

Doença pelo Coronavírus 2019

Sumário

Situação epidemiológica no mundo	2
Situação epidemiológica no Brasil	3
Avaliação de risco para o SUS	15
Legislação vigente para a resposta	21
Preparação, resposta e objetivos estratégicos	22

Destaques

- A Organização Mundial da Saúde informa que já são 972.640 casos confirmados no mundo e 50.325 óbitos, representando uma taxa de letalidade de 5,2%. Segundo a avaliação da OMS de risco global é muito alto.
- Apoiar e proteger as pessoas com mais de 60 anos é assunto de responsabilidade de todos, embora todas as faixas etárias corram o risco de contrair COVID-19, esse grupo enfrenta um risco significativo de desenvolver doenças graves.
- O Ministério da Saúde do Brasil avalia o risco nacional como muito alto. Deste modo, as Unidades da Federação que implementaram medidas de distanciamento social ampliado devem manter essas medidas até que o suprimento de equipamentos (leitos, EPI, respiradores e testes laboratoriais) e equipes de saúde (médicos, enfermeiros, demais profissionais de saúde e outros) estejam disponíveis em quantitativo suficiente, de forma a promover, com segurança, a transição para a estratégia de distanciamento social seletivo.

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO MUNDO

A OMS registrou, até o dia 03 de abril, 972.640 casos confirmados de COVID-19 com 50.325 óbitos, sendo 4.826 novos óbitos. Os Estados Unidos da América é o país com maior número de casos, totalizando 213.600, e a Itália acumula o maior número de óbitos, 13.917 (Figura 1). Neste momento a Europa é o continente mais afetado, seguido das Américas (Figura 2).

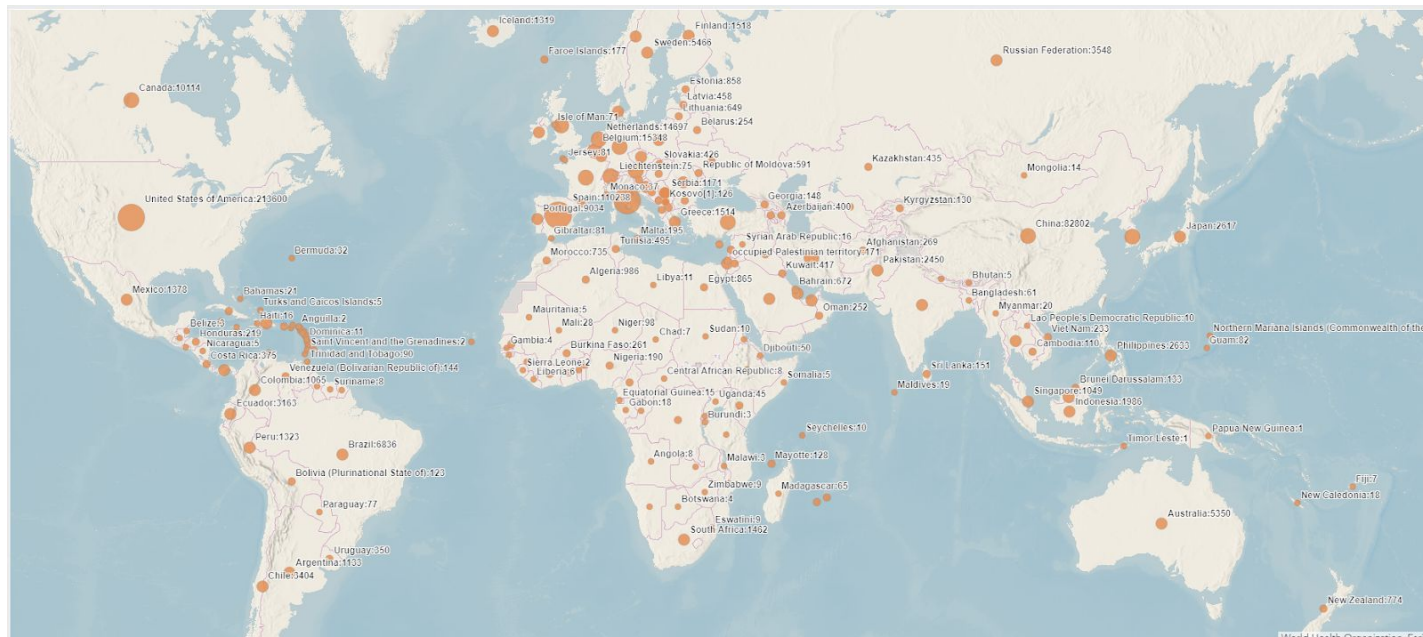
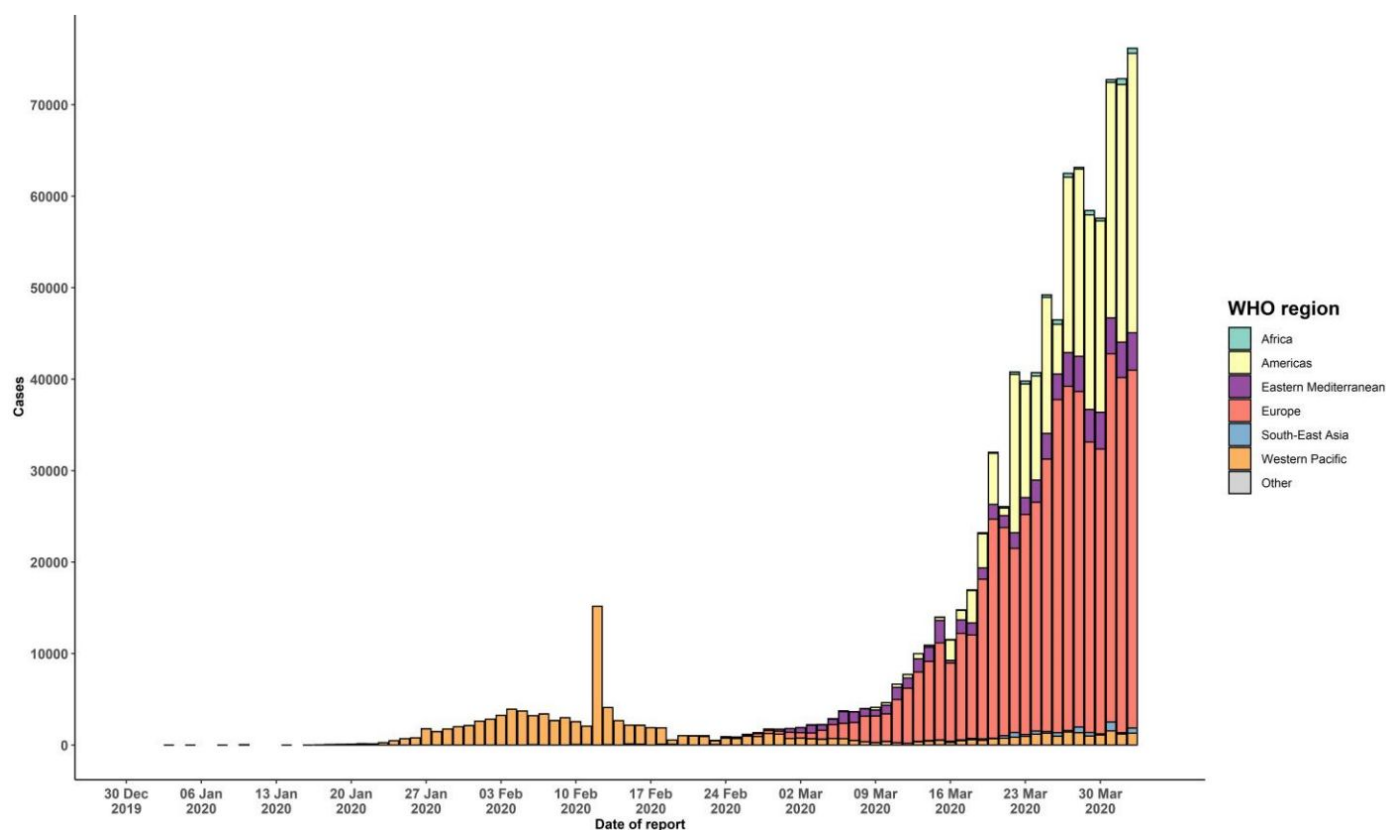


Figure 1. Distribuição de casos de COVID-19 por país, segundo a OMS em 03/04/2020.



SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL

Casos confirmados

No Brasil, até o dia 03 de abril de 2020 foram confirmados 9.056 casos de COVID-19. Nas últimas 24 horas foram confirmados 1.146 novos casos da doença, o que representou um incremento de 15% (1.146/7.910) em relação ao total acumulado até o dia anterior (Figura 1).

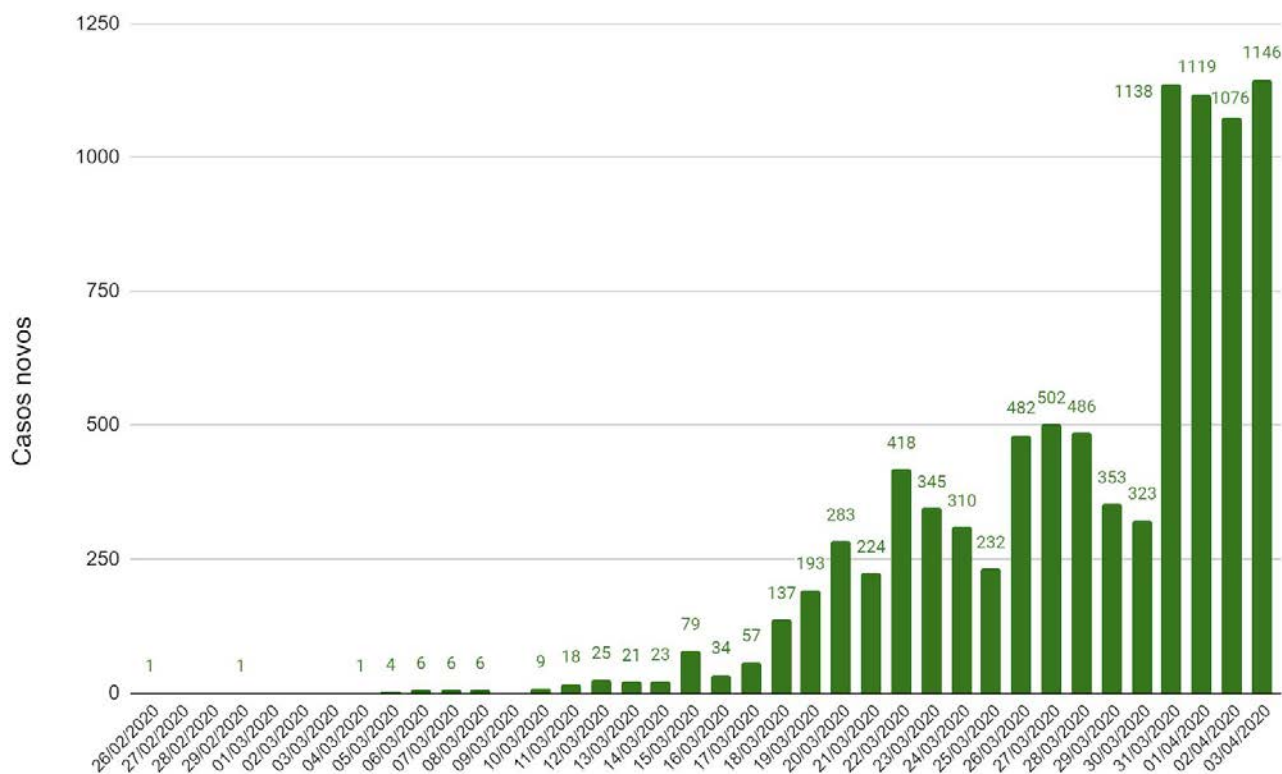


Figura 1: Distribuição espacial dos casos de COVID-19. Brasil, 03 de abril de 2020.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. Dados atualizados em 03 de abril de 2020 às 14h, sujeitos a revisões.

