ISSN 0100-0233
ISSN (online) 2318-2660

# Revista Baiana de Saúde Pública

v. 45, Supl. Especial 1, jan./mar. 2021



Secretaria da Saúde do Estado da Bahia



REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA
Órgão Oficial da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

EXPEDIENTE | CREDITS | CRÉDITOS

*Rui Costa – Governador do Estado da Bahia*
*Fábio Vilas-Boas – Secretário da Saúde*

ENDEREÇO
*Address*
*Dirección*

- *Secretaria da Saúde do Estado da Bahia*
*Centro de Atenção à Saúde (CAS) – Av. Antônio Carlos Magalhães*
*Parque Bela Vista, Salvador – Bahia – Brasil*
*CEP 40.301-155*
*E-mail: rbsp.saude@saude.ba.gov.br*
*http://rbsp.sesab.ba.gov.br*

EDITORA GERAL
*General Publisher*
*Editora General*

- *Marcele Carneiro Paim – ISC – Salvador (BA)*

EDITORA EXECUTIVA
*Executive Publisher*
*Editora Ejecutiva*

- *Lucitânia Rocha de Aleluia – Sesab/APG – Salvador (BA)*

EDITORES ASSOCIADOS
*Associated Editors*
*Editores Asociados*

- *Edivânia Lucia Araujo Santos Landim – Suvisa/Sesab – Salvador (BA)*
*Eduardo Luiz Andrade Mota – ISC/UFBA*
*Joana Angélica Oliveira Molesini – SESAB/UCSAL – Salvador (BA)*
*Lorene Louise Silva Pinto – SESAB/UFBA/FMB – Salvador (BA)*
*Milton Shintaku – IBICT/MCT*

CONSELHO EMÉRITO
*Emeritus Council*
*Consejo Emérito*

- *Ana Maria Fernandes Pita – UCSAL – Salvador (BA)*
*Carmen Fontes Teixeira – UFBA/ISC – Salvador (BA)*
*Cristina Maria Meira de Melo – UFBA/EENF – Salvador (BA)*
*Eliane Elisa de Souza Azevedo – UEFS – Feira de Santana (BA)*
*Heraldo Peixoto da Silva – UFBA/Agrufba – Salvador (BA)*
*Jacy Amaral Freire de Andrade – UFBA/Criee – Salvador (BA)*
*José Carlos Barboza Filho – UCSAL – Salvador (BA)*
*José Tavares Neto – UFBA/FMB – Salvador (BA)*
*Juarez Pereira Dias – EBMSP/Sesab – Salvador (BA)*
*Lauro Antônio Porto – UFBA/FMB – DMP – Salvador (BA)*
*Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza – UFBA/ISC – Salvador (BA)*
*Paulo Gilvane Lopes Pena – UFBA/FMB – DMP – Salvador (BA)*
*Vera Lúcia Almeida Formigli – UFBA/FMB – DMP – Salvador (BA)*

CONSELHO EDITORIAL
*Editorial Board*
*Consejo Editorial*

- *Adriana Cavalcanti de Aguiar – Instituto Oswaldo Cruz/Instituto de Medicina Social (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ)*
*Andrea Caprara – UEC – Fortaleza (CE)*
*Jaime Breilh – Centro de Estudios Y Asesoría en Salud (CEAS) – (Health Research and Advisory Center – Ecuador*
*Julio Lenin Diaz Guzman – UESC (BA)*
*Laura Camargo Macruz Feuerwerker – USP – São Paulo (SP)*
*Luiz Roberto Santos Moraes – UFBA/Escola Politécnica – DHS – Salvador (BA)*
*Mitermayer Galvão dos Reis – Fiocruz – Salvador (BA)*
*Reinaldo Pessoa Martinelli – UFBA/FMB – Salvador (BA)*
*Rodolfo G. P. Leon – Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)*
*Ruben Araújo Mattos – UERJ – Rio de Janeiro (RJ)*
*Sérgio Koifman – ENSP/Fiocruz – Rio de Janeiro (RJ)*
*Volney de Magalhães Câmara – URFJ – Rio de Janeiro (RJ)*

ISSN: 0100-0233
ISSN (on-line): 2318-2660

Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

INDEXAÇÃO | *INDEXING* | *INDEXACIÓN*
Periódica: Índice de Revistas Latinoamericanas em Ciências (México)
Sumário Actual de Revista, Madrid
LILACS-SP – Literatura Latinoamericana em Ciências de La Salud – Salud Pública, São Paulo

Revisão e normalização de originais | *Review and standardization* | *Revisión y normalización*: Tikinet
Revisão de provas | Proofreading | Revisión de pruebas: Tikinet
Revisão técnica | *Technical review* | *Revisión técnica*: Lucitânia Rocha de Aleluia
Tradução/revisão inglês | *Translation/review english* | *Revisión/traducción inglés*: Tikinet
Tradução/revisão espanhol | *Translation/review spanish* | *Traducción/revisión español*: Tikinet
Editoração eletrônica | *Electronic publishing* | *Editoración electrónica*: Tikinet

Capa | *Cover* | *Tapa*: detalhe do portal da antiga Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Solar do século XVIII)

Fotos | *Photos* | *Fotos*: Paulo Carvalho e Rodrigo Andrade (detalhes do portal e azulejos)

Periodicidade – Trimestral | *Periodicity – Quarterly* | *Periodicidad – Trimestral*

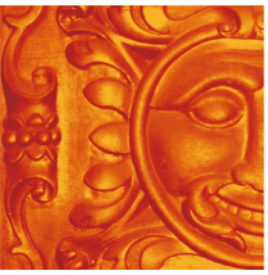
*Revista Baiana de Saúde Pública é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos*
*Revista Baiana de Saúde Pública is associated to Associação Brasileira de Editores Científicos*
*Revista Baiana de Saúde Pública es asociada a la Associação Brasileira de Editores Científicos*

Revista Baiana de Saúde Pública / Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Rev. Baiana saúde pública v. 45, supl. Especial 1, p. 1-379 jan./mar. 2021.

