes não serão atingidos antes do mês de junho.

As diretrizes estipuladas pela Organização Mundial da Saúde, que preconizam o isolamento dos casos e o distanciamento social, são as principais ações para conter o aumento do número de vítimas e não sobrecarregar os sistemas de saúde. Portanto, é fundamental que Governadores e Prefeitos ampliem as medidas restritivas de isolamento social e intensifiquem as campanhas de esclarecimento da população sobre o comportamento necessário até que a evolução da epidemia indique que as medidas possam ser flexibilizadas.

Nos gráficos abaixo, com dados até o dia 04 de maio, pode-se observar a curva de contágio nos municípios do Nordeste, com segmentação por Estado. Embora haja variação entre eles, a curva é sempre ascendente e indica a necessidade de medidas de achatamento da curva, o que só reforça a urgência de aplicação das medidas de restrição de mobilidade.



2 - Critérios quantitativos para *lockdown*

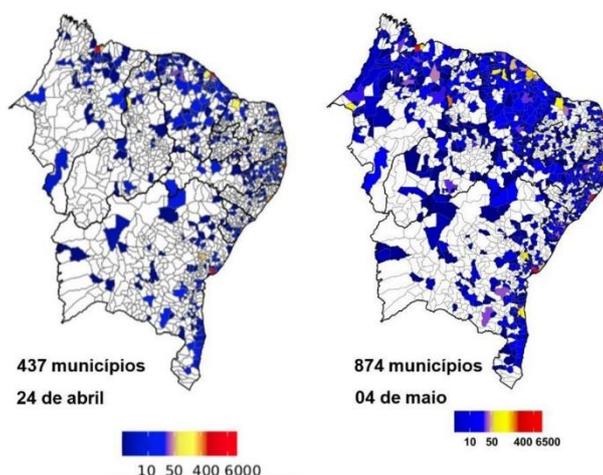
O Comitê, dada a gravidade e aceleração do contágio, recomenda aos Estados que estabeleçam critérios objetivos para decretação de *lockdown*, associando, a eles, medidas legais, políticas e de segurança que deem sustentação à eventual ocorrência.

Lockdown é uma medida não farmacológica recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para situação de avanço consistente na curva de contágio e na consequente incapacidade de o sistema de saúde atender à população infectada.

Os Estados do Nordeste do Brasil deverão decretar *lockdown* quando os números de leitos hospitalares tenham superado 80% de ocupação e, ao mesmo tempo, a curva de casos e de óbitos seja ascendente. O *lockdown* é eficaz para reduzir a curva de casos e dar tempo para reorganização do sistema. É sabido que países que o implementaram, conseguiram sair mais rápido do momento mais crítico.

O planejamento do *lockdown* permitirá que ele seja aplicado de maneira seletiva, isto é, atingindo algumas cidades ou regiões e, também, todas ou algumas estradas. Observe-se que, num *lockdown*, todas as entradas do perímetro determinado são bloqueadas por profissionais de segurança e ninguém deve ter permissão de entrar ou sair sem justificativa plausível.

Importante considerar, portanto, que a decretação de *lockdown* deverá ser feita em comum acordo com demais forças políticas e de segurança, sendo necessário, para isso, o envolvimento das forças armadas e polícias estaduais. Nos mapas abaixo, que identificam casos notificados por município, mostramos como a pandemia está se dirigindo rapidamente ao interior do Nordeste, região com menos estrutura sanitária. Observe-se que, no dia 04 de maio, 874 municípios nordestinos (49%) já tinham casos confirmados de COVID-19. O dobro de municípios em relação ao dia 24 de abril.



3 – Centralização das vagas em UTIs

O Comitê Científico do Consórcio Nordeste recomenda que todos os Estados estabeleçam procedimentos de regulação do acesso aos leitos de UTI a partir de critérios técnicos, clínicos e sanitários, com o objetivo de organizar fila única de acesso da população aos serviços de forma universal e igualitária.

Esta regulação deve incluir os leitos da rede própria, dos serviços contratualizados com as entidades filantrópicas e, ainda, os leitos da rede privada que estão à disposição dos planos de saúde complementar.