Como mostrado na Tabela 1, a maior parte dos casos concentrou-se na região Sudeste (5.658 ou 62,5%), seguido das regiões Nordeste (1.399 ou 15,4%), Sul (978 ou 10,8%), Centro-Oeste (594 ou 6,6%) e Norte (427 ou 4,7%).

Dentre as UFs, São Paulo apresentou o maior número de casos confirmados da doença (4.048 ou 44,7%), seguido de Rio de Janeiro (1.074 ou 11,9%), Ceará (627 ou 6,9%), Distrito Federal (402 ou 4,4%) e Minas Gerais (397 ou 4,4%). A Figura 2 mostra a distribuição municipal dos casos confirmados para COVID-19.

ID	UF/REGIÃO	CONFIRMADOS		ÓBITOS	
		N	(%)	N	LETALIDADE (%)
NORTE		427	4,7	9	2,1
11	Rondônia	10	0,1	1	10,0
12	Acre	46	0,5	0	0,0
13	Amazonas	260	2,9	7	2,7
14	Roraima	30	0,3	0	0,0
15	Pará	50	0,6	1	2,0
16	Amapá	19	0,2	0	0,0
17	Tocantins	12	0,1	0	0,0
NORDESTE		1.399	15,4	51	3,6
21	Maranhão	81	0,9	1	1,2
22	Piauí	21	0,2	4	19,0
23	Ceará	627	6,9	22	3,5
24	Rio Grande do Norte	176	1,9	4	2,3
25	Paraíba	29	0,3	1	3,4
26	Pernambuco	136	1,5	10	7,4
27	Alagoas	22	0,2	2	9,1
28	Sergipe	25	0,3	2	8,0
29	Bahia	282	3,1	5	1,8
SUDESTE		5.658	62,5	276	4,9
31	Minas Gerais	397	4,4	6	1,5
32	Espírito Santo	139	1,5	4	2,9
33	Rio de Janeiro	1.074	11,9	47	4,4
35	São Paulo	4.048	44,7	219	5,4
SUL		978	10,8	10	1,0
41	Paraná	301	3,3	4	1,3
42	Santa Catarina	281	3,1	5	1,8
43	Rio Grande do Sul	396	4,4	5	1,3
CENTRO-OESTE		594	6,6	9	1,5
50	Mato Grosso do Sul	60	0,7	1	1,7
51	Mato Grosso	44	0,5	1	2,3
52	Goiás	88	1,0	2	2,3
53	Distrito Federal	402	4,4	5	1,2
TOTAL BRASIL		9.056	100	359	4,0

Tabela 1: Distribuição dos casos e óbitos por COVID-19 por região e Unidade Federativa do Brasil.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. Dados atualizados em 03 de abril de 2020 às 14h, sujeitos a revisões.

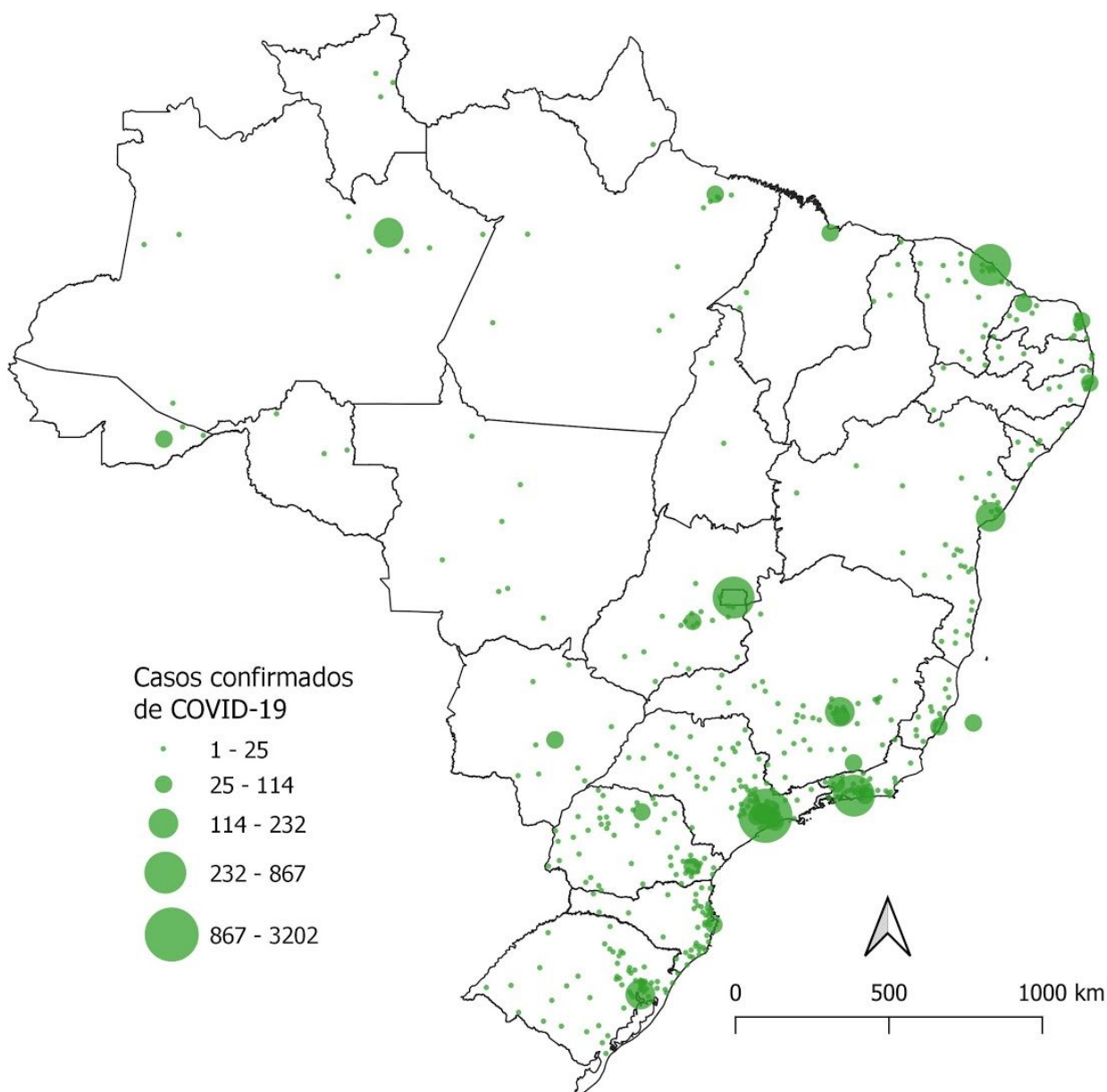


Figura 2: Distribuição espacial dos casos de COVID-19. Brasil, 03 de abril de 2020.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. Dados atualizados em 03 de abril de 2020 às 19h, sujeitos a revisões.

O coeficiente de incidência por 100.000 habitantes foi calculado considerando a projeção do IBGE para 2020 (IBGE, 2020) e está apresentado na Figura 3. Os maiores coeficientes de incidência foram registrados pelas regiões Sudeste (6,4/100.000), Centro-Oeste (3,6/100.000) e Sul (3,2/100.000). Entre as UFs, os maiores índices foram registrados por Distrito Federal (13,2/100.000), São Paulo (8,7/100.000), Ceará (6,8/100.000), Rio de Janeiro (6,2/100.000) e Amazonas (6,2/100.000).

