



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARCELINO VIEIRA-RN**  
**PALÁCIO JOÃO MEDEIROS – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**Rua Cel. José Marcelino, nº 109, Centro, Marcelino Vieira/RN**  
**Telefax: 3385-2070 – E-mail: prefeituramarcelinovieira@gmail.com**  
**CNPJ: 08.357.618/0001-15**

---

**PLANO DE CONTINGÊNCIA MUNICIPAL PARA O ENFRENTAMENTO  
DA INFECÇÃO HUMANA PELO NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19)**

**MARCELINO VIEIRA/RN**  
**2020**

**KERLES JÁCOME SARMENTO**  
**PREFEITO MUNICIPAL**

**JOSÉ JÁCOME FILHO**  
**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**FELIPE DE PAIVA COSTA**  
**VIGILÂNCIA EM SAÚDE MUNICIPAL**

## SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO .....	4
2. OBJETIVOS .....	6
3. CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO DE MARCELINO VIEIRA.....	6
4. CARACTERÍSTICAS DA COVID-19 .....	8
5. VIGILÂNCIA EM SAÚDE .....	11
6. VIGILÂNCIA LABORATORIAL – POLÍTICA DE TESTAGEM.....	16
7. ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DA REDE ASSISTENCIAL .....	20
8. CENÁRIOS E NÍVEIS DE RESPOSTA.....	23
9. ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA	25
10. ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS UNIDADES HOSPITALARES (PRONTO SOCORRO, CLÍNICA MÉDICA E UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA).....	27
11. MEDIDAS QUE EVITAM A TRANSMISSÃO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS .....	28
12. REFERÊNCIAS.....	29

## 1. APRESENTAÇÃO

Em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, China, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada de um surto de pneumonia de causa desconhecida, a qual despertou interesse de vários estudiosos locais e internacionais. Em janeiro de 2020, as autoridades chinesas anunciaram que o vírus causador do surto era uma nova cepa do coronavírus, denominada SARS-CoV-2. Acredita-se que o vírus esteja vinculado ao mercado de frutos do mar localizado em Wuhan, ao passo que outras análises revelaram que o SARS-CoV-2 está intimamente relacionado com dois coronavírus do tipo SARS presentes em morcegos. Outras investigações apontam que o SARS-CoV original foi transmitido de gatos da cidade para humanos, e o MERS-CoV de camelos ou dromedários para humanos (GUAN et al, 2020; HUANG et al, 2020; WANH et al, 2020; ZHU et al, 2020). Contudo, há ainda controvérsias sobre as fontes de infecção, por isso a necessidade de medidas de prevenção e controle das unidades de saúde e população

Até onde se sabe, todos os coronavírus que afetam humanos temorigem animal, no entanto, alguns pacientes identificados com a doença respiratória aguda causada pelo SARS-CoV-2 na China não se expuseram ao mercado de frutos do mar em Wuhan, indicando assim a disseminação de pessoa para pessoa (GUAN et al, 2020; HUANG et al, 2020; WANH et al, 2020; ZHU et al, 2020; RIO GRANDE DO NORTE, 2020).

Segundo a OMS (2020) o período médio de incubação do SARS-CoV2 é de 4-5 dias, com intervalo que pode chegar até 14 dias. Ainda, sugerem que a transmissão possa ocorrer, mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas; no entanto, até o momento as informações são insuficientes para determinar o período que uma pessoa infectada pode transmitir o vírus. De acordo com Ministério da Saúde (2020), a transmissão de pessoa para pessoa pode ocorrer por gotículas respiratórias, através de espirros, tosse ou ainda por contato pessoal, contato objetos ou superfícies contaminadas, seguido de contato com a boca, nariz ou olhos.

As manifestações clínicas do COVID-19, doença provocada pela infecção de SARS-CoV2, podem variar de um simples resfriado até a uma pneumonia severa. De acordo com os dados mais atuais, os sinais e sintomas clínicos são principalmente respiratórios, como tosse e dispneia; além de febre. As complicações incluem síndrome respiratória aguda grave (SRAG), lesão cardíaca aguda, infecção secundária e óbito.

Seu diagnóstico é feito com base na investigação clínico-epidemiológica, com base no exame físico e através do teste diagnóstico laboratorial específico, utilizando as técnicas de detecção do genoma viral (RT-PCR) coletados através de uma amostra com “*swabs* combinados (naso-orofarínge) ” e testada para coronavírus, influenza e outros

vírus respiratórios. O diagnóstico diferencial deve ser realizado para influenza, rinovírus, vírus sincicial respiratório, adenovírus, outros coronavírus, entre outros.

O tratamento, apesar de especulações e estudos diversos, até o momento é inespecífico, com adoção de medidas de suporte, levando em consideração o diagnóstico diferencial para adequar o manejo clínico (BRASIL, 2020; RIO GRANDE DO NORTE, 2020).

No mês de março de 2020, a Portaria nº 454 do Ministério da Saúde, declarou em todo território nacional a transmissão comunitária do COVID-19, estabelecendo para contenção da transmissibilidade do vírus, como medida não-farmacológica, o isolamento domiciliar da pessoa com sintomas respiratórios e das pessoas que residam no mesmo endereço, ainda que estejam assintomáticos, devendo permanecer em isolamento pelo período mínimo de 14 (quatorze) dias.

Contudo, há constantemente atualizações no monitoramento dos casos de doença respiratória aguda para COVID-19. A medida que os conhecimentos são atualizados, a OMS consolida as informações recebidas dos países, e o Ministério da Saúde bem como Secretaria Estadual de Saúde Pública (SESAP) do Rio Grande Norte tem emitido diariamente boletins, promovendo a vigilância constante e organização da rede para suporte aos possíveis casos da nova doença no nosso estado.

O presente documento teve como base o Plano de Contingência Nacional e Estadual para Infecção Humana pelo novo Coronavírus, o Plano de Contingência da VI regional de Saúde e normas técnicas e diretrizes do Ministério da Saúde.

Servirá para orientar o planejamento e organização da rede assistencial, laboratorial e de vigilância em saúde da região, para uma resposta rápida e adequada, mediante a ocorrência de surto por Infecção Humana pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2).