Recomenda ainda aos Estados que adotem medidas para requisição da totalidade de leitos e definam protocolos de atendimento que permitam o acesso às vagas de UTI por meio de suas centrais de regulação.

4 – Medidas para implantação das Brigadas de Saúde

No Boletim 04, o Comitê recomendou a criação de uma Brigada Emergencial de Saúde com vistas ao reforço no atendimento primário e à busca ativa por pessoas infectadas e mais vulneráveis que, neste caso, precisam se submeter a medidas adequadas de distanciamento social. O Consórcio publicou Resolução 08 que disciplina a Brigada SUS|NE. Assim, torna-se necessário que os Estados tomem medidas práticas e legais para que tal decisão se efetive, convocando os que dela podem participar para atuação imediata.

Para tanto, é importante que as universidades, em conjunto com os gestores de saúde, desenvolvam programas de formação voltados ao cuidado da população no contexto da pandemia, com foco na promoção e prevenção da saúde nos territórios.

Em relação à inclusão dos médicos brasileiros formados no exterior, sugerimos que, além de eventuais novas medidas legais, os governos atuem junto às universidades públicas, estaduais e



federais, para que instituíam, no âmbito de suas competências, programa de adaptação formativa com vistas à revalidação de diplomas. Além disso, é importante que os Estados garantam apoio às universidades na realização de processos de seleção que deverão ser céleres e simplificados considerando a situação de emergência.

5 – Contratação de médicos intensivistas

Para além da necessidade de reforço na atenção primária e contratação de profissionais para atuação nos territórios por meio da Brigada SUS|NE, o Comitê científico, considerando a falta de médicos especialistas no Nordeste, recomenda aos Estados que adotem medidas para o aumento do número de médicos intensivistas nos hospitais dedicados ao atendimento de pacientes infectados por COVID-19. Os Estados devem lançar mão do remanejamento de profissionais de outros serviços e da contratação de especialistas, ainda que, para tal, seja preciso promover ações de cooperação internacional.

6 - Proteção às equipes de saúde

Na atual crise da pandemia que se instalou no Nordeste e no Brasil, a atuação dos profissionais de saúde é essencial para preservar a vida das pessoas. Para isso é de suma importância a adoção urgente de medidas que protejam os profissionais que têm se dedicado aos cuidados da população. Nesse sentido, o Comitê recomenda que os governos estaduais e municipais tomem as seguintes medidas urgentes para prevenir transmissão da infecção pelo SARS-CoV-2 nos hospitais públicos:

- Acionar o núcleo de controle de infecção hospitalar para vigilância da observação dos protocolos;
- Realizar a triagem dos pacientes fora do hospital, em tendas, para permitir que o suspeito sintomático seja direcionado para áreas vermelhas, de alto risco, de maneira a garantir ambiência física e fluxos assistenciais em todo o hospital em acordo com as medidas sanitárias necessárias recomendadas por normas vigentes de biossegurança (proteção de profissionais e usuários dos diversos setores como maternidade, ambulatórios essenciais, enfermarias diversas entre outros);
- Instituir fluxo nas urgências, com encaminhamento dos pacientes dispnéicos diretamente para a sala de pronto atendimento;
- Organizar o “trânsito”, dentro do hospital, de modo que os profissionais diretamente alocados nos cuidados de pacientes com Covid-19, não circulem em outras áreas;
- Selecionar área especial para paramentação dos profissionais separadas da área de desparamentação, com treinamento exaustivo da técnica de desparamentação;
- Garantir treinamento para cuidado de paciente grave em enfermaria e terapia intensiva, considerando os maiores riscos para manejo clínico, intubação orotraqueal, cuidado de paciente crítico, uso adequado de EPIs entre outros temas para todos os profissionais das equipes;
- Verificar quantos e quais profissionais de saúde têm pessoas de maior risco nos domicílios (idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes, imunodeprimidos), sugerindo que realizem, se possível, “distanciamento”, dentro do domicílio;
- Assegurar hospedagem em hotéis e pousadas para os profissionais de saúde que queiram deixar as famílias mais seguras;