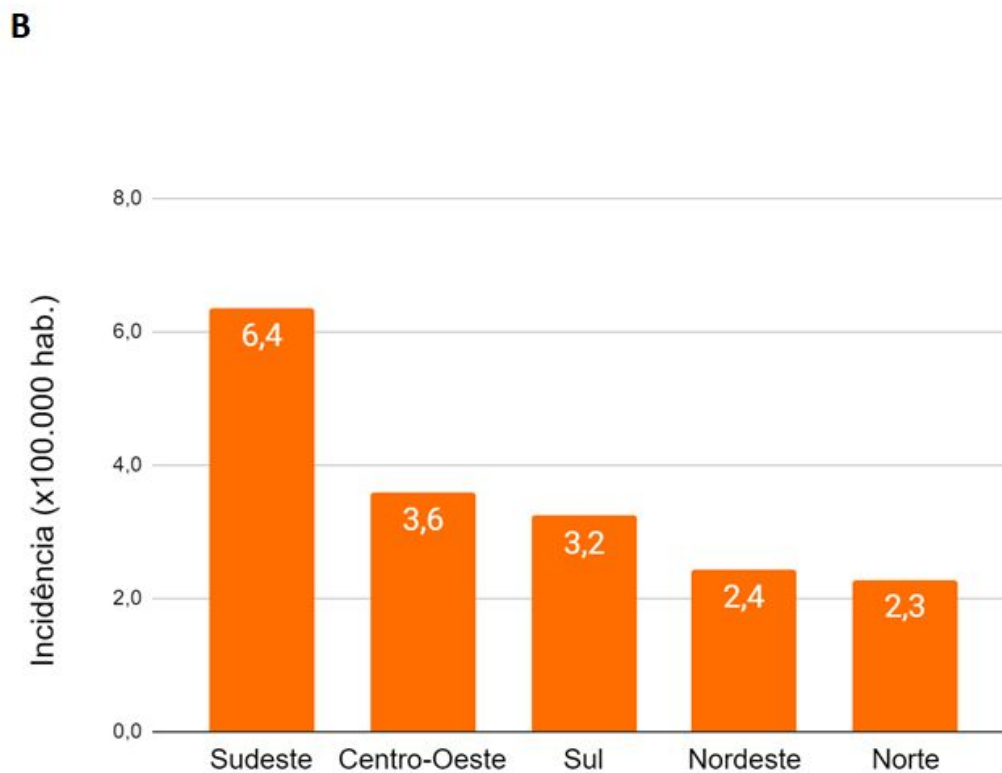
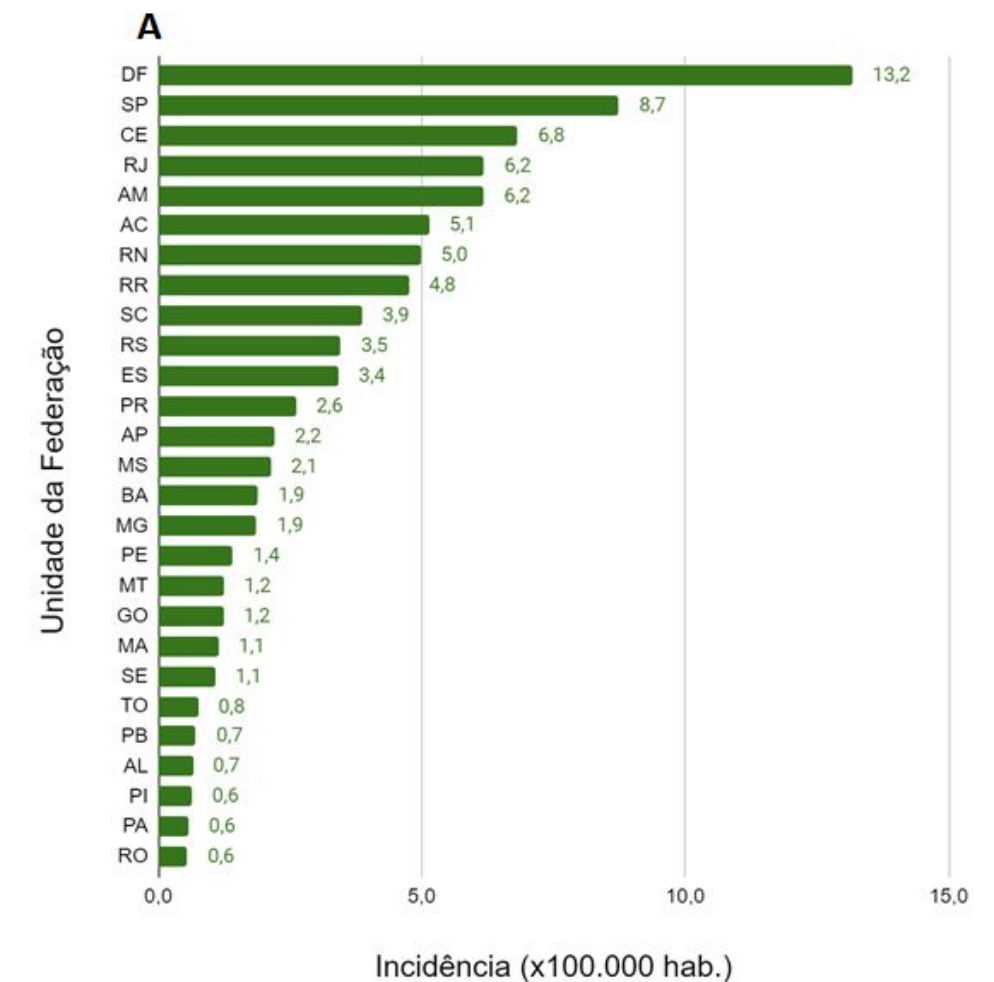


Figura 3: Coeficiente de incidência de COVID-19 considerando a projeção do IBGE para 2020 por região (A) e por UF (B). Brasil, 03 de abril de 2020.

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde. Dados atualizados em 03 de abril de 2020 às 14h, sujeitos a revisões.

Óbitos confirmados

Até o dia 03 de abril de 2020, foram registrados 359 óbitos no país, o que representou um percentual de letalidade de 4,0%. A Figura 3 mostra a evolução dos óbitos por COVID-19 notificados por dia. Nas últimas 24 horas, foram informados 60 óbitos confirmados, o que representou um incremento de 20% em relação ao total acumulado até o dia anterior (60/299).

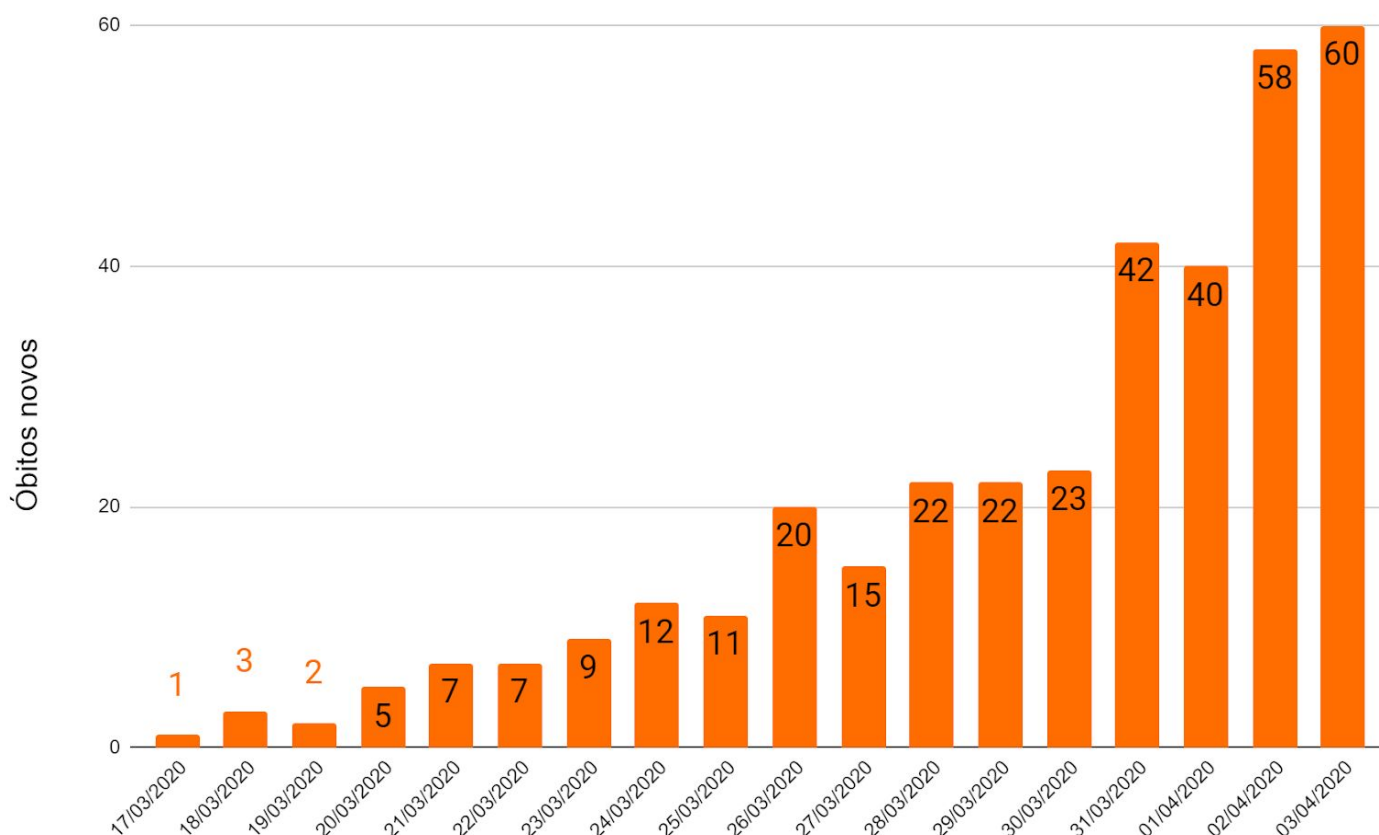


Figura 4: Evolução dos óbitos notificados de COVID-19 por dia. Brasil, 03 de abril de 2020.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. Dados atualizados em 03 de abril de 2020 às 14h, sujeitos a revisões.

As maiores taxas de letalidade foram registradas no Sudeste (4,9% ou 276 óbitos em 5.658 casos), seguido de Nordeste (3,7% ou 51/1.399 casos), Norte (2,1% ou 9/427), Centro-Oeste (1,5% ou 9/594) e Sul (1,4% ou 14/978). Como mostrado na Tabela 1, as UFs com o maior número de óbitos confirmados por COVID-19 foram São Paulo (219), Rio de Janeiro (47), Ceará (22), Pernambuco (10) e Amazonas (7). Até o momento, apenas quatro estados da região Norte (Acre, Amapá, Roraima e Tocantins) não apresentaram óbitos confirmados de COVID-19. Uma distribuição espacial dos óbitos confirmados pela doença está mostrada na Figura 5.