## **2. OBJETIVOS**

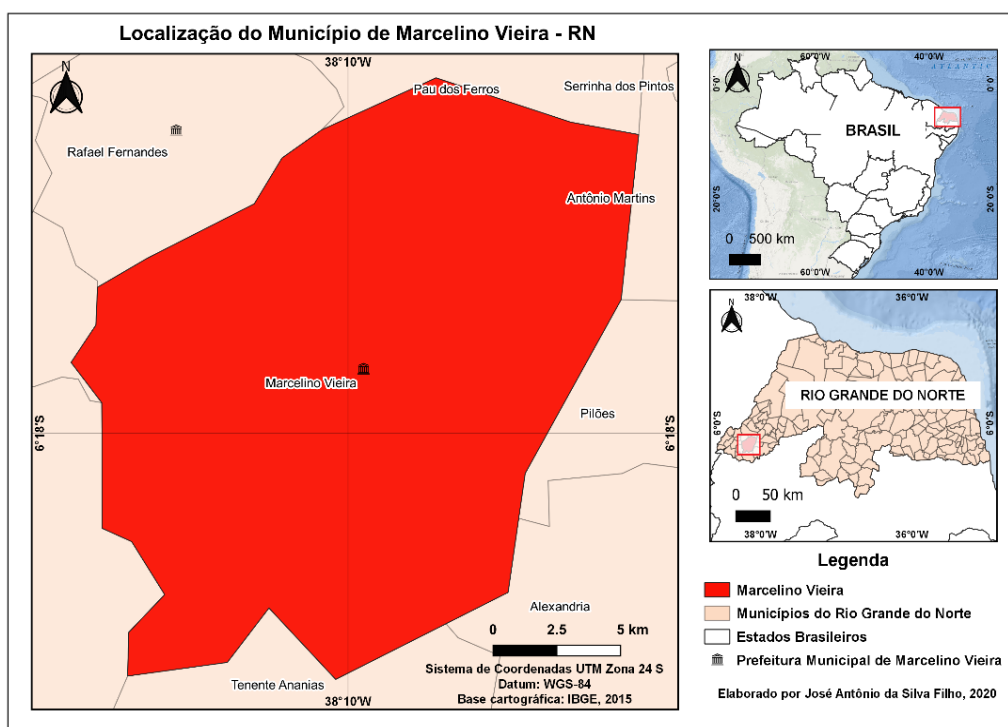
- Estabelecer alinhamento entre ações de vigilância em saúde, de organização da rede assistencial e de comunicação social, necessárias para o enfrentamento da pandemia por COVID-19 no município;
- Implantar níveis de resposta para o enfrentamento ao coronavírus nas unidades assistenciais do município;
- Estabelecer protocolos em conformidade com as orientações da Secretaria de Estado de Saúde Pública, e dos demais órgãos sanitários competentes;
- Propor estratégias de monitoramento da situação de saúde e das ações executadas.

## **3. CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO DE MARCELINO VIEIRA.**

Marcelino Vieira é um município brasileiro no interior do estado do Rio Grande do Norte, Região Nordeste do país. Situa-se na região do Alto Oeste Potiguar, distante 400 quilômetros a oeste da capital do estado, Natal. Ocupa uma área de aproximadamente 346 km<sup>2</sup>, e sua população no censo de 2010 era de 8 265 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, sendo então o 79º mais populoso do estado (em 167 municípios).

Emancipado de Alexandria e Pau dos Ferros na década de 1950, o nome do município é uma homenagem feita a Marcelino Vieira da Costa, agricultor e criador paraibano, que veio para o Rio Grande do Norte e se destacou na política. Um dos eventos mais importantes do município é o Jegue Folia, um dos maiores carnavais fora de época do interior do Rio Grande do Norte.

**Figura 01**-Localização do Município de Marcelino Vieira, RN



**Fonte:** IBGE (2015); e trabalho de campo (2020).

**Elaboração:** José Antônio da Silva Filho, 2020.

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 9.80 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 8.1 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 88 de 167 e 17 de 167, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 3180 de 5570 e 361 de 5570, respectivamente.

Apresenta 30.2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 88.8% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 16.2% de domicílios urbanos em

vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 60 de 167, 43 de 167 e 7 de 167, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 3109 de 5570, 1609 de 5570 e 2172 de 5570, respectivamente.

Em relação a rede física de serviços do município, a assistência hospitalar se concentra basicamente em 5 unidades básicas de saúde. Das unidades básicas de saúde, duas são na zona urbana e três na zona rural: UBS DONA LAURA E UBS DONA ELITA, na zona Urbana, UBS VILA ANA HENRIQUE, UBS VILA PANATI E UBS VACA MORTA, Laboratório Municipal (UBS DONA LAURA).

Não há no município serviço a modalidade de plantão 24 horas, porém uma unidade foi adotado o atendimento ampliado, das 07:00h às 11:00 (matutino), 13:00 às 17:00h (vespertino) e no período noturno das 18:00h às 22:00h. A UBS Dona Laura, é o centro de referência municipal para atendimento ao Covid-19. Pacientes com agravamento do quadro clínico, vão ser regulados pelo sistema Regula-RN, sendo que o hospital de referência do serviço de saúde municipal é o Hospital Regional Dr. Cleodon Carlos de Andrade (HCCA), na cidade de Pau dos Ferros

#### **4. CARACTERÍSTICAS DA COVID-19**

Os coronavírus causam infecções respiratórias e intestinais em humanos e animais; sendo que a maioria das infecções por coronavírus em humanos são causadas por espécies de baixa patogenicidade, levando ao desenvolvimento de sintomas do resfriado comum, no entanto, podem eventualmente levar a infecções graves em grupos de risco, idosos e crianças.

Previamente, no ano de 2019, duas espécies de coronavírus altamente patogênicos e provenientes de animais (SARS e MERS) foram responsáveis por surtos de síndromes respiratórias agudas graves.

Em relação à doença pelo Novo Coronavírus 2019 (COVID-19), a clínica não está descrita completamente, assim como o padrão de letalidade, mortalidade, infectividade e transmissibilidade. Ainda não há vacina ou medicamentos específicos disponíveis e, atualmente, o tratamento é de suporte e inespecífico.

##### **4.1 Agente Etiológico**

Família: *Coronaviridae*.

Os nomes oficiais são:

Doença: doença de coronavírus (COVID-19);

Vírus: síndrome respiratória aguda grave coronavírus2 (SARS-CoV-2).

## 4.2 Reservatório e Modo de Transmissão

Os coronavírus são uma grande família de vírus comuns em muitas espécies de animais, incluindo camelos, gado, gatos e morcegos. Raramente, os coronavírus presente em animais podem infectar pessoas e depois se espalhar entre elas, como aconteceu com o MERS-CoV e SARS-CoV. No início, muitos dos pacientes com surtos de doenças respiratórias causados por SARS-CoV2 em Wuhan, na China, tinham alguma ligação com um grande mercado de frutos do mar e animais vivos, sugerindo que a disseminação ocorreu de animais para pessoas. No entanto, um número crescente de pacientes supostamente não teve exposição ao mercado de animais, indicando também a ocorrência de disseminação de pessoa para pessoa.

Quanto a disseminação de pessoa para pessoa, assim como ocorreu com MERS-CoV e SARS-CoV, acredita-se que tenha ocorrido principalmente por meio de gotículas respiratórias produzidas quando uma pessoa infectada tosse ou espirra, semelhante à maneira como a influenza e outros patógenos respiratórios se espalham. A transmissão também pode ocorrer por aerossóis em pacientes submetidos a procedimentos de vias aéreas, como a intubação oro-traqueal ou aspiração de vias aéreas.

Na população, a disseminação de MERS-CoV e SARS-CoV entre pessoas geralmente ocorre após contatos próximos, sendo particularmente vulneráveis os profissionais de saúde que prestam assistência a esses pacientes. Nos surtos anteriores de SARS e MERS os profissionais de saúde representaram uma parcela expressiva do número de casos, tendo contribuído para amplificação das epidemias.