Trimestral.
Publicado também como revista eletrônica.
ISSN 0100-0233
E-ISSN 2318-2660

1. Saúde Pública - Bahia - Periódico. IT

CDU 614 (813.8) (05)



# SUMÁRIO | CONTENTS | SUMARIO


APRESENTAÇÃO 6

**PLANOS**
*PLANS*
*PLANES*

PLANO ESTADUAL DE CONTINGÊNCIAS PARA ENFRENTAMENTO DO NOVO CORONAVÍRUS - SARS COV2 10

PLANO ESTRATÉGICO DE RETOMADA GRADATIVA E SEGURA DAS ATIVIDADES ESCOLARES 66

PLANO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO ESTADO DA BAHIA 86

FLUXOGRAMA DE DISTRIBUIÇÃO DE VACINAS NO ESTADO DA BAHIA 132

PLANO DE TESTAGEM DE TRABALHADORES PARA COVID-19 DURANTE A RETOMADA DE ATIVIDADES COTIDIANAS E DA ECONOMIA 136

PLANO ESTADUAL DE MANEJO DE ÓBITOS DURANTE PANDEMIA DA COVID-19 147

PLANO DE DESMOBILIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL DEVOTADA AO ATENDIMENTO DE PACIENTES COM COVID-19 NO ESTADO DA BAHIA 235

PLANILHA DESMOBILIZAÇÃO DE LEITOS COVID-19 242

PLANOS DE AÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS DA SESAB PARA A PANDEMIA DA COVID-19 243

**BOLETINS**
*BULLETINS*
*BOLETINES*

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO COVID-19 JANEIRO-FEVEREIRO 2020 254

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO COVID-19 Nº 01 260

BOLETIM ELETRONICO BAHIA N. 50 262

BOLETIM-INFOGRÁFICO-116 275

BOLETIM INFORMATIVO CREASI 292

BOLETIM INFORMATIVO COVID-19 TRABALHADORES DA SAÚDE 28/04/20 310

BOLETIM INFORMATIVO COVID-19 TRABALHADORES DA SAÚDE 24/07/20 315

**NOTAS TÉCNICAS**
*TECHNICAL NOTES*
*NOTAS TÉCNICAS*

NOTA TÉCNICA Nº 01 341

NOTA TÉCNICA Nº 19 350

NOTA TÉCNICA COE SAÚDE Nº 67 DE 26 DE MAIO DE 2020 362

NOTA INFORMATIVA CONJUNTA 367

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO 370

COMUNICADO DE ALERTA SESAB/CIEVS/SUVISA Nº 01, 23 de janeiro de 2021 377

# A P R E S E N T A Ç Ã O

A *Revista Baiana de Saúde Pública (RBSB)* por ser um periódico institucional mantido pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab), complementa os seus números trimestrais com suplementos voltados a temas direcionados a divulgação de ações implementadas pela secretaria, tanto em aspectos da política estadual e investigação acadêmica como naqueles relativos registros de fatos históricos.

O Comitê Operacional de Emergência em Saúde - COE Saúde/Ba, instalado em março de 2020, logo após a confirmação de circulação do novo coronavirus (SARS-CoV-2) no Estado, submeteu aos editores da RBSP a possibilidade de uma edição temática com textos sobre o vírus. A solicitação foi acatada para publicação do volume 45 composto três números especiais e um suplemento.

A pandemia resultante da infecção pelo novo Coronavírus – SARSCoV2, causador da doença Covid 19, é um fenômeno que vem acumulando relevância no mundo todo, com perspectiva de ficar registrado como um dos grandes flagelos da humanidade. Contemplando uma ampla variedade de assuntos e temas que despertam grande interesse sobre a doença, faz parte deste suplemento um marco das publicações divulgadas pela Sesab no ano de 2020/21. Os textos estão apresentados em três seções: Planos de Ação, Boletins e Notas Técnicas.

Os Planos de Ação apresentam ações considerando a complexidade da pandemia, direcionada para os campos de conhecimento: da epidemiologia; da organização dos serviços de saúde; da capacitação e administração de recursos humanos ou materiais; da comunicação e das articulações interfederativas e intersetoriais. As junções destes conhecimentos é essencial para implementar a amplitude de ações necessárias para controlar a disseminação e tratar os enfermos com Covid 19.

A escolha dos setes Boletins foi pensada de modo a demonstrar como os setores da Sesab organizaram a divulgação e o acompanhamento dos dados e ações. Quatros são Boletins Epidemiológicos COVID 19 que iniciaram no estado da Bahia as publicações sobre a doença. A primeira edição refere aos meses de janeiros e fevereiro de 2020 com informações mais gerias. A segunda inicia no mês de março do mesmo ano após confirmação do primeiro caso de infecção do novo coronavirus no território baiano, e a partir dai tem edição diária. O boletim nº 50 traz o registro que desde 14 de maio de 2020, a Sesab, realizou o linkage (co-relação) dos três sistemas oficiais do Ministério da Saúde. (e-SUS Notifica, Gal-Lacen e SivepGripe) para os casos confirmados para COVID-19, em investigação e descartados. Ressaltamos que o processo de atualização das informações nos municípios e Estado é dinâmico e complexo, mas para melhor visualização da situação epidemiológica no estado, a partir do nº 116 os Boletins Epidemiológicos tiveram uma publicação simultânea com Boletins Infográficos na forma do exemplar apresentado nesta cessão.

Outros dois tipos de boletins estão sendo produzidos como os Boletins Informativos. Os do Centro de Referência de Pessoas Idosas (CREASI) são editados trimestralmente, entretanto, o nº 04 faz uma avaliação do período de um ano (06.04.2020 a 06.04.202). Já o Boletim Informativo COVID 19 – Trabalhadores de Saúde, com edições semanais iniciada com a Edição 1 (28.04.2020), e, a partir daí foi agregando mais informações como a Edição 12 disponível neste suplemento.

E, por último, para promover decisões necessárias para conduzir as ações para controle da disseminação, assistência e reabilitação da COVID 19, a COE Saúde/Ba publica Notas Técnicas (NT), Recomendações e Comunicados de Alerta que apontam a importância da construção de normativas, na tentativa de superar a dificuldade de tomada de decisões dos gestores e atuação dos profissionais de saúde, para ver através da névoa provocada pela ausência de conhecimento, em se tratando de uma doença emergente que se disseminou rapidamente. Deste modo, neste suplemento estão seis textos considerados marcantes entre os muitos de igual importância divulgados no site da Sesab (http://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/coronavirus/).

A publicação do número especial sobre a COVID 19 representa um esforço de sistematizar conhecimento científico e lições aprendidas. Com o avanço da doença no estado da Bahia e no território nacional, esta é uma iniciativa para apoiar a difusão de quanto a participação de várias atores e instituições tem possibilitado a oportunidade de incentivar a constituição de forças-tarefa para no enfrentamento das questões mais prementes imposta pela forma rápida de disseminação do Novo Coronavirus.