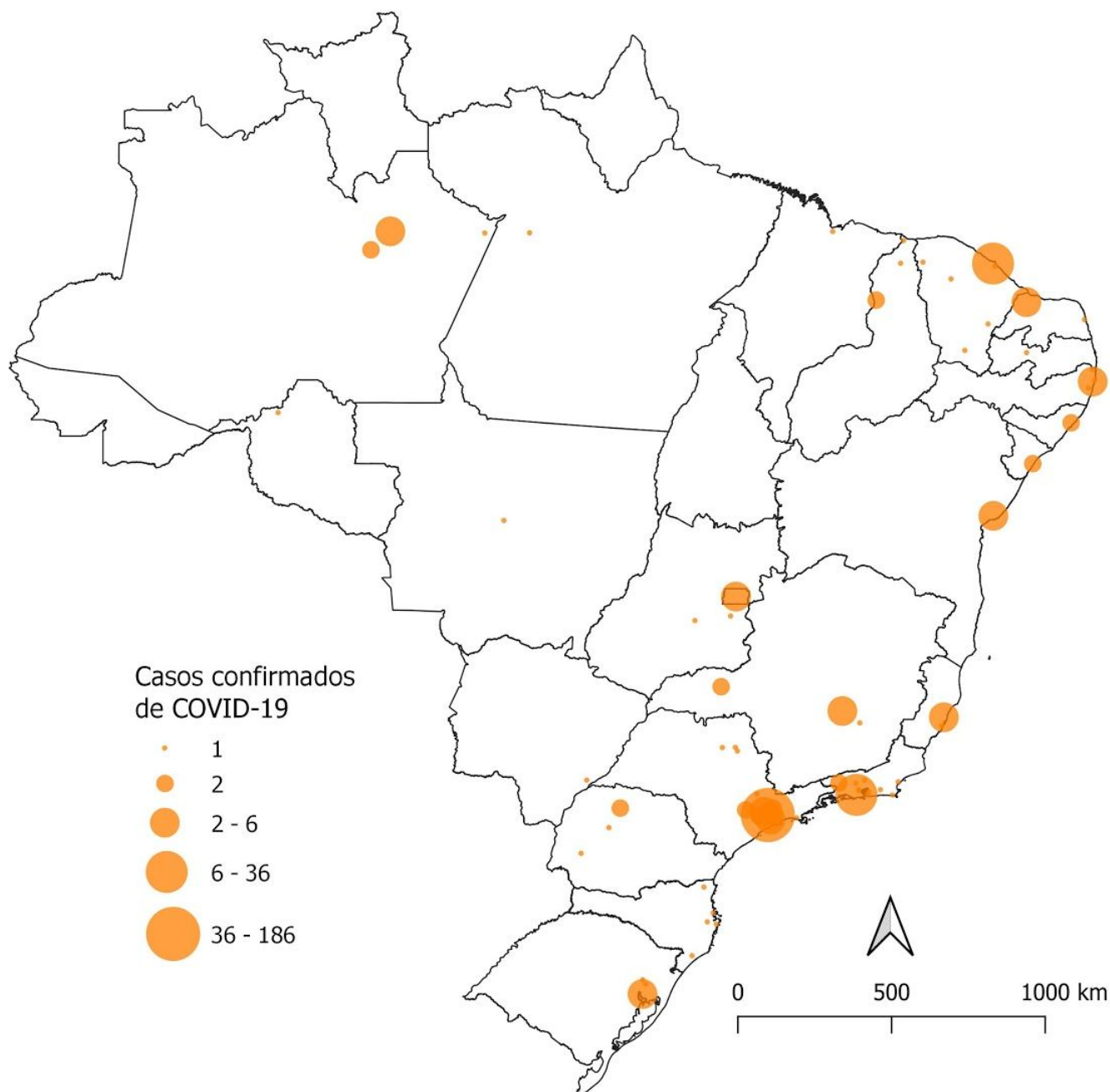
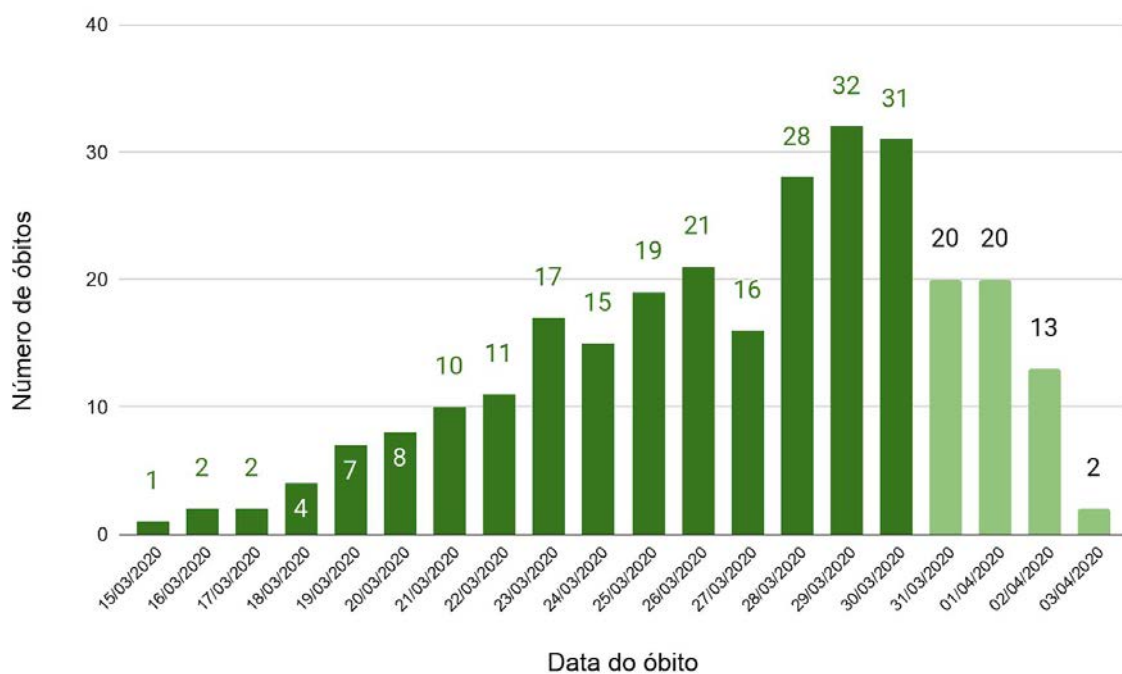


Figura 5: Distribuição espacial dos óbitos confirmados por COVID-19. Brasil, 03 de abril de 2020.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. Dados atualizados em 03 de abril de 2020 às 19h, sujeitos a revisões.

Dentre os 359 óbitos confirmados até o momento, 286 já possuem investigação concluída. Destes, 165 (57,7%) foram do sexo masculino. A Figura 6A mostra a distribuição dos óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) de acordo com a data de óbito obtidas no Sistema de Informação de Vigilância da Gripe (SIVEP-Gripe). No dia 03 de abril, foram registrados 2 óbitos no sistema supracitado. Com relação à idade, 242 ou 85% dos casos de óbito por COVID-19 registrados no SIVEP-Gripe tinham 60 anos ou mais (Figura 6B).

A)



B)

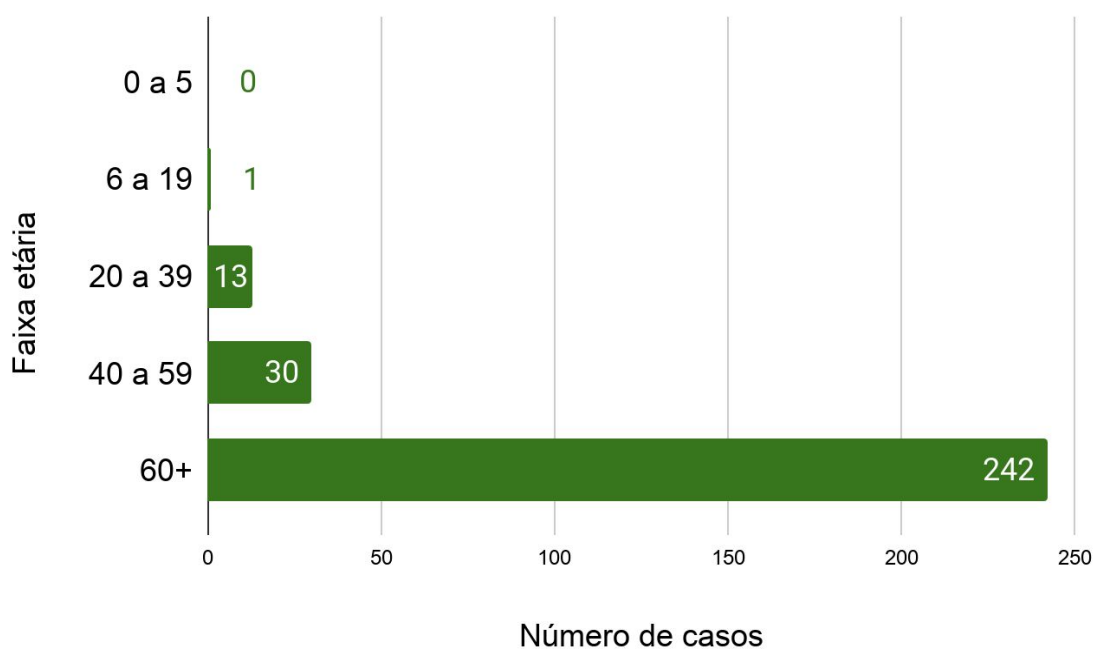


Figura 6: Óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 segundo data de óbito (A) e faixa etária (B). Brasil, 03 de abril de 2020.

Fonte: Sistema de Informação de Vigilância da Gripe. Dados atualizados em 03 de abril de 2020 às 14h, sujeitos a revisões.

Dentre o total de óbitos investigados, 82% apresentava pelo menos um fator de risco. A distribuição dos óbitos de acordo com o grupo de risco e a faixa etária estão presentes na Figura 7. A cardiopatia foi a principal comorbidade associada e esteve presente em 164 dos óbitos, dos quais 155 tinham 60 anos ou mais. Após cardiopatias, seguiram-se diabetes (em 114 óbitos), pneumopatia (45) e doença neurológica (30) e, em todos os casos, a maioria dos indivíduos tinha 60 anos ou mais.