É importante esclarecer para melhor entendimento quanto ao risco associado à COVID-19, que a facilidade com que um vírus se espalha de pessoa para pessoa pode variar. Alguns vírus são altamente transmissíveis (como sarampo), enquanto outros são menos transmissíveis. Estudos estimam uma capacidade de replicação ( $R_0$ ) de 3,8 para o COVID-19, ou seja, cada infectado transmite o vírus para três ou quatro pessoas, podendo variar de acordo com o cenário epidemiológico.

## 4.3 Período de Incubação e Transmissibilidade

O período médio de incubação da infecção por coronavírus é de 5.2 dias, com intervalo que pode chegar até 12.5 dias.

A transmissibilidade dos pacientes infectados por SARS-CoV é em média de 7 dias após o início dos sintomas. No entanto, dados preliminares do SARS-CoV2 sugerem que a transmissão possa ocorrer, mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas. Até o momento, não há informação suficiente que defina quantos dias anteriores ao início dos sinais e sintomas uma pessoa infectada passa a transmitir o vírus.



#### **4.4 Suscetibilidade e Imunidade**

A suscetibilidade é geral, por ser um vírus novo. Quanto a imunidade, não se sabe se a infecção em humanos que não evoluíram para o óbito irá gerar imunidade contra novas infecções e se essa imunidade é duradoura por toda a vida. O que se sabe é que a projeção em relação aos números de casos está intimamente ligada a transmissibilidade e suscetibilidade.

#### **4.5 Manifestações Clínicas**

O espectro clínico da infecção por SARS-CoV2 é muito amplo, podendo variar de um simples resfriado até uma pneumonia severa. No entanto, neste novo coronavírus não está estabelecido completamente o espectro, necessitando de mais investigações e tempo para caracterização da doença.

Segundo os dados mais atuais, os sinais e sintomas clínicos referidos são principalmente respiratórios. O paciente pode apresentar febre, tosse e dificuldade para respirar. Em avaliação recente de 99 pacientes com pneumonia e diagnóstico laboratorial de 2019-nCoV internados no hospital de Wuhan, aponta-se maior taxa de hospitalização em maiores de 50 anos, sexo masculino. Os principais sintomas foram febre (83%), tosse (82%), falta de ar (31%), dor muscular (11%), confusão (9%), dor de cabeça (8%), dor de garganta (5%), rinorréia (4%), dor no peito (2%), diarreia (2%) e náusea e vômito (1%). Segundo exames de imagem, 74 pacientes (75%) apresentaram pneumonia bilateral, 14 pacientes (14%) apresentaram manchas múltiplas e opacidade em vidro fosco e 1 paciente (1%) evoluiu com pneumotórax. Também houve registros de linfopenia em outro estudo realizado com 41 pacientes diagnosticados com 2019-nCoV.

#### **4.6 Complicações**

As complicações mais comuns são Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG (17-29%), lesão cardíaca aguda (12%) e infecção secundária (10%). A letalidade entre os pacientes hospitalizados variou entre 11% e 15%.

#### **4.7 Diagnósticos**

##### **4.7.1 Diagnóstico Clínico e Laboratorial**

O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como síndrome gripal; no entanto, casos iniciais leves, subfebris, podem evoluir para elevação progressiva da temperatura e a febre ser persistente além de 3-4 dias, ao contrário do descenso observado nos casos de Influenza. O diagnóstico depende da investigação clínico-epidemiológica e do exame físico.

O diagnóstico laboratorial para identificação do vírus SARS-CoV-2 é realizado por meio das técnicas de RT-PCR em tempo real e sequenciamento parcial ou total do genoma viral.

Outras informações importantes como: indicação e técnica de coleta, acondicionamento e envio das amostras estão descritas no tópico de Vigilância Laboratorial do Boletim Epidemiológico nº 2 que se encontra disponível no Portal do Ministério da Saúde. Além disso, o teste rápido está sendo disponibilizado para fins de complementação diagnóstica, observando as recomendações da Nota Técnica 08/2020-SESAP para grupos prioritários de testagem rápida.

#### **4.7.2 Diagnóstico Diferencial**

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.

### **5. VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

A vigilância do COVID-19, tem como propósito orientar a Rede de Atenção à Saúde municipal para atuação e na identificação, notificação e manejo oportuno dos casos suspeitos, a fim de conter o risco de transmissão em todo território nacional.

Foi criado no município um grupo de monitoramento, responsável por contactar por via remota, pessoas provenientes de outras localidades que cheguem no município, coletar informações de síndrome gripal e possíveis casos suspeitos. Mesmo em casos assintomáticos é recomendado o isolamento social e repassado todas medidas protetivas, essas pessoas permanecem monitoradas por 14 dias.

A vigilância em saúde é o órgão do município que coordena todas as medidas em relação ao enfrentamento do Covid-19, trabalhando em conjunto com os demais setores da saúde e com as demais secretarias para viabilizar o plano de contingência municipal.

Medidas realizadas:

- Barreiras Sanitárias
- Ações Educativas
- Utilização de Mídias Sociais
- Busca ativa por meio das equipes do PSF (ACS)
- Treinamento e Capacitações da equipe de saúde municipal
- Criação do gabinete de crise para o enfrentamento ao Covid-19
- Monitoramento remoto
- Criação e equipamento do Centro de referência municipal para o Covid-19 (UBS Dona Laura)
- Aquisição de Insumos e equipamentos de proteção individual.
- Reforma e reestruturação dos serviços de saúde
- Disponibilização de métodos diagnósticos a população, desde que, façam parte dos critérios mencionados posteriormente.

## **5.1 Definição de casos suspeitos para investigação de COVID-19**

### **5.1.1 Síndrome Gripal (SG)**

Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse **OU** dor de garganta **OU** coriza.

**\*EM CRIANÇAS (MENOS DE 2 ANOS DE IDADE):** considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

**\*EM IDOSOS:** a febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

### **5.1.2 Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)**

Síndrome respiratória que apresente: dispneia/desconforto respiratório **OU** pressão persistente no tórax **OU** saturação de O<sup>2</sup> menor que 95% em ar ambiente **OU** coloração azulada dos lábios ou rosto.

**\*EM CRIANÇAS:** além dos itens anteriores, observar os batimentos de asas de

nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

## **5.2 Definição de Casos Confirmados para COVID-19**

Um caso suspeito de COVID-19 pode passar a ser considerado confirmado mediante um dos critérios elencados abaixo.

- **Laboratorial:** Caso suspeito com características de síndrome gripal ou síndrome respiratória aguda grave que teve resultado positivo em RT-PCR em tempo real ou resultado positivo em teste rápido para anticorpos IgM e/ou IgG ou sorologia clássica.
- **Clínico-epidemiológico:** Caso suspeito com características de síndrome gripal ou síndrome respiratória aguda grave, com histórico de contato próximo ou domiciliar com caso de COVID-19 confirmado laboratorialmente nos últimos 07 dias antes do aparecimento dos sintomas e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.