- Assegurar transporte para os profissionais que não possuem veículos particulares, reduzindo o risco de infecção dos mesmos nos transportes coletivos, bem como o risco de que sejam agentes infectantes;
- Expandir a realização de exames de diagnóstico para todos os profissionais, uma vez que indivíduos assintomáticos e pré-sintomáticos têm papel fundamental na transmissão da Covid-19;
- Assegurar a garantia institucional dos Equipamentos de Proteção Individual de qualidade e dentro dos parâmetros técnicos de recomendação a todos os profissionais.

7 - Desinfecção rigorosa de banheiros para prevenir infecção hospitalar

Estudo publicado pela revista Nature no dia 27 de abril avaliou a presença do SARS-CoV-2 em diferentes áreas de dois hospitais em Wuhan, China, primeiro epicentro da pandemia. O SARS-CoV-2 foi detectado em níveis muito baixos em aerossóis coletados nas enfermarias de isolamento e salas de pacientes ventiladas, porém, alta concentração viral foi detectada nas áreas de banheiro dos pacientes. Os níveis de SARS-CoV-2 no ar da maioria das áreas hospitalares públicas foram indetectáveis, exceto em duas áreas propensas a aglomeração de pessoas. Todavia, a desinfecção rigorosa do ambiente foi capaz de eliminar a presença do vírus no ar. Assim, o Comitê Científico recomenda o aumento da frequência da desinfecção em banheiros de hospitais e outras unidades de saúde.

8 – Sala de situação e controle em operação

O Comitê científico está disponibilizando aos governos estaduais uma sala de situação e controle com gráficos e informações atualizadas em tempo real que serve de apoio para tomada segura de decisões e permite visualização da evolução do contágio e sua cartografia, características dos pacientes atendidos, identificação de casos por geolocalização. As informações geradas por esta sala de situação e controle deverão ser usadas para a alocação das brigadas de saúde nos territórios e alocação de equipamentos e insumos médicos. Como se vê, a integração da gestão por meio do uso dessa ferramenta fortalece a assertividade das ações dos governos e permite que os agentes públicos atuem sustentados por conhecimento científico.



9 - Recomendações sobre testes para COVID 19 por RT-PCR



Os testes para COVID-19 por RT-PCR são estratégicos para o combate à COVID-19. Todos os países que controlaram a COVID-19 usaram como estratégia a testagem em massa e isolamento social rigoroso. Dos testes dependem três aspectos essenciais.

- O monitoramento da evolução da epidemia, a avaliação das ações de mitigação, as previsões epidemiológicas e o planejamento da reabertura;
- A manutenção do sistema de saúde, encaminhando o mais rapidamente possível os pacientes com COVID-19 para seus atendimentos, isolando os profissionais de saúde doentes e readmitindo os curados;
- A seleção de pacientes para tratamentos e o monitoramento da evolução da doença. Vale ressaltar que a dinâmica da COVID-19 pode ter sintomatologia distinta com implicações epidemiológicas importantes, que podem estar associadas a *formas* regionais ou linhagens virais distintas.
- É importante ressaltar que os testes rápidos, imunocromatográficos, não substituem os testes por RT-PCR para estes fins.

Diferentes estratégias de combate a COVID-19 se basearam em estatísticas por testes por RT-PCR, sejam testes em massa com investigação de contatos como na Coreia do Sul ou Cingapura, sejam testes limitados a pessoas hospitalizadas e profissionais de saúde como nos Estados Unidos ou na França.

No presente momento é necessário que cada Estado tenha uma coordenação política e técnica de testagem, claramente definida para atender com urgência à quantificação e ampliação da capacidade de testes, que se comunique diariamente com os laboratórios responsáveis pelos testes. A ausência desta coordenação poderá levar a interrupção da testagem devido a gargalos que precisam ser identificados caso a caso. A ausência de coordenação de testagem corresponde a “navegar no escuro” no meio a pandemia.