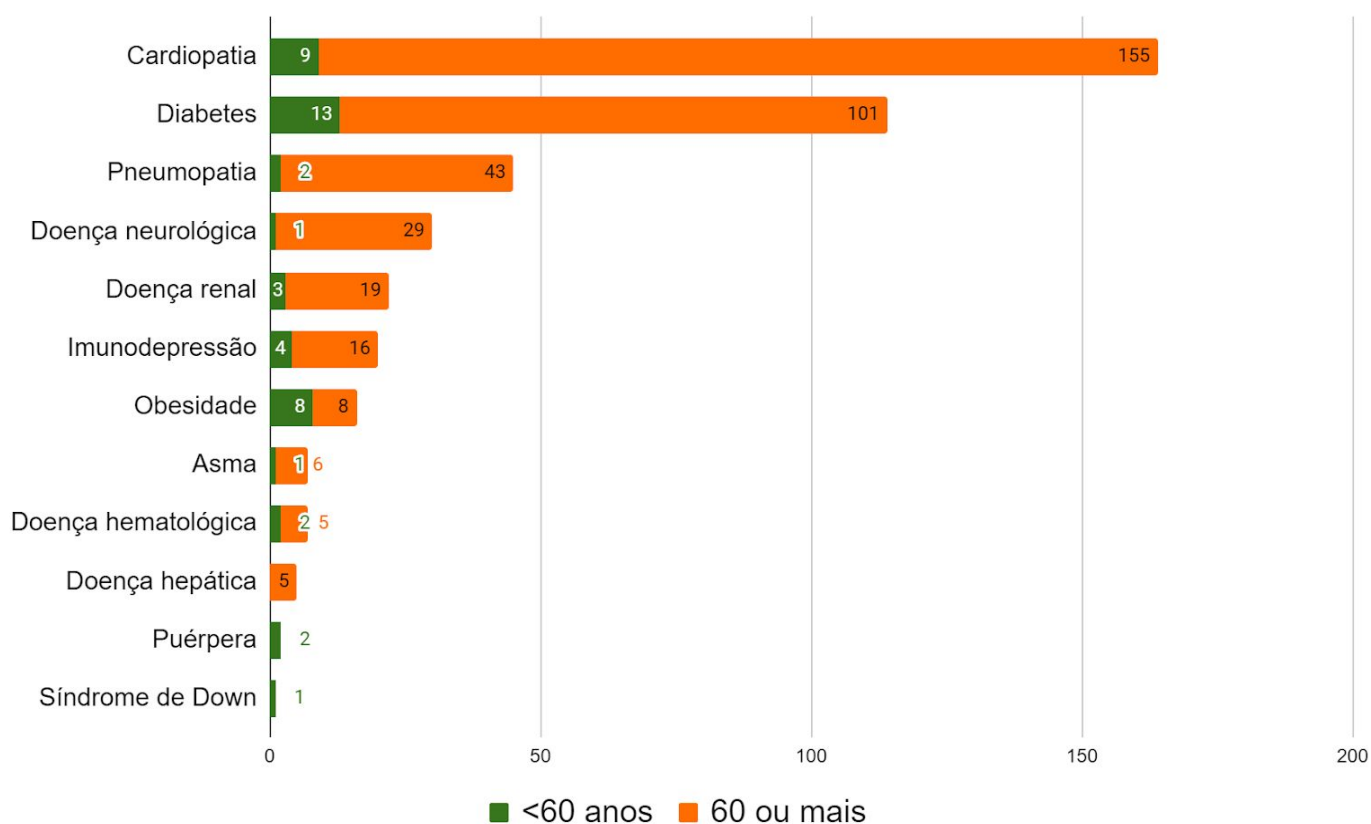


Figura 7: Óbitos por COVID-19 classificados por grupos de risco e faixa etária. Brasil, 03 de abril de 2020.

Fonte: Sistema de Informação de Vigilância da Gripe. Dados atualizados em 03 de abril de 2020 às 14h, sujeitos a revisões.

Hospitalizações por SRAG

A Figura 8 mostra o número de hospitalizações por SRAG até a semana epidemiológica (SE) 13 de 2019 e 2020. Na SE 13 de 2020, foi registrado um total de 7.216 hospitalizações por SRAG, o que representa um incremento de 542% se comparado ao mesmo período de 2019.

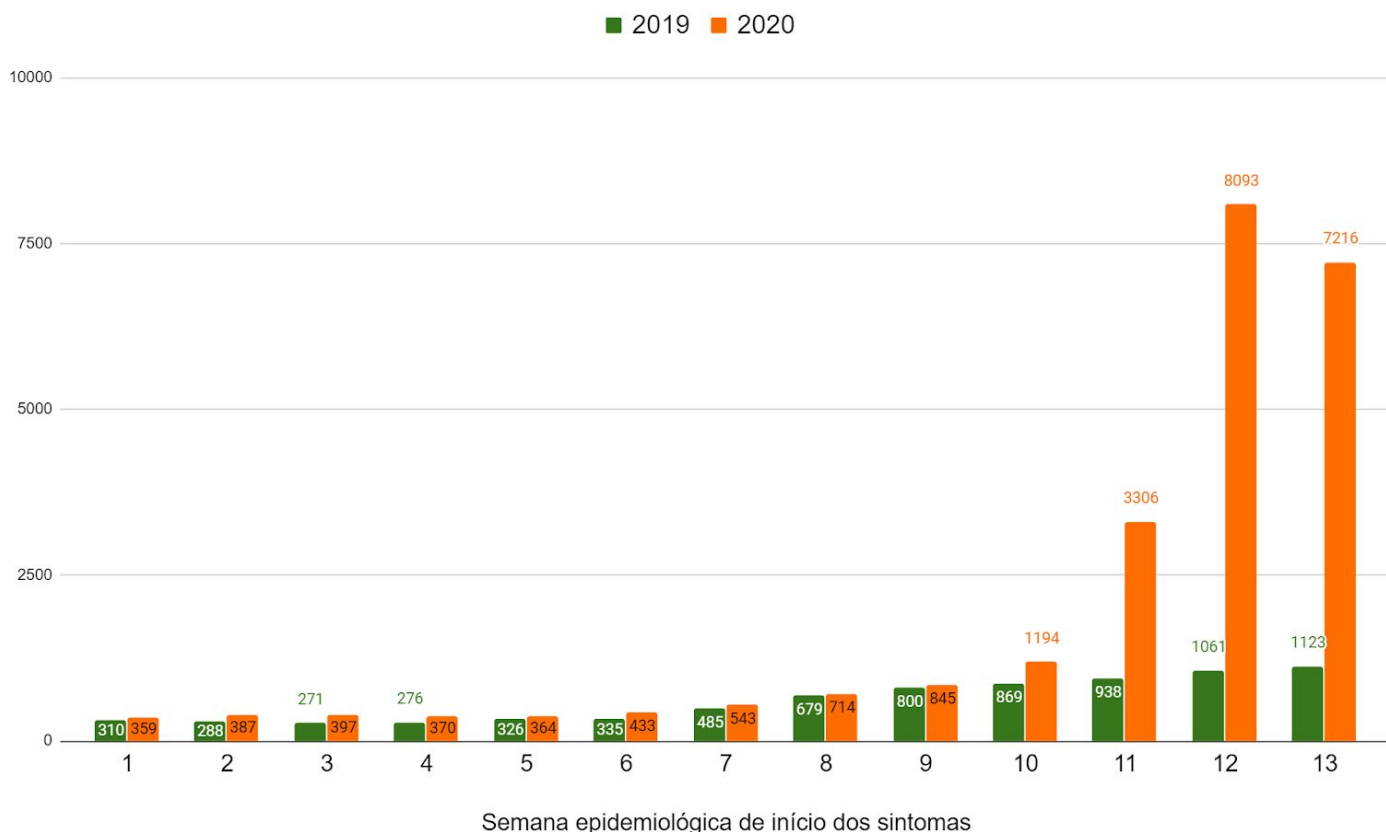


Figura 8: Hospitalizações por Síndrome Respiratória Aguda Grave até a semana epidemiológica 13 em 2019 e 2020. Brasil, 03 de abril de 2020.

Fonte: Sistema de Informação de Vigilância da Gripe. Dados atualizados em 03 de abril de 2020 às 14h, sujeitos a revisões.

Até a SE 14 de 2020 foram notificadas 25.675 hospitalizações por SRAG no Brasil (Figura 9). Deste total, 1.769 (7%) foram de casos confirmados para COVID-19. Na SE 13, 7,1% das hospitalizações por SRAG foram de casos confirmados para COVID-19 e, até o momento, na SE 14 foram 58 casos confirmados, o que corresponde a 4,0% do total de hospitalizações por SRAG nesta SE.

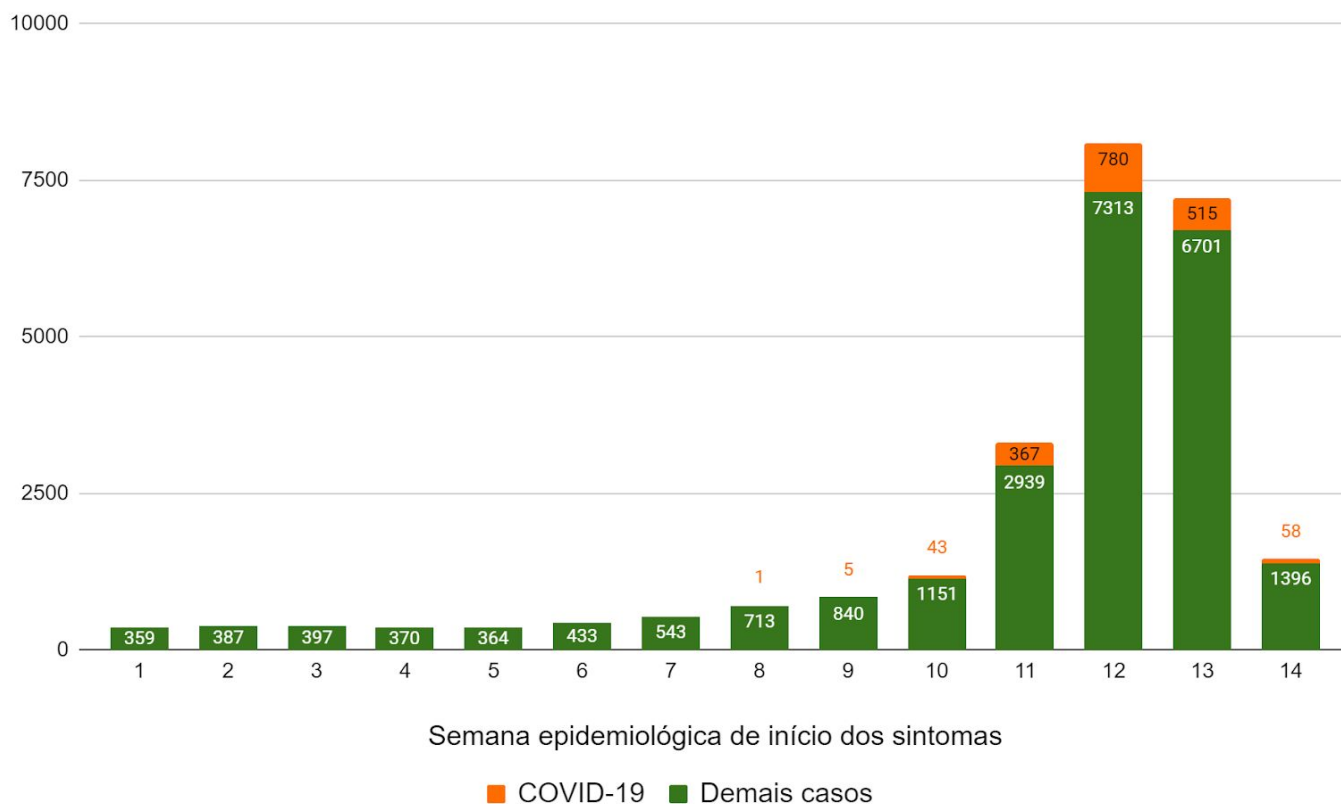


Figura 9: Hospitalizações por Síndrome Respiratória Aguda até a semana epidemiológica 14 de 2020 e casos confirmados por COVID-19. Brasil, 03 de abril de 2020.

Fonte: Sistema de Informação de Vigilância da Gripe. Dados atualizados em 03 de abril de 2020 às 14h, sujeitos a revisões.