Ressaltamos que a informação em saúde deve ser prioridade da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no momento em que o Brasil tem vivenciado aumento e a expectativa de controle das ondas de recrudescimento da COVID 19. A cada novo perfil de epidemiológico necessita de uma renovada da atenção à saúde que busque utilizar informações e avaliações para subsidiar o cuidado em saúde, testando, construindo e agregando esforços na gestão da saúde no SUS nos mais diversos níveis.

**Joana Angélica Molesini**
*https://orcid.org/0000-0002-9691-5488*
*Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Editora Associada da Revista Baiana de Saúde Pública*



Revista Baiana
de Saúde Pública

# PLANOS

**Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB**

# *Plano Estadual de Contingências para Enfrentamento do Novo Coronavírus - SARS CoV2*

**Bahia**
**Março 2020**

**SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**

# *Plano Estadual de Contingências para Enfrentamento da Novo Corona Vírus - SARS CoV2*

**2ª Edição**

Governador do Estado da Bahia
Rui Costa

Secretário de Estado da Saúde da Bahia
Fabio Vilas-Boas Pinto

Subsecretária de Saúde
Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho

Superintendência de proteção e Vigilância da Saúde
Rívia Mary Barros

Superintendência de Assistência Integral à Saúde
Jassicon Queiroz dos Santos

Superintendência de Gestão dos Sistemas Regulação da Atenção à Saúde
Jerusa Marins Paes Coelho

Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Márcia São Pedro Leal Souza

Diretoria do Laboratório Central Gonçalo Moniz
Arabela Leal e Silva de Mello

Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental
Sandra Helena Pellegrino Marques

Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador
Letícia Coelho da Costa Nobre

Diretoria de Atenção Especializada
Maria Alcina Romero Boullosa

Diretoria Geral da Gestão das Unidades Própria
Igor Lobão Ferraz Ribeiro

Diretoria de Regulação da Assistência à Saúde
Rita de Cássia Silva Santos

Assessoria de Comunicação Social
Pablo Vinícius Silva Barbosa

## Comissão Técnica de Elaboração:

Márcia São Pedro Leal Souza
Stela dos Santos Souza
Maria Alcina Romero Boullosa
Ceuci de Lima Xavier Nunes
Arabela Leal e Silva Mello
Felicidade Mota Pereira Sanitarista
Regina Miranda
Aline Anne Ferreira de Deus
Ramon da Costa Saavedra
Antônio Carlos Albuquerque Bandeira
Monica de Carvalho Alvim

## Comissão Técnica de Revisão:

Aline de Oliveira Costa
Andréia Sampaio
Antônio Ângelo Menezes Barreto
Antonio Conceição da Purificação
Bruno Guimarães de Almeida
Cassio André Garcia
Imeide Pinheiro dos Santos
Ita de Cácia Aguiar Cunha
José Cristiano Sostes
Júlio Jorge Musse Calzado
Liana Figueredo Almeida de Souza
Liliane Mascarenhas Silveira
Lucas dos Anjos
Maria Alcina Romero Boullosa
Maria Aparecida dos Santos
Milene Baqueiro Wasconcellos
Naia Neves de Lucena
Rita de Cássia Silva Santos
Rodrigo Machado Santos
Ubiraylson Brandão de Andrade

**Revisado e atualizado em 26 de junho de 2020**

## SUMÁRIO


Apresentação.....6
Objetivos.....7
Objetivo Geral.....7
Objetivos Específicos.....7
Ações.....7
Ações de Vigilância em Saúde.....7
Ações de Atenção Primária.....10
Ações da Atenção Especializada Hospitalar.....11
Ações de Regulação da Atenção à Saúde.....12
Ações de Cooperação Interfederativa.....12
Ações de Comunicação e Informação em Saúde.....13
Ações de Organização e Infraestrutura.....14
Serviços de Saúde Disponíveis.....14
Serviço Móvel de Urgência (SAMU 192).....14
Rede Hospitalar no âmbito do SUS.....17
Modelagem da Rede Assistencial.....20
Critérios de Definição de Casos para Notificação de COVID-19.....23
Classificação dos níveis de resposta.....28
Referências.....30
Anexo 1.....31
Anexo 2.....33
Anexo 3.....34
Anexo 4.....35
Anexo 5.....36
Anexo 6.....37
Anexo 7.....44

## APRESENTAÇÃO

Diante da Emergência de Saúde Pública do Novo Coronavírus (SARS CoV2) e com base nas informações e recomendações disponibilizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS), a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia apresenta o Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do vírus SARS CoV2. O presente documento foi elaborado com a participação do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS-BA) e do Conselho Estadual de Saúde (CES-BA). Tem como finalidade instrumentalizar gestores municipais e serviços de saúde da rede de atenção à saúde pública para implementação de ações adequadas e oportunas, a fim de reduzir complicações e danos ocasionados pelo vírus na população.

Destaca-se que as medidas a serem adotadas serão consideradas de acordo aos níveis de resposta (nível de alerta, perigo iminente e emergência em saúde pública) e níveis de atenção restritas aos riscos vigentes.

Considerando as constantes atualizações disponibilizadas pela OMS e MS, este Plano está sujeito a ajustes decorrentes da sua utilização prática e das mudanças observadas no cenário epidemiológico.

# 1. OBJETIVOS

## 1.1 Objetivo Geral

Enfrentar de forma rápida e coordenada a pandemia do Novo Coronavírus (SARS CoV2) no estado da Bahia.

## 1.2 Objetivos Específicos

- Coordenar as ações de vigilância em saúde no estado da Bahia.
- Apoiar tecnicamente os municípios na qualificação da atenção primária em saúde.
- Ampliar e qualificar o acesso da população à ações e serviços da Atenção Especializada Hospitalar conforme cenário epidemiológico.
- Garantir acesso aos serviços de saúde de forma equanime, integral e qualificada por meio de processos regulatórios.
- Desenvolver estratégias e mecanismos de cooperação entre as esferas de gestão.
- Estabelecer estratégias de comunicação e informação em saúde.
- Fortalecer a organização e a infraestrutura do SUS-BA.