10 - Subcomitê de assessoria estratégica

Os coordenadores do Comitê científico decidiram pela criação de um subcomitê de assessoramento estratégico para auxiliá-los na manipulação e tratamento de informações.

Comitê científico do Nordeste

Coordenação Miguel Nicoletis e Sérgio Rezende.

Membros: Adélia Carvalho de Melo Pinheiro (BA); Antônio Silva Lima Neto (CE); José Noronha (PI); Ricardo Valentim (RN); Luiz Cláudio Arraes de Alencar (PE); Sinval Brandão Filho (PE); Marco Aurélio Góes (SE) Marcos Pacheco (MA); Maurício Lima Barreto (BA); Priscilla Karen de Oliveira Sá (PB); Roberto Badaró (BA); e Fábio Guedes Gomes (AL).

Informações:

Flávia Gianini | (11) 98442-2114

flavia.gianini@consorcionordeste.com

ANEXO B



Boletim 07

Nordeste, 21 de maio de 2020

Comitê Científico recomenda aumento das medidas de isolamento e *lockdown*, reforço na criação de Brigadas Emergenciais de Saúde, testagem para Covid-19 e Dengue.

Em face da contínua expansão da pandemia de Coronavírus, o Comitê Científico de Combate ao Coronavírus faz as seguintes sugestões ao Consórcio de Governadores da Região Nordeste.

1 – Aumento dos índices de isolamento social e recomendações específicas para o estabelecimento do *lockdown*

Em razão da continuidade de curvas crescentes de casos e óbitos em toda a região Nordeste, o Comitê Científico de Combate ao Coronavírus continua apoiando, de forma unânime, a manutenção e ampliação das medidas de isolamento social como única forma eficiente de reduzir o número de contágios e evitar a sobrecarga e o colapso dos sistemas de saúde. A manutenção e ampliação desta medida se faz ainda mais urgente com a constatação do aumento de casos de dengue e chikungunya em toda a região Nordeste e no resto do país (ver item 4, abaixo).

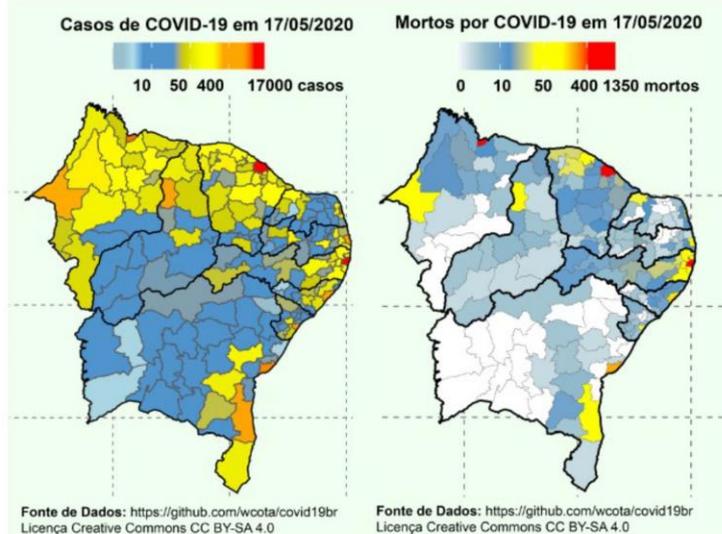
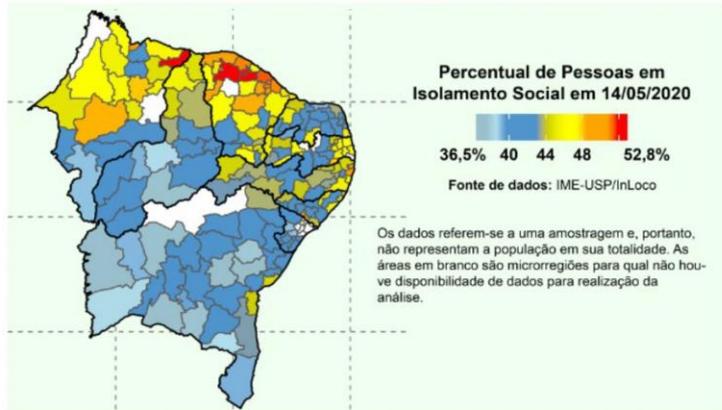
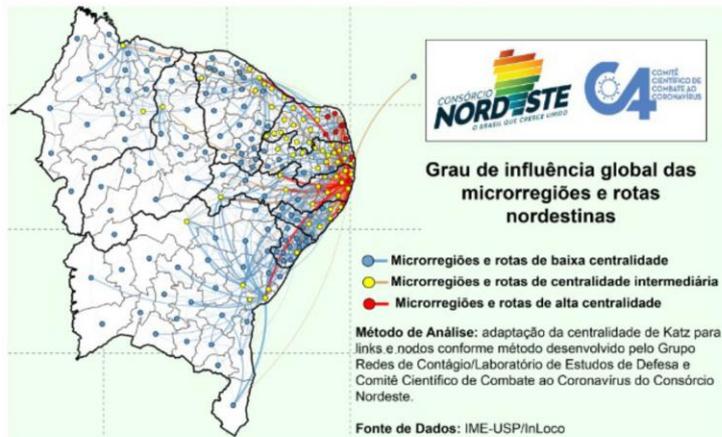
Além desta recomendação genérica, o Comitê Científico se sente na obrigação profissional de alertar que em vários estados, capitais e municípios específicos da região Nordeste, todos os critérios (curva ascendente de casos e óbitos e ocupação de leitos de UTIs e/ou enfermarias superior a 80%) para adoção do isolamento mais restritivo (conhecido pelo termo em inglês *lockdown*), aprovados e publicados por este Comitê, já foram preenchidos. Portanto, a partir de hoje estas localidades podem ter que utilizar esta medida para diminuir as curvas de expansão da pandemia e evitar uma velocidade ainda maior no número de óbitos