### **5.2.1 Definições de Contato Próximo de Casos Confirmados de COVID-19**

- Uma pessoa que teve contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos) com caso confirmado.
- Uma pessoa que tenha contato direto, desprotegido, com secreções infecciosas (por exemplo, gotículas de tosse, contato sem proteção com tecido ou lenços de papel usados e que contenham secreções).
- Uma pessoa que teve contato, frente a frente, por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 1 metro.
- Uma pessoa que esteve em um ambiente fechado (por exemplo, sala de aula, sala de reunião, sala de espera do hospital etc.) por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 1 metro.
- Um profissional de saúde ou outra pessoa que cuide diretamente de um caso de COVID-19 ou trabalhadores de laboratório que manipulam amostras de um caso de COVID-19 sem Equipamento de Proteção Individual (EPI) recomendado, ou com uma possível violação do EPI.

### **5.2.2 Definição de Contato Domiciliar de Caso Confirmado de COVID-19**

Uma pessoa que resida na mesma casa/ambiente. Devem ser considerados os residentes da mesma casa, colegas de dormitório, creche, alojamento etc.

## **5.3 Definição de Casos Descartados**

Serão descartados os casos suspeitos de síndrome gripal ou síndrome respiratória aguda grave com resultado laboratorial negativo para SARS-CoV-2 ou com confirmação laboratorial para outro agente etiológico.

## 5.4 Notificação dos Casos

Todo caso suspeito de síndrome gripal ou de síndrome respiratória aguda grave, que apresentem as características clínicas estabelecidas; além de todos os óbitos por síndrome respiratória aguda grave, independente de hospitalização, deverão ser notificados. A notificação dos casos ou óbitos suspeitos e/ou com confirmação de COVID-19 devem ser realizados em até 24h.

### 5.4.1 Procedimento para notificação

- Casos suspeitos com características de **Síndrome Gripal**: Notificar através do sistema E-SUS VE (<https://notifica.saude.gov.br/login>);
- Casos e óbitos suspeitos com características de **Síndrome Respiratória Aguda Grave**: Notificar através do SIVEP-GRIPE.

## 5.5 Investigação de casos suspeitos

Todas as notificações de casos suspeitos de COVID-19 deverão ser investigadas, considerando a definição de casos apresentadas. Deve-se levar em consideração na investigação:

- Dados de identificação;
- Antecedentes de exposição;
- Existência de contato com casos semelhantes;
- Caracterização clínica do caso;
- Identificação de possíveis contatos, em particular os contatos íntimos;

Além disso, deverá ser realizado um teste laboratorial com o intuito de confirmar ou descartar o caso. O tópico de testagem a seguir contempla as informações necessárias para tal.

### 5.5.1 Investigação de Óbitos Suspeitos

Além dos casos suspeitos, a investigação de óbitos é crucial durante o período de pandemia. Todos os óbitos suspeitos de COVID-19 ou Síndrome Respiratória Aguda Grave, assim como todos os óbitos que apresentem como causa básica

pneumonia, sepse ou causa mal definida deverão ser investigados. Os procedimentos de investigação de óbitos se assemelham aos da investigação de casos suspeitos. Caso o material para realização do teste laboratorial não tenha sido coletado em vida, deve-se proceder uma coleta *post-mortem* no serviço de saúde, por meio de swab na cavidade nasal e orofaringe em até seis horas. É válido atentar às orientações previstas no Manual de Manejo de Corpos no contexto do novo coronavírus do Ministério da Saúde, e a Nota Técnica Nº 2/2020 da SESAP.

## **5.6 Monitoramento dos Casos em Isolamento Social**

Todos os casos suspeitos e ou confirmados, assim como seus familiares e contatos próximos, aos quais foram indicados a realização de medidas de isolamento social, devem ser monitorados pelas equipes de saúde da atenção básica.

O monitoramento deve ser feito, preferencialmente, por telefone a cada 48 horas. Poderá ser realizado atendimento presencial se houver necessidade, de preferência no domicílio do paciente. Em caso de agravamento do caso, encaminhar imediatamente para os demais níveis de cuidado.

Deve-se adotar os seguintes procedimentos no acompanhamento via telefone:

1. Anotar em prontuário o número de contato do paciente e de algum acompanhante (de preferência o cuidador que ficará responsável pelo paciente), durante a primeira avaliação na UBS;
2. Ligação deve ser realizada por profissional de saúde da ESF a cada 48 horas para acompanhamento da evolução do quadro clínico;
3. Não há necessidade de gravar a conversa;
4. Anotar informações sobre a conversa telefônica no prontuário – quadro clínico autorreferido do paciente, autoavaliação da necessidade de ir algum profissional à residência do paciente ou consulta presencial na UBS com paciente em uso de máscara, além do horário da ligação e queixas.

## **5.7 Critério para Considerar Caso Recuperado e Encerramento de caso COVID-19**

Um caso confirmado de COVID-19 é considerado recuperado quando deixa de apresentar sintomas após 14 dias. Vale salientar que não é possível ainda, de acordo com o conhecimento científico vigente sobre a doença, dizer que um caso foi totalmente curado de COVID-19. No momento, o encerramento dos casos é de responsabilidade estadual, através do CIEVS/SESAP.

## **6. VIGILÂNCIA LABORATORIAL – POLÍTICA DE TESTAGEM**

### **6.1 Teste Molecular - RT-PCR em Tempo Real (qRT-PCR)**

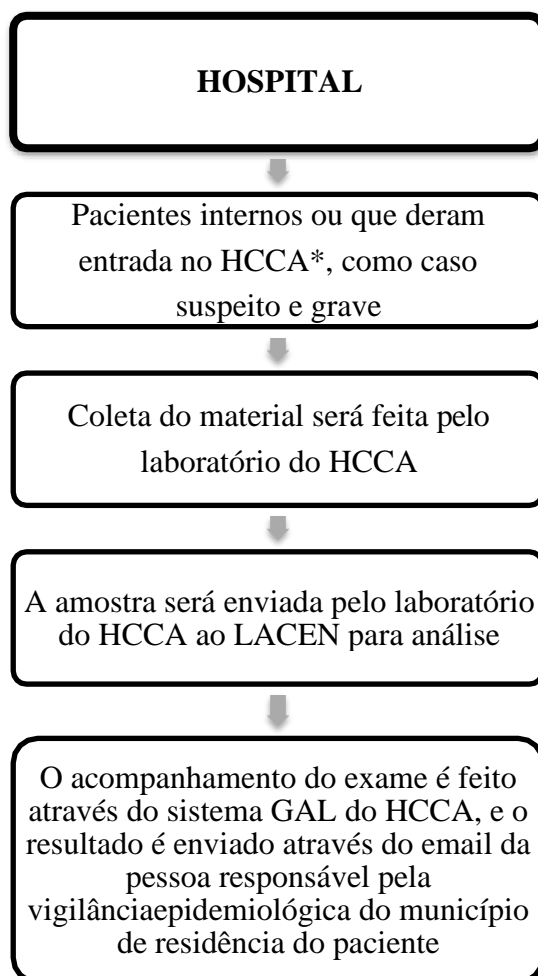
A RT-PCR é uma técnica molecular utilizada para a detecção do novo coronavírus (SARS-CoV-2) considerada o padrão-ouro para diagnóstico em pacientes sintomáticos na fase aguda (entre o 3º e 7º dia da doença, preferencialmente). (BRASIL, 2020)