# 2. AÇÕES

## 2.1 Eixo 1 – Vigilância em Saúde

- Manter comunicação sistemática com o Ministério da Saúde (MS) e outras autoridades de saúde para alinhamento oportuno de diretrizes nacionais e ou internacionais.
- Emitir alertas sobre a situação epidemiológica, com orientações para a preparação de resposta, medidas de prevenção e controle para a infecção humana pelo vírus SARS CoV2, em tempo oportuno.

- Elaborar e publicar Notas Técnicas, Protocolos e Informes Epidemiológicos para as diversas instâncias de gestão e outros estabelecimentos de saúde da rede pública e privada.
- Atualizar orientações de vigilância e critérios de definição de caso, fluxos, coleta de material etc, diante de novas evidências e ou recomendações do Ministério da Saúde.
- Fortalecer os serviços de saúde para detecção, notificação, investigação e monitoramento de casos suspeitos, prováveis e confirmados de infecção pelo vírus SARS CoV2.
- Articular com gestores e profissionais da rede de serviços públicos, filantrópicos e privados de atenção à saúde para detecção de possíveis casos suspeitos nos serviços de saúde.
- Instalar o Comitê Operacional de Emergência em Saúde - COE Saúde.
- Articular com outros setores envolvidos no enfrentamento do vírus SARS CoV2 e outros vírus respiratórios de interesse de saúde pública.
- Estimular articulações intersetoriais no âmbito municipal para elaboração e execução dos Planos de Contingências Municipais
- Promover e ou realizar capacitação para profissionais de saúde da rede pública e privada, em manejo clínico e vigilância epidemiológica, inclusive utilizando as ferramentos do Telessaúde.
- Articular com Conselhos de Saúde para envolvimento nas ações de prevenção e controle do vírus SARS CoV2 e outros vírus respiratórios de interesse de saúde pública.
- Prestar apoio técnico e institucional aos gestores regionais, municipais e estabelecimentos de saúde para enfrentamento do vírus SARS CoV2 e outros vírus respiratórios de interesse de saúde pública.
- Articular com os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) e Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) para implementação da vigilância epidemiológica dos casos de vírus SARS CoV2 e outros vírus respiratórios de interesse de saúde pública e das medidas de biossegurança nos estabelecimentos de saúde.
- Intensificar Vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave e da Síndrome Gripal.

- Monitoramento dos casos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) para avaliação de risco e apoio à tomada de decisão.
- Orientar unidades de saúde e laboratórios em relação à coleta, armazenamento e transporte de amostras de naso e orofaringe para o LACEN.
- Monitorar os resultados de diagnósticos laboratoriais para infecção humana pelo novo coronavírus (SARS CoV2) e outros vírus respiratórios.
- Articular com a ANVISA de portos e aeroportos para avaliar risco sanitário e implementar ações de vigilância dos viajantes e trabalhadores, gerenciamento de resíduos sólidos em portos e aeroportos
- Implantar Unidade Sentinela para avaliação da circulação viral
- Implantar barreira sanitária nas rodovias interestaduais
- Orientar junto aos Núcleos Regionais de Saúde e aos CEREST sobre o uso de equipamento de proteção individual; descarte de resíduos infectados com o covid-19;
- Implantar, através da plataforma Moodle, um sistema voltado para apoio aos Núcleos Regionais de Saúde e aos CEREST em vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador e de Vigilância de ambientes e processos de Trabalho nos casos relacionados a COVID-19.
- Contribuir com a organização e Implantação, junto à EESP, dos cursos de capacitação e atualização dos profissionais em temas relacionados a COVID-19: Notificação, Protocolos, Guias de Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho.
- Apoiar institucionalmente às vigilâncias sanitárias municipais para o desenvolvimento das ações de controle sanitário no território baiano.
- Elaborar e divulgar Alertas Sanitários sobre empresas e produtos irregulares.
- Orientar os estabelecimentos oficialmente liberados para funcionar de acordo com os decretos estaduais e municipais, sobre medidas preventivas que devem ser adotadas para evitar infecção pelo Coronavírus, segundo o Ministério da Saúde, ANVISA, considerando as competências de cada ente.
- Inspecionar os Estabelecimentos de Saúde, principalmente aqueles prioritários para assistência de casos suspeitos e confirmados de infecção

pelo COVID-19; para garantia da implementação das medidas de biossegurança e controle de infecção, visando a mitigar os riscos de transmissão, conforme as normas sanitárias da ANVISA.

- Fiscalizar os estabelecimentos fabricantes e importadores de produtos de interesse da saúde, principalmente aqueles voltados para produção, doação de álcool 70% e fabricação e importação de dispositivos médicos, conforme as Resoluções da ANVISA.
- Orientar aos municípios para inspeção de estabelecimentos coletivos e sociais como em Instituições de Longa Permanências de Idosos (ILPI), Orfanatos, Residências Geriátricas e comunidades terapêuticas, para adoção de medidas sanitárias voltada para o combate à disseminação do Covid - 19;
- Intensificar as ações da Vigilância da água para consumo humano através da articulação com os responsáveis pelos sistemas e soluções alternativas de abastecimento;
- Atender as denúncias de produtos e serviços sujeitos à VISA, prioritariamente aquelas relacionadas a fabricação, comercialização de produtos sem registro da ANVISA, relacionadas à prestação de serviços de saúde

## 2.2 Eixo 2 – Atenção Primária

- Apoiar e orientar sobre medidas de prevenção e controle para o vírus COVID-19.
- Orientar as equipes multiprofissionais para implantação do Protocolo de Manejo Clínico do Novo Coronavírus (SARS CoV2) na Atenção Primária à Saúde/MS.
- Orientar os profissionais de saúde na atenção às populações historicamente excluídas e de maior vulnerabilidade.
- Reorientar o atendimento das equipes de saúde municipais para as intervenções necessárias conforme a progressão dos casos.
- Identificar estratégias para aquisição e distribuição de insumos e EPI”s, bem como seu uso racional.

- Orientar o acompanhamento e monitoramento dos pacientes em isolamento domiciliar em parceria com as equipes de vigilância à saúde local.
- Realizar WEB reuniões com temáticas relacionadas ao Novo Coronavírus (SARS CoV2).
- Referenciar o Telessaúde para atender as demandas relacionadas ao enfrentamento do Coronavirus.
- Orientar os municípios quanto a dispensação de medicamentos do elenco do SUS visando cobrir o período da pandemia, no intervalo de aproximadamente de 3 meses.