A Tabela 2 mostra as hospitalizações de SRAG por UF. O maior número de casos notificados foram registrados na unidade federada (UF) de São Paulo, cerca de 46% do total de registros e 81% das hospitalizações por SRAG foram confirmadas laboratorialmente para COVID-19. Em seguida, as UFs com o maior número de hospitalizações por SRAG foram Minas Gerais (1.920), Paraná (1.770) e Rio de Janeiro (1.329). Quanto aos casos de SRAG confirmados para COVID-19, Rio de Janeiro (4%), Paraná (3%) e Rio Grande do Sul (3%) reportam o maior número de casos, depois de São Paulo, em relação às demais unidades federadas.

REGIÃO/UF	Demais casos SRAG		COVID-19		TOTAL
	N	%	N	%	
Norte	928	4	6	0	934
Rondônia	24	0	0	0	24
Acre	45	0	0	0	45
Amazonas	496	2	5	0	501
Roraima	14	0	0	0	14
Pará	239	1	0	0	239
Amapá	10	0	0	0	10
Tocantins	100	0	1	0	101
Nordeste	3.399	14	83	5	3.482
Maranhão	420	2	0	0	420
Piauí	272	1	5	0	277
Ceará	664	3	28	2	692
Rio Grande do Norte	125	1	7	0	132
Paraíba	240	1	0	0	240
Pernambuco	903	4	24	1	927
Alagoas	48	0	0	0	48
Sergipe	53	0	2	0	55
Bahia	674	3	17	1	691
Sudeste	14.307	60	1.542	87	15.849
Minas Gerais	1.885	8	35	2	1.920
Espírito Santo	212	1	1	0	213
Rio de Janeiro	1251	5	78	4	1329
São Paulo	10.959	46	1428	81	12.387
Sul	3.660	15	118	7	3.778
Paraná	1713	7	57	3	1770
Santa Catarina	773	3	15	1	788
Rio Grande do Sul	1174	5	46	3	1220
Centro Oeste	1.612	7	20	1	1.632
Mato Grosso do Sul	464	2	2	0	466
Mato Grosso	208	1	2	0	210
Goiás	345	1	2	0	347
Distrito Federal	595	3	14	1	609
TOTAL	23.906	100	1.769	100	25.675

Tabela 2: Casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave hospitalizados por unidade federativa de residência. Brasil, 2019 a 2020 até SE 13.

Fonte: Sistema de Informação de Vigilância da Gripe. Dados atualizados em 03 de abril de 2020 às 14h, sujeitos a revisões.

No ano de 2019 foram notificados 5.940 casos de SRAG por Influenza, com maior circulação de Influenza A(H1N1)pdm09 65% (3.866/5.940). Em 2020 até SE 13, 772 casos de SRAG foram confirmados para Influenza, com maior predomínio de Influenza A(H1N1)pdm09, 44% (340/772). A partir da SE 08 de 2020 foi inserida a variável de diagnóstico para SARS-CoV-2, tornando o Sistema de Informação de Vigilância da Gripe capaz de captar os casos graves confirmados laboratorialmente para COVID-19. Desde então, a principal causa de hospitalizações por SRAG vem sendo pelo acometimento do COVID-19, a partir da SE 08 até SE 13, foram confirmados 1.769 casos de COVID-19 em território brasileiro (Figura 10).

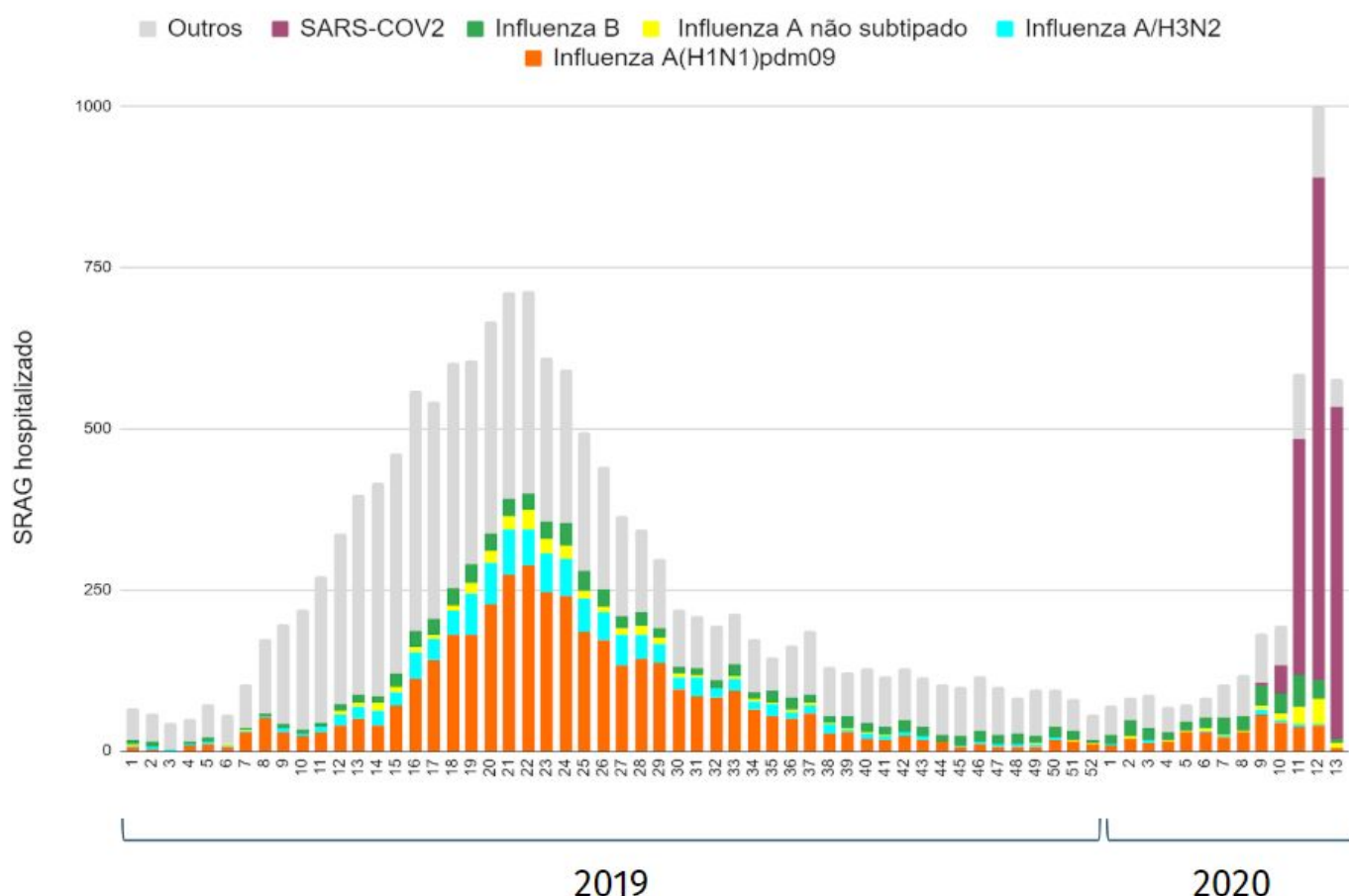


Figura 10: Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave por semana epidemiológica de início dos sintomas, segundo agente etiológico. Brasil, 2019 a 2020 até SE 13.

Fonte: Sistema de Informação de Vigilância da Gripe. Dados atualizados em 03 de abril de 2020 às 14h, sujeitos a revisões.

ANÁLISE DE RISCO SEMANAL PARA O SUS - 03/04/2020

Com base no Regulamento Sanitário Internacional, aprovado na 58ª Assembleia Mundial da Saúde em 2005, onde o Brasil foi o 3º país signatário a aprovar o texto final, sendo aprovada a tradução pelo Decreto Legislativo nº 395 de 2009 e promulgado pelo Decreto Presidencial Nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020.

Segundo o Artigo 6º, os países devem informar à OMS de maneira oportuna, precisa e em nível suficiente de detalhamento, incluindo, sempre que possível, definições de caso, resultados laboratoriais, fonte e tipo de risco, número de casos e de óbitos, condições que afetam a propagação da doença; e as medidas de saúde empregadas, informando, quando necessário, as dificuldades confrontadas e o apoio necessário para responder à possível emergência em saúde pública de importância internacional.

Seguindo diretrizes da Organização Mundial da Saúde, segundo o artigo 13, para responder às Emergência em Saúde Pública, os países devem desenvolver, fortalecer e manter, o mais rapidamente possível as capacidades para responder pronta e eficazmente a riscos para a saúde pública e a emergências em saúde pública de importância internacional, conforme estabelecido no Anexo 1.

Em apoio às medidas adotadas no Brasil, a Organização Panamericana da Saúde (OPAS/OMS) colabora com o Ministério da Saúde na avaliação da eficácia das medidas de controle implementadas frente à Pandemia pelo Coronavírus, fornecendo orientações e assistência técnica e avaliando a eficácia das medidas de controle implementadas, incluindo a mobilização de equipes internacionais de peritos para assistência no local, quando necessário.

Com base no Instrumento de decisão para a avaliação e notificação dos eventos que possam constituir emergências de saúde pública de importância internacional (Anexo II), do Regulamento Sanitário Internacional, o Ministério da Saúde avalia:

Avaliação da gravidade do impacto sobre a saúde pública

Após 37 dias de resposta, o Brasil acumula um total de 9.056 casos e 359 óbitos. Em 20 de março de 2020, o país reconheceu a transmissão comunitária da Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19). De acordo com padrão epidemiológico observado por esses primeiros casos, constata-se que a transmissão ainda está na fase inicial em todos os Estados e Distrito Federal.

Considerando as fases epidêmicas (epidemia localizada, aceleração descontrolada, desaceleração e controle), na maior parte dos municípios a transmissão está ocorrendo de modo restrito. No entanto, considerando o Coeficiente de Incidência nacional de 4,3 casos por 100.000 habitantes, é preocupante a situação do Distrito Federal (13,2/100 mil) e dos Estados de São Paulo (9,7/100 mil), Ceará (6,8/100 mil), Rio de Janeiro e Amazonas (6,2/100 mil) que apresentam os maiores coeficientes. Nesses locais, a fase da epidemia pode estar na transição para fase de aceleração descontrolada.

Dados científicos recentes constataam que a transmissão da COVID-19 pode ocorrer mesmo antes do indivíduo apresentar os primeiros sinais e sintomas. Por esse motivo, o Ministério da Saúde passou a recomendar o uso de máscaras faciais para todos. No entanto, diante da insuficiência de insumos, foi solicitado aos cidadãos

para que produzam a sua própria máscara de tecido, com materiais disponíveis no próprio domicílio. Esse fato, por si só, demonstra a gravidade da situação e a necessidade de manutenção das medidas de distanciamento social ampliada que foi adotada por diversos gestores estaduais e municipais. Esse é o único instrumento de controle da doença disponível no momento.