Neste primeiro momento, o Comitê julga que as condições para o *lockdown*, já utilizado em diferentes formatos em São Luiz, Fortaleza e na área metropolitana do Recife, também já se fazem presentes na área metropolitana de João Pessoa (83-88% de ocupação de leitos de UTI nas últimas 48h) e em Campina Grande (83% de ocupação de leitos de UTI), no estado da Paraíba, nas cidades de Mossoró e Natal, no estado do Rio Grande do Norte e nas cidades de Arapiraca (85-92% dos leitos de enfermaria ocupadas nas últimas 48h) e São Miguel dos Campos (91% dos leitos de enfermaria ocupados) no estado de Alagoas. Salvador, na Bahia, chegou no limite ao atingir 80%



dos leitos de UTI ocupados no dia 20 de maio. Esta é uma recomendação científica para os governadores e prefeitos dos estados e cidades supracitados, cabendo a esses gestores decidir pela sua implementação ou não.

Para oferecer subsídios para o planejamento de eventuais *lockdowns* acrescidos de barreiras sanitárias nas principais rodovias do Nordeste, o Comitê disponibiliza neste Boletim a análise dos principais entroncamentos rodoviários de cada Estado, níveis de isolamento social em todo Nordeste, bem como distribuição geográfica de casos e óbitos na região (Figura 1). O mapa e a análise de fluxos pelos principais entrocamentos rodoviário também podem ser usados para selecionar os alvos de ações localizadas, por parte de cada governo estadual, para impedir o contínuo fluxo de casos para localidades do interior que ainda possuem um número reduzido de pacientes infectados.





2 – Uso da cloroquina e da hidroxicloroquina

Em resposta à Portaria do Ministério da Saúde, publicada no dia 20 de maio de 2020, o Comitê mantém sua posição inicial, baseada em amplas evidências científicas e clínicas publicadas nas maiores revistas científicas do mundo e ratificadas pelas mais importantes instituições de pesquisas internacionais, entre as quais o National Institute of Health (EUA), a European Medical Agency (Comunidade Européia) e a Fiocruz, no Brasil, contrárias ao uso da cloroquina e da hidroxicloroquina, isoladas ou em associação com outros medicamentos, para o tratamento de qualquer fase da infecção provocada pelo Coronavírus.