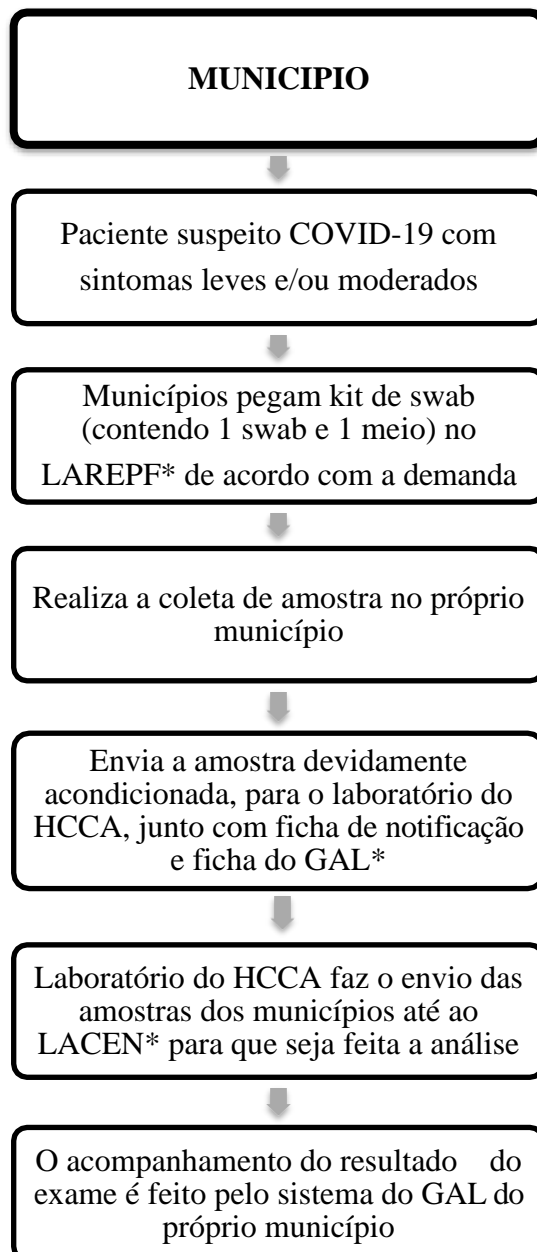
Os pacientes serão testados seguindo alguns critérios:

**Pacientes ambulatoriais:**

- **Apenas** os pacientes que se enquadrem na definição de caso suspeito para COVID-19 **E** que pertençam ao seguintes grupos de risco:
  - Pacientes com comorbidades: diabetes mellitus, hipertensão arterial, miocardiopatia, doença pulmonar crônica, neoplasias malignas e gestação de risco
  - Pacientes com idade acima ou igual a 60 anos.
- Pacientes que se enquadrem na definição de caso suspeito para COVID- 19 e que sejam profissionais de saúde.

As amostras deverão ser encaminhadas para o LACEN/RN ou IMT/UFRN junto com a **ficha do RedCap** devidamente preenchida **Figura 2** . Fluxograma de Coleta de Material para Teste Molecular - RT-PCR em Tempo Real (qRT-PCR)





\*HCCA – Hospital Regional Dr. Cleodon Carlos de Andrade

\*LAREPF – Laboratório Regional de Pau dos Ferros

\*GAL – Gerenciador de ambiente laboratorial

\*LACEN – Laboratório Central do Estado/RN



## 6.2 Teste Rápido Para Detecção de Anticorpos Contra SARS-CoV-2

É um ensaio imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgG/IgM da síndrome respiratória aguda grave por coronavírus 2 (SARS-CoV-2), em amostras de sangue total, soro ou plasma humano. Este teste deve ser usado como uma ferramenta para auxílio no diagnóstico da COVID-19, resultados negativos não excluem a infecção por SARS-CoV-2 assim como resultados positivos não podem ser usados como evidência absoluta de SARS-CoV-2. O resultado deve ser interpretado por um médico com auxílio dos dados clínicos e outros exames laboratoriais confirmatórios.

Os testes rápidos disponibilizados neste primeiro momento são os denominados ONE STEP COVID-2019 TEST® anticorpos IgM/IgG contra SARS-CoV-2, a empresa fabricante do teste no Brasil é a Celer Biotecnologia S/A . Esse teste foi analisado pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), da Fiocruz, e obteve parecer satisfatório.

Os pacientes serão testados seguindo alguns critérios:

- **Apenas** os pacientes que se enquadrem na definição de caso suspeito para COVID-19 **E** que pertençam ao seguintes grupos:
  - Pacientes com comorbidades: diabetes mellitus, hipertensão arterial, miocardiopatia, doença pulmonar crônica, neoplasias malignas e gestação de risco;
  - Paciente com idade igual ou superior a 60 anos;
  - Profissionais de saúde em atividade;
  - Profissionais de segurança pública em atividade;
  - Paciente que resida no mesmo domicílio de um profissional de saúde;
  - Profissionais cuidadores diretos de pessoas idosas que atuam nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI);
  - Pessoas em situação de rua
- Profissionais de saúde assintomáticos que reporte exposição sem proteção a paciente COVID-19 confirmado.

Para a realização do teste rápido, o material deverá ser coletado **após pelo menos 7 dias do início dos sintomas** e 72 horas sem sintomas.

No caso de **profissionais de saúde assintomático** que reportem exposição sem proteção a paciente COVID-19 confirmado, a coleta deverá ser realizada após o **10º dia de exposição**.

### 6.2.1 Notificação de Teste Rápido

É **imprescindível que se registre o resultado individual de todos os testes rápidos**. Para isso, é preciso notificar o caso suspeito no sistema **eSUS- VE** <https://notifica.saude.gov.br> e informar o resultado do teste no campo específico. Reforça-se a importância de se **registrar tanto os resultados positivos quanto os negativos**. Essas informações são essenciais para o monitoramento da epidemia no RN e no Brasil.