## 2.3 Eixo 3 – Atenção Especializada Hospitalar

- Orientar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 na identificação de casos suspeitos e na regulação secundária de acordo com a necessidade da Central Estadual de Regulação.
- Orientar as equipes profissionais das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 e PA) no manejo de casos suspeitos e confirmados de acordo com os protocolos pactuados.
- Estabelecer a rede hospitalar de referência secundária e terciária para casos confirmados de acordo com a estratificação de risco.
- Suspender os procedimentos cirúrgicos de caráter eletivo na Rede Hospitalar de Referência Secundária e Terciária.
- Reativar leitos hospitalares bloqueados na Rede Própria Estadual.
- Ampliar o número de leitos de retaguarda e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em Unidades Hospitalares da Rede Própria Estadual sob gestão direta ou indireta, conforme anexo.
- Contratualizar leitos de retaguarda e leitos de UTI em Unidades da Rede Públicas e/ou Privadas, conforme anexo;
- Requisitar judicialmente estruturas privadas que possam ser adequadas para ampliação de leitos hospitalares.
- Reorganizar as agendas dos atendimentos ambulatoriais, visando evitar aglomerações e reduzir o risco de transmissibilidade.
- Ampliar o Programa de Desospitalização da SESAB.

- Definir os hospitais de referência com leitos de UTI para atendimento dos casos graves;
- Apoiar a elaboração/revisão de planos de contigência das unidades hospitalares de referência secundária ao COVID19
- Apoiar as Santas Casas e Hospitais filantrópicos sem fins lucrativos para atuação de forma coordenada no controle de avanço da pandemia da Covid19;
- Contratualizar as Santas Casas e Hospitais Filantrópicos sem fins lucrativos que apresentarem os Planos de Aplicação de recursos;
- Publicizar, no site da SESAB, no link do Coronavírus, a Planilha das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos sem fins lucrativos que tiveram seus Planos aprovados pela gestão municipal ou estadual para atuação de forma coordenada no controle do avanço da pandemia da Covid-19.

## 2.4 Eixo 4 – Regulação da Atenção à Saúde

- Desenvolver os processos regulatórios de acordo com a oferta de serviços.
- Identificar pontos de desajustes sistemáticos entre a pactuação efetuada e a demanda efetiva.
- Cooperar tecnicamente os municípios e regiões de saúde na qualificação das atividades de regulação como forma de garantir a equidade do acesso aos serviços de saúde.
- Ampliar a contratação de serviços de transporte avançado.

## 2.5 Eixo 5 – Cooperação Interfederativa

- Incentivar a construção e implementação dos Planos Municipais de Contingências.
- Pactuar e aprovar na CIB a alocação de recursos financeiros federais.
- Promover ações integradas entre vigilância em saúde, assistência, Anvisa, e outros órgãos envolvidos na prevenção e controle do novo coronavírus.

- Monitorar e garantir estoque estratégico de medicamentos, insumos e equipamentos de proteção individual para os componentes da Rede Própria Estadual.
- Apresentar a situação epidemiológica, sempre que necessário, nas reuniões de Conselho de Saúde, COSEMS, CIR, CIB e outras instâncias colegiadas, de acordo com agendas previamente pactuadas.
- Apoiar o acompanhamento da execução dos Planos de Contingência Municipais, pelo COSEMS e NRS, junto aos gestores municipais.
- Promover e apoiar discussão, definição e pactuação regional de serviços e fluxos de atendimento aos casos de infecção pelo SARS CoV2 e outros vírus respiratórios de interesse de saúde pública, nas CIR.
- Instituir Comitê de Emergência da Bahia para enfrentamento do vírus SARS-CoV-2.
- Pactuar a rede de atenção para atendimento aos casos do vírus SARS CoV2, de acordo ao nível de complexidade apresentada.

## 2.6 Eixo 6 – Comunicação e Informação em Saúde

- Articular estratégias de comunicação e divulgação no enfrentamento do vírus SARS CoV2
- Elaborar e divulgar Notas Informativas para população em geral;
- Apoiar a vigilância epidemiológica difundindo informações relevantes para a população sobre a pandemia e suas medidas de prevenção em tempo oportuno.
- Divulgar amplamente alertas e boletins epidemiológicos.
- Monitorar as Redes Sociais para esclarecer rumores, boatos e informações equivocadas.
- Estabelecer parcerias com a rede de comunicação pública (TV, rádios e agências de notícias) para envio de mensagens com informações atualizadas emitidas pelas áreas técnicas.
- Elaborar e distribuir materiais informativos/educativos sobre COVID-19, em acordo com a área técnica da Vigilância em Saúde/SESAB.
- Realizar a aproximação com as assessorias de comunicação do estado com as demais instâncias de gestão para alinhamento de informações e

desenvolvimento de ações do plano de contingência ação elaborado pela vigilância epidemiológica

- Divulgar as campanhas educativas sobre o vírus SARS CoV2, elaboradas e orientadas pelo MS.
- Realizar a atualização regular das informações sobre o vírus SARS CoV2 na página eletrônica da SESAB.
- Divulgar Decretos e Portarias do Estado da Bahia que propoem medidas para o controle do vírus SARS CoV2.

### 2.7 Eixo 7 – Organização e Infraestrutuara do SUS-BA

- Definir estratégias para o provimento de Recursos Humanos na saúde.
- Orientar os trabalhadores quanto ao uso e descarte do EPC e EPI, a conduta frente ao manejo dos casos e autoavaliação sistemática.
- Garantir estoque estratégico de insumos laboratoriais para coleta de amostra biológicas e diagnóstico
- Adquirir materiais, equipamentos e insumos para os estabelecimentos da Rede Própria Estadual, Municipal e Complementar com ações voltadas para prevenção, controle e tratamento das infecções pelo Coronavírus.
- Disponibilizar infra-estrutura tecnológica da SESAB para o enfrentamento da Pandemia
- Otimizar os espaços de comunicação com a sociedade
- Garantir os serviços de transporte aéreo e terrestre, incluindo a disponibilização de combustível .
- Garantir estrutura móvel e/ou fixa destinada a conservação de cadaver.