Além de não haver nenhuma demonstração científica ou clínica crível da efetividade terapêutica desses medicamentos, em qualquer estágio da infecção por Covid-19, os graves efeitos colaterais que podem advir do seu uso em pacientes portadores do Coronavírus, incluindo morte súbita por parada cardíaca irreversível, insuficiência hepática e renal, justificam plenamente a decisão deste Comitê. Na realidade, o uso desses medicamentos constitui conduta temerosa que pode pôr pacientes em risco de morte, sem oferecer nenhum benefício terapêutico comprovado.

Referências:

- 1 - <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2012410>
- 2 - <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2766117>
- 3 - <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1844>
- 4 - <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1849>

3 - Sobre os protocolos ambulatoriais para Serviços de Atenção Primária à Saúde

O Comitê Científico reitera que os profissionais de saúde de Estados e Municípios sigam as orientações do protocolo para Serviços de Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família (APS/ESF) do Ministério da Saúde, publicado em 01 de abril de 2020 para guiá-los nos serviços de APS/ESF quanto ao manejo e controle da infecção COVID-19.

Considerando a existência de fase de transmissão comunitária da COVID-19, é imprescindível que os serviços de APS/ESF trabalhem com abordagem sindrômica do problema, não sendo mais exigida a identificação do fator etiológico por meio de exame específico.

O referido protocolo foca na abordagem clínica da Síndrome Gripal e da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), independentemente do agente etiológico. Como é de conhecimento de todos, múltiplos agentes virais são responsáveis por essas duas síndromes, sendo o vírus da Influenza o de maior magnitude nos últimos anos. Entretanto, há evidências e dados internacionais indicando que a transcendência da COVID-19 supera a da Influenza.



4– Brigadas Emergenciais de Saúde

Este Comitê enfatiza, novamente, a necessidade imperiosa de se pôr em prática imediatamente, sem maiores atrasos ou postergações, a recomendação feita anteriormente, por este órgão de assessoria do Consórcio, de estabelecer, a nível de cada estado, a criação de Brigadas Emergenciais de Saúde. A finalidade principal delas deve ser o uso de equipes formadas por médicos da família, enfermeiros e agentes de saúde para combater o Coronavírus onde ele nos ataca inicialmente: nas casas das pessoas, nos bairros, municípios do interior e periferias das grandes capitais.

Dado o sucesso experimentado pelo aplicativo MONITORA COVID-19, que já conta com mais de 50 mil usuários cadastrados (e 67 mil usuários no total), a sincronização dos dados georreferenciados obtidos com este aplicativo com a atuação das brigadas em campo, é parte essencial da estratégia de combate ao Coronavírus defendida por este Comitê. Acreditamos, amplamente, que essa estratégia pode ser um divisor de águas no combate ao Coronavírus no Nordeste e em todo o Brasil. Dessa forma, renovamos o apelo para que todos os estados sigam essa diretriz, a exemplo do Maranhão e Piauí, que já implementaram suas brigadas. No Piauí, inclusive, um teste piloto da integração dos dados oferecidos pelo aplicativo MONITORA COVID19 e a busca ativa de casos suspeitos de portar o coronavírus foi realizada com grande sucesso. Renovamos, também, a nossa recomendação anterior de que os governos estaduais incluam em seus decretos a necessidade de recrutar médicos brasileiros diplomados no exterior, através da criação de programas estaduais de revalidação de diplomas, como faculta a lei, seguindo o exemplo do Maranhão.

Vale ressaltar que a estratégia proposta por este Comitê, de acoplar o uso dos dados obtidos pelo MONITORA COVID-19 com a atuação em campo das Brigadas Emergenciais de Saúde, já começou a ser discutida em outros Estados brasileiros além da região Nordeste.