## 7. ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DA REDE ASSISTENCIAL

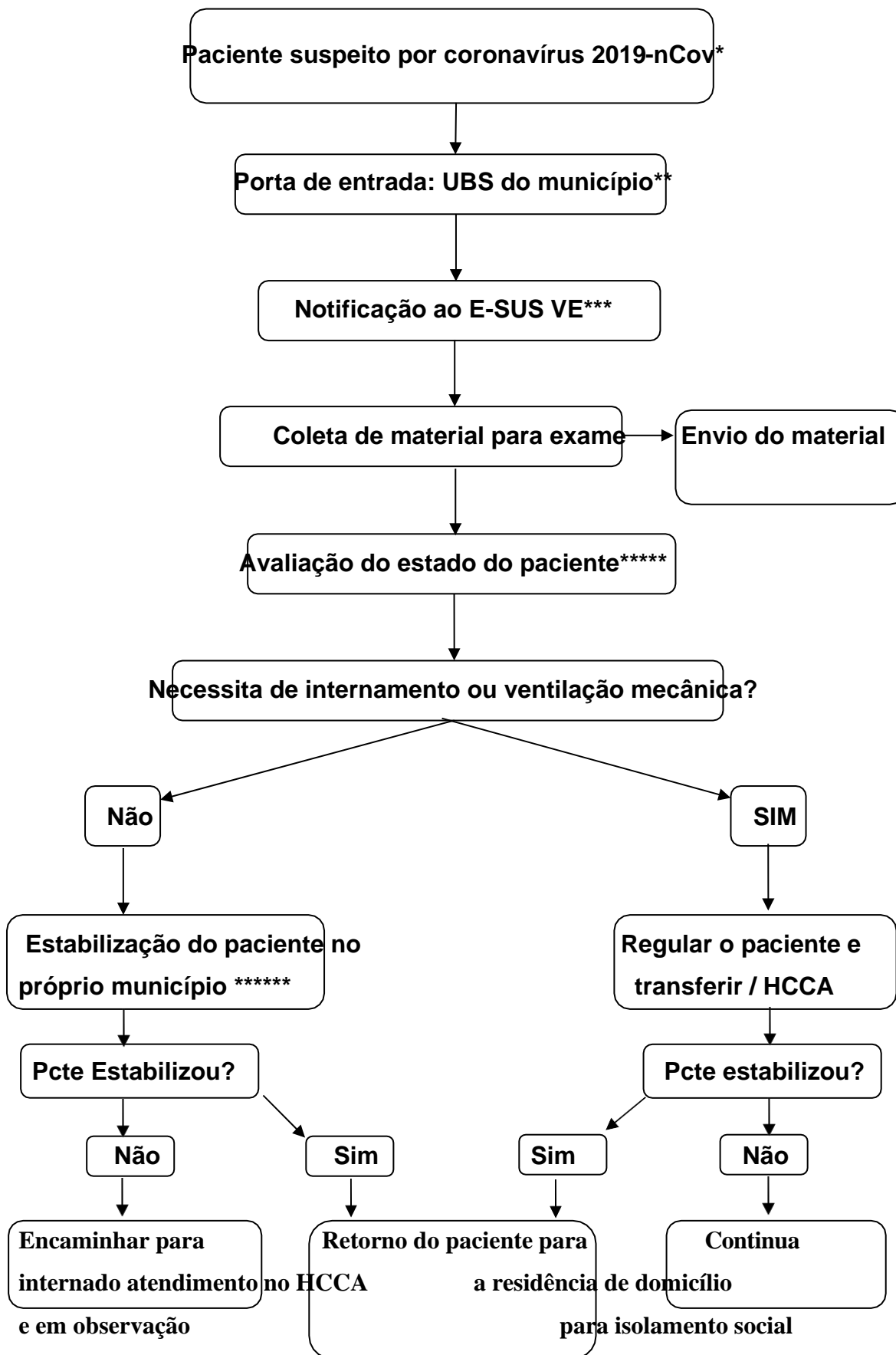
O fluxo da Rede de Assistência no município, segue as diretrizes estabelecidas pelo estado do Rio Grande do Norte. Os casos confirmados ou suspeitos para o COVID-19 que não necessitem de hospitalização deverão ser acompanhados pela Atenção Básica do município, e isolados em domicílio por um período de 14 dias a contar da data de início dos sintomas (diante da avaliação de presença ou ausência de sintomas).

Em casos que apresentem complicações ou sinais de gravidade, os pacientes deverão ser encaminhados pelo município ao hospital de referência – Hospital Regional Dr. Cleodon Carlos de Andrade (HCCA), através de serviço de transporte sanitário próprio, ou ainda, o paciente poderá ser transportado até o hospital de referência via SAMU 192 RN, caso o município não disponha de transporte sanitário adequado ou necessite de transferência para outras unidades de referência estaduais, que disponham de especialidades e serviços não disponíveis no hospital regional.

Vale ressaltar que especificamente para os casos agravados pelo COVID-19, o SAMU 192 RN atenderá até os casos de pacientes dos municípios que não possuem pactuação para o transporte.

Os casos graves, em que necessite de hospitalização, deverão ser previamente regulados diretamente com o médico do setor que atende pacientes com COVID-19 no HCCA, através do telefone (84)3351-9860. O fluxo de organização da rede assistencial encontra-se descrito na Figura 3.

**Figura 3.** Fluxograma de Atendimento para caso suspeito de COVID-19 na VI Região de saúde



\***Paciente suspeito** é aquele que apresenta qualquer sintoma de síndrome gripal, como: Febre  $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$  (aferida ou referida), tosse, dor de garganta, dificuldade respiratória.

\*\* **A porta de entrada da UBS** que receberá esse paciente, irá realizar um acolhimento diferenciado e exclusivo para os casos de COVID 19.

\*\*\* **A notificação ao Cievs** poderá ser feito através do preenchimento do formulário de notificação disponível no e-SUS VE, ou através dos telefones Cievs: 0800 281 2801; (84) 99652 8528 – Tim; (84) 98102 5948 –Vivo.

\*\*\*\* **A amostra** deverá ser coletada e, preferencialmente, acondicionada e encaminhada imediatamente ao LAREPF para que seja realizado o transporte dela até o LACEN-Natal.

\*\*\*\*\*No momento de realizar a **avaliação do estado do paciente**, atentar para as condições clínicas de risco, definidas pelo Ministério da saúde, que indicam a avaliação do caso em um Hospital de referência, ou atenção especializada, tais como: doenças cardíacas descompensadas, doença cardíaca congênita, insuficiência cardíaca mal controlada, doença cardíaca isquêmica descompensada, doenças respiratórias descompensadas, DPOC e asma mal controlados, doenças pulmonares intersticiais com complicações, fibrose cística com infecções recorrentes, displasia broncopulmonar com complicações, crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade, doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5), pacientes em diálise, transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea, imunossupressão por doenças e/ou medicamentos (em vigência de quimioterapia/radioterapia, entre outros medicamentos), portadores de doenças cromossômicas e com estados de fragilidade imunológica (ex.: Síndrome de Down), diabetes (conforme juízo clínico), gestante de alto risco, doença hepática em estágio avançado e obesidade (IMC  $\geq 40$ ).

\*\*\*\*\* **A estabilização do paciente** deverá acontecer em área de observação exclusiva para paciente COVID-19.

Para maiores informações em relação ao fluxo de atendimento na Atenção Básica, poderá ser consultado o Fluxograma de Manejo Clínico na Atenção primária em transmissão comunitária, presente na página 9 do “Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Básica”.

## 8. CENÁRIOS E NÍVEIS DE RESPOSTA

Para que aconteça um melhor entendimento em relação ao COVID-19 em nosso meio, é importante que se tenha o conhecimento acerca de três níveis de cenários: inação, mitigação e supressão.