## 3. SERVIÇOS DE SAÚDE DISPONÍVEIS

### 3.1 Serviço Móvel de Urgência (SAMU 192)

É um serviço territorializado que possibilita a cada vítima um atendimento no menor tempo possível, inclusive com envios de médico conforme a gravidade do caso. Podemos chamá-lo de **atendimento pré-hospitalar móvel primário** quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de **atendimento pré-hospitalar móvel secundário** quando a solicitação partir de um serviço de

saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento, conforme grade de referência pactuada.

No Estado da Bahia o SAMU 192 apresenta uma cobertura de 81,75% da população, distribuídos em 279 municípios e conta com 19 Centrais de Regulação de Urgência (CRU), conforme disposto em tabela abaixo:

**Tabela1. Distribuição do SAMU 192 por macrorregião, Bahia 2020**

| REGIÃO | CRU | TELEFONE |
|---|---|---|
| NORTE | SAMU Regional de Paulo Afonso | (75)3692-1020 |
| | SAMU Regional de Senhor do Bonfim | (74)3541-8309 /3541-3881 / 991470413 |
| | SAMU Regional de Juazeiro | (74)999366972/3612-3000 |
| OESTE | SAMU Regional de Barreiras/Ibotirama | (77)999839978 / 3613-9541 |
| | SAMU Regional Santa Maria da Vitória | 77-348345151 / 991200091 |
| LESTE | SAMU Metropolitano de Salvador | (71)991610177/32021320 |
| | SAMU Regional de Camaçari | (71)999431955/999812596/ 3362-7772 /7781 /3454-2224 |
| | SAMU Regional de Santo Antônio de Jesus | (71)991717399 / (75) 36313411/ 6733 |
| EXTREMO SUL | SAMU Regional de Teixeira de Freitas | (73)999782018 / 3291 1551 /3011-9712 |
| | SAMU Regional de Porto Seguro/Eunapolis | (73)988159839 / 3268-9652 |
| SUDOESTE | SAMU Regional de Guanambi | (77)34518739/988284012 / 999025452 |
| | SAMU Regional de Brumado | (77)999894937 / 34411529 |

| | | |
|---|---|---|
| | SAMU Regional de Vitória da Conquista | (77)98829 9734 / 3424-5684 |
| CENTRO-NORTE | SAMU Regional de Irecê/Jacobina | (74)999891226 /39891226 |
| SUL | SAMU Regional de Itabuna | 73-999449031/ 32148297 |
| | SAMU Regional de Ilhéus | (73)999022236 / 3234-3350 |
| | SAMU Regional de Jequié | (73)988538024/35287500 |
| CENTRO-LESTE | SAMU Regional de Feira de Santana | (75)991325672 / 3612-4510 |
| NORDESTE | SAMU Regional de Alagoinhas | (75)991392665 / 34238281/34222114 |

### 3.1.1 Atendimento pela Central de Regulação de Urgências (CRU) do SAMU 192

Nos casos em que o usuário acionar a CRU relatando queixa relacionada a síndrome gripal, o médico regulador deverá aplicar o protocolo para definição de caso suspeito de infecção humana pelo vírus SARS CoV2 estabelecido pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (MS), conforme Boletim Epidemiológico nº 04 publicado em 04 de março de 2020.

Após a aplicação do protocolo, em situação que se caracterize como caso suspeito, o médico regulador deverá avaliar as condições clínicas do paciente, classificando-as por critério de gravidade, procedendo da seguinte forma:

a) Nos casos sem gravidade clínica classificados como "**verde"**, o paciente poderá ser orientado a procurar um serviço de saúde mais próximo da sua residência, com brevidade. A depender da capacidade operacional de cada sistema regional, o médico regulador poderá decidir pelo atendimento presencial, mediante equipe de suporte básico, objetivando captar precocemente o caso para confirmação diagnóstica em unidade de referência primária da rede de urgência do território;

b) Nos casos com gravidade clínica, classificados como "**amarelo" ou "vermelho**", o médico regulador poderá decidir pelo atendimento presencial,

mediante equipe de suporte básico ou avançado, procedendo regulação para as unidades de referência secundária da rede de urgência do território. Para tanto, o médico regulador deverá comunicar previamente o serviço de saúde de referência para onde o caso suspeito será encaminhado.

### 3.1.2 Atendimento pré-hospitalar móvel do SAMU 192:

No caso do atendimento presencial do paciente com suspeita de infecção humana pelo Novo Coronavirus (COVID-19) devem ser utilizadas as seguintes medidas:

- Disponibilizar máscara cirúrgica para o paciente e acompanhante;
- Disponibilizar os EPI preconizados pela ANVISA de acordo ao tipo de atendimento
- Realizar a higiene das mãos e orientar possíveis acompanhantes quanto a sua importância;
- Garantir a ventilação da ambulância durante o transporte;
- Limpar e desinfetar todas as superfícies internas após a realização do atendimento, utilizando álcool a 70%, hipoclorito de sódio ou outro desinfetante indicado para este fim, conforme Procedimento Operacional Padrão -POP, utilizado na rotina do serviço.

### 3.1.3 Atendimento secundário

Nos casos em que a unidade de saúde ou a Central Estadual de Regulação solicitar apoio do SAMU 192 para o transporte de paciente grave, suspeito ou confirmado de infecção humana pelo vírus SARS CoV2, seja para unidade hospitalar de referência, ou até ponto de embarque aéreo.

Ressalta-se que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência está organizado e preparado para atendimento de um possível caso suspeito ou confirmado de infecção humana pelo vírus SARS CoV2.

### 3.2 Rede de referência hospitalar

As pessoas consideradas suspeitas são aquelas que se enquadram nos critérios clínicos e epidemiológicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e Organização

Mundial de Saúde e suas atualizações. Estas serão atendidas nos diferentes pontos de atenção da rede assistencial e podem ter como primeiro acesso, os seguintes equipamentos de saúde: (i) Unidade de Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde (no âmbito da atenção primária); (ii) Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Serviço de Atenção Domiciliar (Programa Melhor em Casa) e Portas de Urgência e Emergência Hospitalar (no âmbito da atenção especializada).