5– Aumento da testagem tanto para Coronavírus como para a dengue

Em face do aumento significativo de casos de Coronavírus, mas também de dengue na região Nordeste, o Comitê vê como imperiosa a necessidade de se aumentar a testagem da população em toda a região para ambas as infecções. Para tanto, o Comitê solicita que os governos estaduais se informem sobre a disponibilidade prevista de testes para a dengue, uma vez que o aumento de casos dessa doença também contribuirá para a sobrecarga dos sistemas de saúde do Nordeste nas próximas semanas. No que tange ao Coronavírus, o Brasil continua sendo um dos países do G20 que menos testa sua população. Sem o uso de testes confiáveis, o combate à pandemia fica extremamente prejudicado.



6– Divulgação para a população dos programas assistenciais federais

O Comitê também aprovou a necessidade dos governos estaduais ampliarem a disseminação das informações referentes aos programas assistenciais federais existentes, para auxiliar financeiramente a população do Nordeste durante a crise econômica gerada pela pandemia. É imperativo que todos os mecanismos criados sejam amplamente divulgados na imprensa oficial dos estados e em campanhas na mídia, para que o total de recursos disponibilizados possa ser utilizado pela população que mais precisa desse auxílio financeiro. Para ajudar nessa disseminação, o Comitê criou a tabela abaixo, listando o impacto somente com o Programa de Auxílio Emergencial em todos os estados nordestinos.

Como se pode verificar, somente com um único Programa, a economia regional pode absorver montante superior a 24 bilhões de reais, ajudando na subsistência de milhares de famílias e a sustentação de vários segmentos econômicos. Somado com outros programas que estão disponíveis às famílias, empresas etc., a expectativa é que a região Nordeste possa receber, aproximadamente, cerca de 40 bilhões de reais, caso as ações de ampla divulgação destas iniciativas alcancem o maior número de interessados e entidades representativas.

Auxílio Emergencial (AE)/Programa Bolsa Família (PBF) - abril 2020						
Estados	Total Famílias (PBF+AE)	Total de Famílias (Desempregados, Informais e MEI)	Total Famílias no PBF	R\$ Total	R\$ Médio	R\$ Total 3 meses*
AL	552.659	159.925	392.734	438.685.800,00	1.117,00	1.403.794.560,00
BA	2.590.630	812.367	1.778.263	1.976.903.400,00	1.111,70	6.326.090.880,00
CE	1.579.036	526.882	1.052.154	1.194.915.000,00	1.135,68	3.823.728.000,00
MA	1.336.439	417.019	919.420	1.054.597.200,00	1.147,02	3.374.711.040,00
PB	739.126	235.330	503.796	558.666.600,00	1.108,91	1.787.733.120,00
PE	1.581.731	446.158	1.135.573	1.250.349.000,00	1.101,07	4.001.116.800,00
PI	655.570	611.515	44.055	490.477.800,00	1.113,32	1.569.528.960,00
RN	522.355	169.458	352.897	398.148.600,00	1.128,23	1.274.075.520,00
SE	382.768	106.617	276.151	302.407.200,00	1.095,08	967.703.040,00
Total	9.940.314	3.485.271	6.455.043	7.665.150.600,00	1.117,56	24.528.481.920,00

Nota: considerando uma estimativa de acréscimo de 10% a partir de junho em razão do ingresso de novas categorias e o pagamento de novos cadastros e atrasados

Fonte: Departamento de Benefícios/Secretaria Nacional de Renda de Cidadania/Secretaria Especial de Desenvolvimento Social/ Ministério da Cidadania



Comitê Científico do Nordeste

Coordenação Miguel Nicolelis e Sergio Rezende.

Membros: Adélia Carvalho de Melo Pinheiro (BA); Antônio Silva Lima Neto (CE); José Noronha (PI);
Luiz Cláudio Arraes de Alencar (PE); Sinval Brandão Filho (PE); Marco Aurélio Góes (SE) Marcos Pacheco (MA);
Maurício Lima Barreto (BA); Priscilla Karen de Oliveira Sá (PB); Roberto Badaró (BA); e Fábio Guedes Gomes (AL).

Informações:

(11) 98442-2114

flavia.gianini@consorcionordeste.com