- Inação: O estado não realiza nenhuma ação para contenção do contágio do vírus, e aguarda para que a população desenvolva uma imunidade coletiva
- Mitigação: Nessa fase, entende-se que não será possível deter a transmissão. Assim, o objetivo é diminuir o avanço da pandemia, com medidas moderadas que visam reduzir ao máximo os casos, sem necessariamente detê-las. Essas medidas que minimizam o número de casos, evita que o sistema de saúde entre em colapso.
- Supressão: De forma mais radical, é a fase em que o Estado busca romper as cadeias de transmissão do vírus, através do distanciamento social de toda população.

Nesse momento, a VI Região de saúde encontra-se no cenário de mitigação com possível transição para a fase de supressão.

Em relação aos níveis de resposta, o Plano Estadual de Contingência para o enfrentamento do COVID-19, no Estado do Rio Grande do Norte, aborda os seguintes níveis: nível 1, nível 2 e nível 3. Esses níveis foram propostos pela OMS (Organização Mundial da Saúde) e tem como objetivo hierarquizar a percepção da pandemia, harmonizar os planos de contingência e estabelecer respostas de acordo com o nível disponível e com os riscos analisados.

- Nível 1 – Alerta: Infecção Humana pelo novo coronavírus (SARS-CoV2) como potencial Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), sem ocorrência no Brasil;
- Nível 2 – Perigo Iminente: Presença de caso suspeito de COVID-19 (SARS-CoV2) no Brasil ou no Estado do Rio Grande do Norte;
- Nível 3 – Emergência em saúde pública de importância nacional: Existe a confirmação de transmissão local de COVID-19 (SARS-CoV2), no território nacional, ou reconhecimento de declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Considerando que o atual cenário do Estado, bem como o da VI região, já se encontra no nível de resposta 3.

- Nível 3 – Na fase de mitigação com até 5 pacientes suspeitos/confirmados com necessidade de internação. O Hospital de Referência - Hospital Regional Dr. Cleodon Carlos de Andrade Freitas Fontes (HCCA) – disponibilizará 8 leitos para atendimentos de pacientes suspeitos e/ou confirmados de COVID-19.
- Nível 4 - Fase de mitigação com mais de 5 pacientes internados

suspeitos/confirmados no HCCA, e necessidade de internação de até 26 pacientes. Nesta fase o HCCA irá transferir a sua área administrativa para o prédio construído para o banco de leite, e transformará o espaço em área assistencial para pacientes com suspeita ou confirmação de COVID- 19, totalizando 26 leitos para este fim, sendo desses um leito de estabilização pediátrico. Ainda nesse nível, a unidade hospitalar de referência para COVID-19 continuará sendo o HCCA, que terá a função de realizar, também, as demais internações clínicas de pacientes com outras etiologias. O setor de obstetrícia será transferido para o Hospital Nelson Maia; porém, o atendimento de pediatria com suspeita e/ou confirmação de COVID-19 permanecerá no HCCA. O atendimento a gestante em trabalho de parto com suspeita e/ou confirmação de COVID- 19, será realizado no Hospital Almeida Castro em Mossoró- RN;

- Nível 5 - fase de supressão com necessidade de internação superior a 26 pacientes suspeitos/confirmados, podendo atingir uma capacidade máxima de 50 leitos do HCCA. Para esse nível, a antiga ala de obstetrícia e pediatria será reestruturada, de modo a reservar mais leitos para receber paciente suspeitos/confirmados, com o limite máximo de 50 leitos destinados para esse fim. Além das ações descritas nos níveis anteriores, será necessário que aconteça a estruturação de leitos adicionais nos hospitais de pequeno porte dos municípios adscritos, conforme a Portaria 561-MS, de 26 de março de 2020.

## **9. ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA**

As equipes das Unidades Básicas de Saúde deverão estar estruturadas para atuar na coordenação do acesso aos serviços de referência (de acordo com os protocolos técnicos pré-estabelecidos para a organização racional da rede de assistência à saúde), bem como para ofertar uma assistência efetiva, relação à orientação sobre os riscos de transmissão e as formas de evitá-la. As equipes de saúde da Atenção Básica terão como função:

- Participar da construção dos planos municipais e do planejamento das atividades de enfrentamento no município, com o intuito de minimizar a transmissão do vírus no menor tempo possível e possibilitar, assim, uma resposta adequada;
- Conhecer o fluxo da unidade de referência, e articular o repasse das informações do caso para essa unidade;
- Orientar a população sobre a necessidade de só acessar a UBS em casos urgentes que não possam ser adiados, o que poderá ser feito por meio das mídias sociais (instagram, facebook, whatsapp) e outros serviços de comunicação como rádios locais e/ou comunitárias;

- Desenvolver ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais presentes na comunidade para o enfrentamento conjunto de problemas identificados;
- Identificar os locais de risco para disseminação da doença, tais como escolas, creches, asilos e outros;
- Apoiar a equipe de vigilância na busca ativa de pessoas que tiveram ou têm contato com o caso suspeito ou confirmado, e realizar de modo articulado, ações de controle e investigação;
- Fazer o registro e agendar visitas da equipe de saúde para os casos em que forem identificadas pessoas com sintomas respiratórios que se encaixem nos critérios de notificação para a COVID-19, entre outras situações urgentes, para as orientações e encaminhamentos;
- Realizar o isolamento dos casos suspeitos e a busca ativa, orientação e administração de medidas profiláticas aos contatos;
- Suspender todas as atividades presenciais em grupos (gestantes, hipertensos e diabéticos, tabagismo, outros);
- Estruturar o serviço de saúde, de modo a priorizar o atendimento de casos suspeitos; ofertando a máscara cirúrgica para uso imediato do paciente e orientando para o isolamento da pessoa;
- Dispor de um espaço de acolhimento na UBS reservado para pessoas idosas, de modo que todos os procedimentos sejam realizados com o máximo de precaução. Importante considerar que as pessoas idosas não apresentam todos os sintomas clássicos comuns em casos de infecções respiratórias, como febre, por exemplo;
- Realizar visitas às pessoas com deficiência, idosos, puérperas, em condição de tratamento para doenças crônicas como câncer, entre outros, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pelo menos duas vezes por semana, de acordo com o mapeamento do território; para o monitoramento de sua condição de saúde, adotando as medidas de higiene recomendadas (uso de álcool em gel, luvas e máscaras);
- Garantir o transporte apropriado e seguro dos casos suspeitos/confirmados, sem complicações, mas que necessitem de deslocamento para realização de exames em outros serviços de saúde ou de transferência para o hospital de referência;
- Monitorar os casos de usuários regulados que apresentaram complicações clínicas, que estão internados no Hospital de Referência;
- Fazer o registro dos dados no sistema de informação (e-SUS AB), ressaltando sinais e sintomas e, em casos confirmados, mencionando inclusive o CID 10- Infecção humana pelo novo coronavírus (SARS- CoV2): B34.2 – Infecção pelo

novo coronavírus de localização não especificada;

- Investigar e encerrar os casos notificados, seguindo os critérios e protocolos estabelecidos pela SESAP/Ministério da Saúde;
- Organizar o atendimento para que não haja aglomeração, mantendo inclusive as salas de vacina, curativos e nebulização abertas;
- Realizar o diagnóstico e manejo terapêutico, através da identificação do caso suspeito; adoção de medidas para evitar contágio na UBS; realização de manejo terapêutico dos casos leves e isolamento social de todos os pacientes suspeitos/confimados; estabilização e encaminhamento dos casos graves ao hospital de referência; notificação imediata dos casos; realização do monitoramento clínico e adoção de medidas de prevenção comunitária e apoio à vigilância ativa.