O coronavírus vem apresentando padrão de alta transmissibilidade em algumas áreas geográficas. Em São Paulo, estima-se que a taxa de transmissibilidade varia de $R_0 > 3$ a $R_0 < 6$. Após a adoção da medida de distanciamento social ampliada, essa taxa está próxima de $R_0 = 2$. Em nota à imprensa divulgada no dia 30/03/2020, o Hospital Israelita Albert Einstein informou que, desde o registro do primeiro caso da Covid-19, no dia 25 de fevereiro, 348 dos 15 mil colaboradores (2%) foram diagnosticados com a doença, sendo que 15 estão internados. Desses 348, 169 (1% do total de funcionários) são da assistência (profissionais com formação em saúde, como médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem). Dos 169 profissionais da assistência, 36 já tinham retornado ao trabalho. A constatação de casos entre profissionais de saúde é a maior preocupação da resposta à emergência e um dos eixos centrais da cadeia de resposta, juntamente com os equipamentos de proteção individual e equipamentos de suporte (leitos, respiradores e testes laboratoriais), compondo os condicionantes do Sistema Único de Saúde para a dinâmica social e laboral (Figura 11).

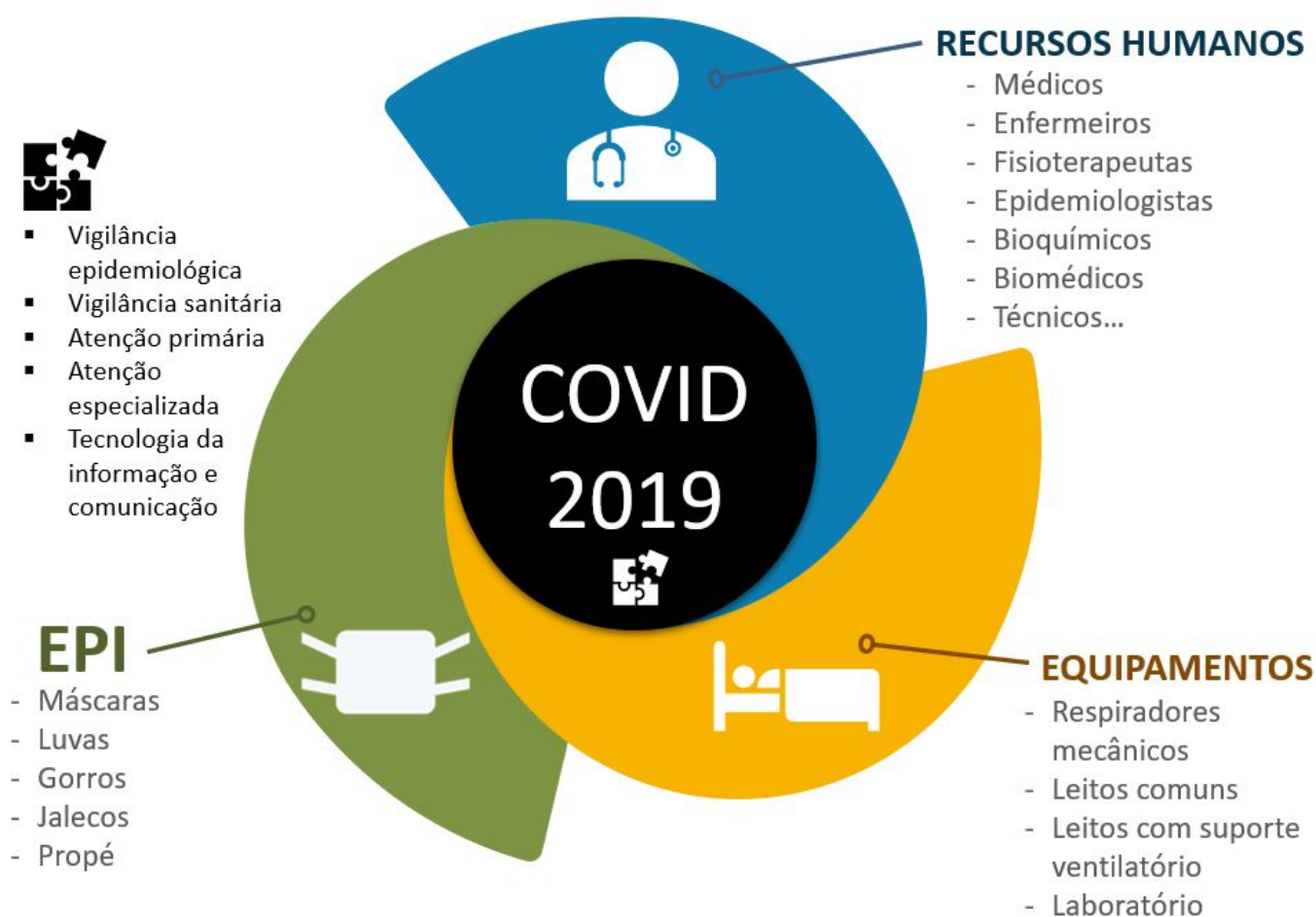


Figura 11: Condicionantes do Sistema Único de Saúde para a dinâmica social e laboral.

Este evento representa um risco significativo para a saúde pública, ainda que a magnitude (número de casos) não seja elevada do mesmo modo em todas os municípios.

São condições clínicas de risco para desenvolvimento de complicações:

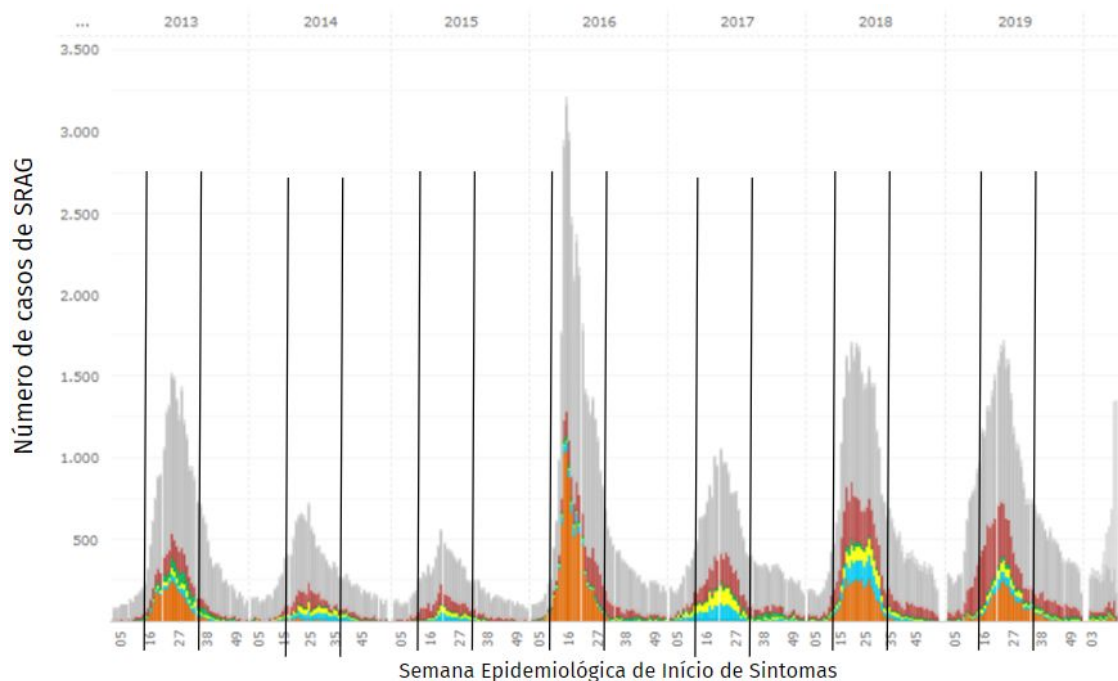
- Pessoas com 60 anos ou mais;
- Cardiopatas graves ou descompensados (insuficiência cardíaca, infartados, revascularizados, portadores de arritmias, Hipertensão arterial sistêmica descompensada);
- Pneumopatas graves ou descompensados (dependentes de oxigênio, portadores de asma moderada/grave, DPOC);
- Imunodeprimidos;
- Doentes renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5);
- Diabéticos, conforme juízo clínico e
- Gestantes de alto risco.

Devido às dimensões continentais do Brasil, estendendo-se por áreas temperadas, subtropicais e equatoriais, é possível identificar distintos padrões de sazonalidade dos vírus influenza nas diferentes regiões do país (Mello et al., 2009, Motta et al., 2006, Moura et al., 2009, SVS, 2009).

No Brasil, a região Sul apresenta uma sazonalidade similar à observada nos países de clima temperado, com pico da epidemia no inverno (junho-julho) (Stralio et al., 2002) - (figura 12).

A região Norte apresenta dois picos, sendo o maior em associação ao período chuvoso (março-abril), como observado em países tropicais da Ásia (Moura et al., 2009). Em 02 de abril a Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas solicitou apoio do Ministério da Saúde para envio de respiradores ventilatórios. A situação epidemiológica está coincidindo com o aumento de doenças respiratórias. É exatamente para evitar esse padrão que as medidas de distanciamento social são implementadas em todo o mundo.

Nas demais regiões do Brasil, temos uma situação intermediária, com casos detectados ao longo de todo ano e picos menos acentuados no inverno (Alonso et al., 2007). Entretanto, a descontinuidade e a falta de homogeneidade dos serviços de epidemiologia nas diferentes regiões do país dificultam muito a comparação entre os dados de circulação de influenza.



Fonte: Sivep-gripe. Acesso em 24/03/2020. Dados sujeitos a alterações.

Figura 12. Distribuição de vírus respiratórios, em casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), por SE de início de sintomas. Brasil, 2013 a 2020 até SE 12

A Pandemia de COVID-19 afeta principalmente as cidades com maior densidade demográfica, onde as aglomerações decorrentes do período mais frio (outono-inverno) no sul e sudeste do país exigem uma maior atenção e ampliação de leitos e estrutura de suporte ventilatório.

A capacidade laboratorial do Brasil ainda é insuficiente para dar resposta a essa fase da epidemia. Até o momento foram registradas 25.675 hospitalizações por Síndrome Respiratória Aguda Grave no Brasil, sendo apenas 7% (1.769/25.675) confirmadas para COVID-19. A Rede Nacional de Laboratório é semi-automatizada, composta pelos 27 Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACENs), Instituto Evandro Chagas e todas as unidades da Fundação Oswaldo Cruz que juntas, em carga máxima, são capazes de processar aproximadamente 6.700 testes por dia.