### 3.3 Classificação de Risco

No Estado da Bahia, os pontos de atenção considerados ideais para o manejo de casos suspeitos (aguardando confirmação diagnóstica), ou confirmados de infecção por coronavírus (SARS CoV2), utiliza critérios de classificação de risco baseados no Protocolo de Tratamento da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), da seguinte forma:

| Gravidade | Quadro Clínico |
|---|---|
| **VERDE** | Indivíduo com suspeita ou confirmação, estável, sem sinais de piora do estado clínico*. |
| **AMARELO** | Indivíduo com suspeita ou confirmação, com sinais de gravidade (dispneia; desconforto respiratório; saturação de O2 menor que 95%; ou exacerbação de doença preexistente) e fatores de risco**. |
| **VERMELHO** | Indivíduo com suspeita ou confirmação, com sinais de gravidade (choque; disfunção dos órgãos vitais; insuficiência respiratória; ou instabilidade hemodinâmica). |

***Sinais de piora do estado clínico:** persistência ou agravamento da febre por mais de três dias; miosite comprovada por CPK (≥ 2 a 3 vezes); alteração do sensório; desidratação e, em crianças, exacerbação dos sintomas gastrointestinais.

****Fatores de risco:** população indígena aldeada ou com dificuldade de acesso; gestantes; puérperas (até duas semanas após o parto); crianças <5 anos; adultos

(≥60 anos); pneumopatias (incluindo asma); cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica); doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme); distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus); transtornos neurológicos e do desenvolvimento que possam comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção congênita, lesões medulares, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, AVC ou doenças neuromusculares); imunossupressão (medicamentos, neoplasias, HIV/aids); nefropatias e hepatopatias; obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC ≥ 40 em adultos); pacientes com tuberculose de todas as formas.

É importante se atentar para os critérios e sinais de alerta que indiquem a necessidade de encaminhamento para a unidade hospitalar, conforme fluxo e rede assistencial definidos, bem como a especial atenção aos indivíduos idosos, pois são os que possuem maior taxa de letalidade.

### 3.4 Rede Hospitalar no âmbito do SUS e Fluxo de Referência

O Estado da Bahia tem se organizado a partir de um Plano Diretor Regional (2011), em nove macrorregiões de saúde e 28 regiões de saúde. Nestas, estão localizados serviços de atenção especializada hospitalar de referência em média complexidade para um conjunto de municípios, conforme pactuação nos espaços de gestão do SUS.

As regiões de saúde são: Alagoinhas, Barreiras, Brumado, Camaçari, Cruz das Almas, Feira de Santana, Guanambi, Ibotirama, Ilhéus, Irecê, Itaberaba, Itabuna, Itapetinga, Jacobina, Jequié, Juazeiro, Paulo Afonso, Porto Seguro, Ribeira do Pombal, Salvador, Santa Maria da Vitória, Santo Antônio de Jesus, Seabra, Senhor do Bonfim, Serrinha, Teixeira de Freitas, Valença e Vitória da Conquista.

O estabelecimento de fluxos de acesso e manejo clínico dos indivíduos com suspeição ou confirmação de infecção pelo coronavírus (SARS CoV2), bem como as unidades de saúde para a realização do atendimento, são definidos de acordo com fatores de risco e sinais de agravamento, conforme indicação no protocolo e fluxograma.

### 3.4.1 Modelagem da Rede Assistencial

**A. Das tipologias e definições**

Para fins de organização da Rede Assistencial voltada ao enfrentamento ao Covid-19, considera-se as seguintes tipologias e definições para os estabelecimento de saúde de interesse:

**A.1 Centros de Atendimento para o Enfrentamento à COVID 19**

Os Centros de Atendimento para enfrentamento da Covid-19 compreendem os espaços físicos estruturados pela gestão municipal para o acolhimento e atendimento de usuários com queixas relacionadas aos sintomas de Covid-19,que devem atuar de modo complementar às equipes da Atenção Primária à Saúde.

Esses Centros têm como finalidade identificar precocemente os casos suspeitos de infecção pelo Sars-CoV-2, por meio da qualificação do processo de acolhimento com classificação de risco, utilizando método fasttrack de atendimento; estabelecer o potencial de risco, estabilização e encaminhamentos necessários; realizar a testagem da população de risco; notificar adequadamente os casos e orientar a população sobre as medidas a serem adotadas durante o isolamento domiciliar e sobre medidas de prevenção comunitária, seguindo os protocolos relacionados ao Sars-CoV-2. Essas unidades devem articular com os demais níveis de atenção à saúde fluxos de referência e contrarreferência, considerando o disposto nos Planos de Contingência de cada ente federativo.

São classificados nas seguintes tipologias TIPO 1 (municípios de até 70.000 habitantes), TIPO 2 (municípios de 70.0014 habitantes a 3000.000 habitantes) e TIPO 3 (acima de 300.000 habitantes). Atualmente as unidades credenciadas como Centros de Atendimento para enfrentamento da Covid-19 compõem o ANEXO I.

**A2 Pronto Atendimento Covid**

Unidades pré hospitalares ou hospitalares de média complexidade, de abrangência locorregional, com acesso por **demanda espontânea**, para **atendimento exclusivo** a sintomáticos respiratórios. Tem como atribuição o acolhimento, a classificação de risco e a prestação de assistência, com permanência na unidade, dos casos classificados como “amarelo”, e estabilização dos casos classificados como “vermelho” até a regulação às Unidades de Referência (UR), por meio da Central Estadual de

Regulação (CER). Os PA-CoVid devem estar dispostos, preferencialmente, em municípios com mais de 20.000 habitantes, com uma distribuição de, no mínimo, duas e unidades por Região de Saúde. As UPA 24h com obras concluídas mas sem funcionamento, UPAS 24h em funcionamento mas com adaptações na sua estrutura física de forma a segregar totalmente o fluxo de pacientes sintomáticos respiratórios daqueles com outras situações clínicas, ambulatórios com adaptação na sua estrutura física, recursos humanos e equipamentos, além de hospitais de pequeno porte, poderão ser estruturadas para enquadramento nesta tipologia. Até o momento, as unidades definidas como PA COVID 19 compõem o ANEXO 02.

**A.3 Unidade de Referência (UR)**

Unidades hospitalares especializadas de média e alta complexidade para ainternação hospitalar de casos COVID-19 classificados como “amarelo” e “vermelho”, dispondo de leitos clínicos e de terapia intensiva adulto e/ou pediátricos, com acesso **totalmente regulado** pela Central Estadual de Regulação. Deverão ser de abrangência regional e utilizar estruturas públicas, que já compõem a rede assistencial do SUS Bahia, ou unidades privadas a serem contratualizadas, após a solicitação adesão e o atendimento aos requisitos mínimos para a prestação da assistência. Preferencialmente estas unidades deverão ser exclusivas para atendimento ao COVID ou, com ambientes e fluxos exclusivos, nas Regiões de Saúde onde não for possível unidades exclusivas. Existe também a previsão de implantação de estruturas provisórias (Hospitais de Campanha) em municípios com maior densidade demográfica. As unidades hospitalares desta tipologia, até o momento identificadas e a sua distribuição regional compõem o ANEXO 03. Por ser necessária a solicitação dos prestadores o que está ainda em curso e a avalição gestora quanto aos requisitos mínimos, a relação deverá sofrer atualizações diárias.