Caso o paciente apresente sinais de gravidade, o profissional deverá contatar o Núcleo Interno de Regulação para solicitar internação, e logo que liberado a vaga, o mesmo deverá ser removido ao Hospital, utilizando medidas de precauções no transporte. Se o paciente não apresentar sinais de gravidade, deverá proceder o isolamento domiciliar até a melhora dos sintomas, com as recomendações e medidas de precaução e monitorar os contactantes, ação essa que deverá ser desencadeada pelas equipes de vigilância epidemiológica e de atenção básica municipal, podendo contar com o apoio do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde – CIEVS/ RN. O caso deverá ser notificado imediatamente ao Núcleo de Epidemiologia Hospitalar, assim como ao CIEVS-RN, que, por sua vez, notificará o Ministério da Saúde.

#### **10. ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS UNIDADES HOSPITALARES (PRONTO SOCORRO, CLÍNICA MÉDICA E UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA)**

- Identificar precocemente pacientes suspeitos;
- Oferecer máscara cirúrgica aos pacientes suspeitos, desde o momento em que forem identificados na classificação de risco, até sua chegada ao local de isolamento;



- Os profissionais de saúde que estão em contato com o caso suspeito deverão utilizar EPI (preferencial máscara N95, nas exposições por um tempo mais prolongado e procedimentos que gerem aerossóis; máscara cirúrgica em exposições eventuais de baixo risco; protetor ocular ou protetor de face; luvas; capote/avental). Deverão ser utilizadas máscaras de proteção respiratória (respirador particulado) com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até 0,3 $\mu$  (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3), sempre que realizar procedimentos geradores de aerossóis como, por exemplo, intubação ou aspiração traqueal, ventilação não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, indução de escarro, coletas de amostras nasotraqueais e broncoscopias;
- Realizar adequadamente e periodicamente a higienização das mãos;
- Os insumos como sabão líquido, álcool gel e EPI deverão ser providos pela Instituição.

O caso suspeito de COVID-19 poderá ser detectado na classificação de risco da unidade básica de saúde Dona Laura, destinada como referência municipal para o Covid-19, já que o período de incubação é de até 15,2 dias e eventualmente também pode não ter sido detectado nas demais portas de entrada do sistema de saúde. Após identificado, será ofertada a máscara cirúrgica e destinado a entrada e recepção do acesso de atendimento exclusivo para o Covid-19, e lá direcionado para a área de isolamento, que deve ocorrer o mais rápido possível.

## **11. MEDIDAS QUE EVITAM A TRANSMISSÃO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS**

De acordo com a OMS, Ministério da Saúde e com o Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pelo novo Coronavírus 2019- nCoV, até o presente momento não há outras maneiras de prevenção mais efetivas do que a não exposição ao vírus. Contudo, as precauções recomendadas para o público em geral são:

- Lavagem de mãos frequente com água e sabão, com duração mínima de 20 segundos e na indisponibilidade de água e sabão, uso álcool em gel a 70%;

- Evitar tocar nos olhos, nariz e boca, com as mãos não lavadas;
- Evitar contato próximo com pessoas doentes;
- Ficar em casa quando possível, saindo somente em situações essenciais;
- Cobrir boca e nariz ao tossir ou espirrar com lenço de papel descartável, jogando-o no lixo após uso;
- Manter os ambientes bem ventilados;
- Limpar e desinfetar objetos e superfície tocados com frequência;
- Não compartilhar objetos de uso pessoal (talheres, pratos ou garrafas);
- Evitar aglomeração de pessoas.

Atualmente, recomenda-se o uso de máscaras de tecido com três camadas de (tecido- TNT-tecido) para uso da população em geral, devendo atender para o uso correto dessas máscaras, bem como para o cuidado no armazenamento e correta higienização com hipoclorito de sódio diluído em água.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19**. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública | COE-COVID-19, Brasília/DF: fevereiro de 2020.

Disponível em:

<<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 561/GM/MS**, de 26 de março de 2020. Disponível em: <[http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-561/gm/ms-de-26-de-marco-de-2020-\\*-251705923](http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-561/gm/ms-de-26-de-marco-de-2020-*-251705923)>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 454**, de 20 de março de 2020. Disponível em <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587>>.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (covid-19) na Atenção Primária à Saúde**. Brasília –DF, março de 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/20200318-ProtocoloManejo-ver002.pdf>>

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte. **Nota Técnica nº 09/2020/SESAP-SUVIGE/SESAP- CPS/SESAP-SECRETÁRIO**. 20 de março, 2020. Disponível em: <<http://www.adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC00000000227886.PDF>>.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (covid-19) na Atenção Primária à Saúde**. Brasília – DF: Versão 8, abril de 2020. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200422\\_ProtocoloManejo\\_ver08.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200422_ProtocoloManejo_ver08.pdf)>

GUAN, Wei-jie et al. Características clínicas da doença de coronavírus 2019 na China. **Revista de Medicina da Nova Inglaterra**, 2020.

coronavírus de 2019 em Wuhan, China. **The Lancet** , v. 395, n. 10223, p. 497-506, 2020.

LI Q., GUAN X., WU P., WANG X., ZHOU L., TONG Y., et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. **N Engl J Med** [Internet]. 2020 Mar 26;382(13):1199–207. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa20013164>.

LIU Y., GAYLE A.A., Wilder-Smith A, Rocklöv J. The reproductive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus. **J Travel Med.** 2020;27(2):1–4. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa021>

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte. **Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pelo COVID-19**. Natal: versão preliminar, 13 de fevereiro de 2020. Disponível em: [https://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2020/02/13\\_fev\\_PLANO\\_RN\\_COVID-19.pdf](https://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2020/02/13_fev_PLANO_RN_COVID-19.pdf)

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte. **Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pelo COVID-19**. Natal: 2ª Versão, 02 de abril de 2020. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/08/Plano-de-Contingencia--Segunda-Versao.pdf>

RIO GRANDE DO NORTE. **Plano Regional de Contingência para o Enfrentamento da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2) – 4ª Região de Saúde**. Caicó/RN: VI URSAP, 2020

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte. **Boletim Epidemiológico nº 69 – COVID – 19. Monitoramento dos casos de COVID-19**. Disponível em: <http://www.adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000231736.PDF>.

WANG, CHEN et al. Um novo surto de coronavírus que preocupa a saúde global. **The Lancet** , v. 395, n. 10223, p. 470-473, 2020.

WHO. World Health Organization-  
<https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/situationreports>.  
Centers for Disease Control and Prevention  
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/about/transmission.html>.

ZHU, N. et al. Um novo coronavírus de pacientes com pneumonia na China, 2019. **New England Journal of Medicine**, 2020.