Para o momento mais crítico da emergência, será necessária uma ampliação para realização de 30 a 50 mil testes de RT-PCR por dia. Para isso, o Ministério da Saúde está estabelecendo parceria público-privada com grandes redes de laboratórios e ampliando a capacidade dos LACENs, Fiocruz e Instituto Evandro Chagas. No entanto, não há escala de produção nos principais fornecedores para suprimento de kits laboratoriais para pronta entrega nos próximos 15 dias.

Há carência de profissionais de saúde capacitados para manejo de equipamentos de ventilação mecânica, fisioterapia respiratória e cuidados avançados de enfermagem direcionados para o manejo clínico de pacientes graves de COVID-19 e profissionais treinados na atenção primária para o manejo clínico de casos leves de Síndrome Gripal.

Os leitos de UTI e de internação não estão devidamente estruturados e nem em número suficiente para a fase mais aguda da epidemia.

Apesar de alguns medicamentos serem promissores, como a Cloroquina associada à Azitromicina, ainda não há evidência robusta de que essa metodologia possa ser ampliada para população em geral, sem uma análise de risco individual e coletivo. Nunca foi utilizada dessa maneira em larga escala. Precisa-se de mais duas a três semanas para que os resultados sejam efetivamente robustos e apoiem a adoção dessa medida.

Caracterização do evento inusitado e inesperado

As síndromes gripais (SG) e síndromes respiratórias agudas graves (SRAG) são eventos de saúde pública com grande repercussão para os sistemas de saúde em todo o mundo. Apesar dos coronavírus serem um dos causadores das síndromes, o novo coronavírus (SARS-CoV-2) detectado na China, em novembro de 2019, tem apresentado comportamento incomum, com alta transmissibilidade e letalidade, que repercutiu na declaração de Emergência Internacional de Saúde e de Pandemia pela OMS.

A transmissibilidade do SARS-CoV-2 tem se apresentado elevada e sua disseminação ocorreu em escala global, alcançando 206 países com um total de 976.249 casos confirmados e 50.489 mortes até o dia 03/04/2020, conforme a OMS.

O surgimento do novo coronavírus na China, no final de 2019, e o registro de casos no Brasil ainda no início de 2020, demonstram o caráter incomum e altamente transmissível da doença.

O monitoramento das Síndromes Respiratórias Agudas Graves - SRAG apresentou, já nas primeiras semanas de 2020, a ocorrência de SARS-CoV-2 em patamares superiores aos demais tipos de vírus monitorados, incluindo Influenza.

O padrão da alta transmissibilidade e letalidade, com registro de maior detecção frente aos demais tipos de vírus respiratórios monitorados demonstra que o SARS-CoV-2 possui comportamento incomum e representa elevado risco para o Sistema Único de Saúde.

Avaliação da propagação

Desde o início da epidemia, a partir da cidade de Wuhan, na China, a disseminação da doença ocorreu em curto espaço de tempo, deixando de ser um evento local para uma pandemia global em menos de 04 meses.

Segundo a OMS, o número de casos confirmados chegou a 976.249 e 50.489 óbitos em 03/04/2020, ocorrendo em 206 países de todos os continentes, oferecendo um grande risco aos sistemas nacionais de saúde.

Países como Estados Unidos (213.600 casos e 4.793 óbitos), Itália (115.242 casos e 13.917 óbitos) e Espanha (110.238 casos e 10.003 óbitos), tem registrado um aumento exponencial dos registros, repercutindo no comprometimento das estruturas e serviços de saúde locais.

Dentre as medidas de controle direcionadas para o COVID-19, a restrição de deslocamento de pessoas foi adotada em vários países e progressivamente avançou para o fechamento de fronteiras, redução do fluxo de aviões, isolamento e quarentena de bairros, cidades, estados e países.

A característica de transmissibilidade elevada do SARS-CoV-2 fez com que diversas estratégias de redução do fluxo de pessoas fossem empregadas em todos os continentes, todas com o objetivo de reduzir a disseminação da doença entre as pessoas em todo o mundo.

O Brasil implementou medidas de restrição ao deslocamento a partir de março, com o fechamento da fronteira com a Venezuela no dia 18 e com quase todos os países no dia seguinte, além de restringir a entrada dos estrangeiros de todas as nacionalidades desde o dia 27. Estas medidas ocorreram em função do elevado risco de disseminação da doença entre os países, gerando importante redução no fluxo de viajantes internacionais em todo o mundo.

Conclusão da avaliação de risco nacional em 03/04/2020

Considerando que pandemia de COVID-19 é dividida em quatro fases epidêmicas: transmissão localizada, aceleração descontrolada, desaceleração e controle, e que no momento o país se encontra na fase de transmissão localizada (comunitária) com alguns locais passando para a fase de aceleração descontrolada;

Considerando que as estratégias de distanciamento social aplicadas pelos Estados e Distrito Federal, estão de acordo com recomendações de órgãos internacionais como a OMS, bem como do próprio Ministério da Saúde;

Considerando que tais medidas apresentam efetividade e estão permitindo a estruturação da resposta dos serviços de saúde para o período de maior incidência da doença, que ocorrerá dentro de algumas semanas;

Considerando que questões logísticas de compra e distribuição de Equipamentos de Proteção Individual – EPI para profissionais saúde têm sido prejudicadas, colocando esses trabalhadores num importante grupo de risco;

Considerando que a gestão do Sistema Único de Saúde - SUS é tripartite, com comando único em cada esfera de governo, e que o Ministério da Saúde vem construindo e pactuando junto ao Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS e ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS um documento que explicita condicionantes para que o Sistema Único de Saúde permita que os diferentes grupos sociais possam manter suas atividades produtivas, garantindo a esses mesmos grupos a retaguarda de saúde, quando precisarem do SUS.

O Ministério da Saúde avalia que as estratégias de distanciamento social adotadas pelos estados e municípios, contribuem para evitar o colapso dos sistemas locais de saúde, como observado em países desenvolvidos como em Nova York/EUA, Itália, Espanha, China e recentemente no Equador. Ao tempo, essas medidas temporárias, permitem aos gestores tempo relativo para estruturação dos serviços de atenção à saúde da população, com consequente proteção do Sistema Único de Saúde.

Avalia-se que as Unidades da Federação que implementaram medidas de distanciamento social ampliado devem manter essas medidas até que o suprimento de equipamentos (leitos, EPI, respiradores e testes laboratoriais) e equipes de saúde (médicos, enfermeiros, demais profissionais de saúde e outros) estejam disponíveis em quantitativo suficiente, de forma a promover, com segurança, a transição para a estratégia de distanciamento social seletivo.

LEGISLAÇÃO VIGENTE DE REFERÊNCIA

Leis

LEI No 6.259, DE 30 DE OUTUBRO DE 1975: Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências

- Link: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6259.htm

LEI Nº 6.437, DE 20 DE AGOSTO DE 1977: Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências

- Link: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6437.htm

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

- Link: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

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.

- Link: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13979.htm

Decretos

DECRETO No 78.231, DE 12 DE AGOSTO DE 1976: Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.

- Link: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D78231.htm

DECRETO Nº 7.616, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2011: Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS.

- Link: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7616.htm

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.

- Link: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Decreto/D10212.htm

DECRETO Nº 10.211, DE 30 DE JANEIRO DE 2020: Dispõe sobre o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional - GEI-ESPII.

- Link: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10211.htm

Portarias

PORTARIA Nº 188, DE 03 DE FEVEREIRO DE 2020: Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV).

- Link: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>

PORTARIA Nº 264, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2020: Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

- Link: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264_19_02_2020.html

PORTARIA CONJUNTA Nº 1, DE 30 DE MARÇO DE 2020: Estabelece procedimentos excepcionais para sepultamento e cremação de corpos durante a situação de pandemia do Coronavírus, com a utilização da Declaração de Óbito emitida pelas unidades de saúde, apenas nas hipóteses de ausência de familiares ou de pessoas conhecidas do obituado ou em razão de exigência de saúde pública, e dá outras providências.

- Link: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/03/PortariaConjunta-1_2020-CNJ_MS.pdf

PREPARAÇÃO, RESPOSTA E OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Para visualizar todos os documentos de orientação técnica sobre o COVID-19, acesse esta página www.saude.gov.br/coronavirus
 - Casos e óbitos: <https://covid.saude.gov.br/>
 - Painel de leitos e insumos: <https://covid-insumos.saude.gov.br/paineis/insumos/painel.php>
- O Ministério da Saúde desenvolveu orientações provisórias para diagnóstico laboratorial, sobre o uso de máscaras pela população em geral e em contextos de cuidados de saúde no domicílio. Também elaborou protocolos para atenção primária, manejo clínico entre outros materiais para os profissionais e público em geral.
- O Ministério da Saúde está atuando com suas redes de sociedades científicas e especialistas do Grupo Ad-Hoc do Centro de Operações de Emergências visando coordenar a resposta nacional no âmbito do Sistema Único de Saúde, para vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, modelagens matemática, diagnóstico e virologia, atendimento e tratamento clínico, prevenção e controle de infecções e comunicação de riscos. Além de estar apoiando os estudos clínicos para avaliação de drogas como a cloroquina, antirretrovirais e outras classes de medicamentos no tratamento de casos de COVID-19.
- O Ministério da Saúde está monitorando leitos hospitalares da rede pública e privada, de modo integrado com os Gestores dos Estados, Distrito Federal, Municípios e de instituições privadas, buscando adoção de medidas oportunas para garantir o funcionamento do sistema de saúde nos próximos três meses da pandemia em território nacional.
- O Ministério da Saúde criou um formulário para o cadastramento de voluntários, seja pessoa física ou jurídica, que queiram ajudar o COE-COVID19 na resposta do SUS. Para participar, entre no endereço <http://bit.ly/colaboracoronavirus>.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

- Interromper a transmissão de humano para humano, incluindo a redução de infecções secundárias entre contatos próximos profissionais de saúde, prevenindo eventos de amplificação de transmissão e prevenindo a dispersão internacional, por meio da identificação rápida de casos e diagnóstico;
- Identificar, isolar e cuidar dos pacientes precocemente, inclusive fornecendo atendimento otimizado aos pacientes infectados;
- Pesquisar as dúvidas existentes sobre: gravidade clínica, extensão da transmissão e infecção, opções de tratamento e acelerar o desenvolvimento de diagnósticos, terapias e participar dos estudos de vacinas;

- Manter a população informada, combater a desinformação (*fake news*) e atualizar sobre os riscos diariamente;
- Minimizar o impacto social e econômico por meio de parcerias multissetoriais e em apoio às medidas de distanciamento social ampliado e seletivo adotados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- Realizar o monitoramento dos casos notificados e óbitos, ocupação de leitos, suprimento de equipamentos de proteção individual, testes laboratoriais (moleculares e sorológicos), respiradores mecânicos, instalação de leitos, ocupação de leitos, força de trabalho, logística e comunicação.