**A.3 Unidades de Retaguarda Covid (URC)**

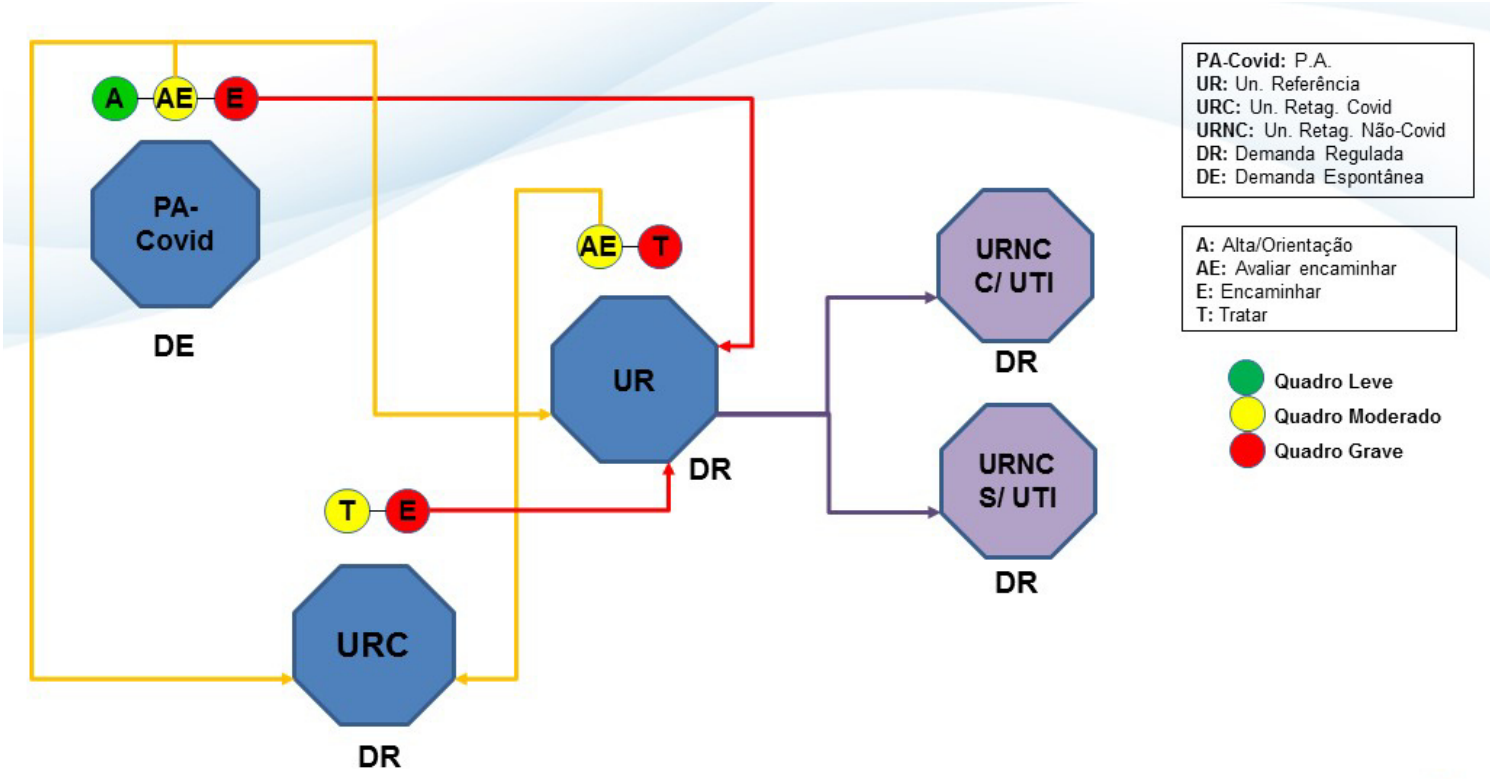
Unidades Hospitalares públicas ou privadas, inclusive Hospitais de Pequeno Porte, ou estruturas temporárias de retaguarda para **UR** para pacientes COVID de menor complexidade (cuidado progressivo), contra referenciados de unidades de maior complexidade em razão de melhora do quadro clínico ou referenciados pela Central Estadual de Regulação, procedentes de unidades de menor complexidade, cujo quadro clínico seja classificado como “amarelo”. As unidades hospitalares desta tipologia, até o momento identificadas e a sua distribuição regional compõem o ANEXO 04. Por ser

necessária a solicitação dos prestadores o que está ainda em curso e a avalição gestora quanto aos requisitos mínimos, a relação deverá sofrer atualizações diárias.

**A.4 Unidades de Retaguarda Não-Covid (URNC)**

Unidades hospitalares de média complexidade e/ou alta complexidade, destinadas a absorver pacientes não-Covid, objetivando a desospitalização desses usuários das unidades de referência Covid (UR), liberando a capacidade instalada destas. As URNC podem dispor, ou não de Unidade de Tratamento Intensivo. As unidades hospitalares desta tipologia, até o momento identificadas e a sua distribuição regional compõem o ANEXO 05. Por ser necessária a solicitação dos prestadores o que está ainda em curso, e a avalição gestora quanto aos requisitos mínimos, a relação deverá sofrer atualizações diárias.

**B. Dos Fluxos de Rede**




Aguda Grave (SRAG);

2. Deverá ser realizada a coleta das amostras respiratórias, oral e nasal, e encaminhadas ao LACEN/BA, conforme fluxo determinado pelo protocolo de vigilância em saúde;

3. A instituição deverá notificar o caso ao CIEVS/BA por telefone e e-mail;

4. O hospital deverá realizar o manejo clínico do paciente de acordo com a gravidade do caso e em conformidade com o protocolo estabelecido.

Ratifica-se a importância dos serviços de saúde implementarem mecanismos e rotinas que contemplem: estratégias de prevenção, garantia do acolhimento com classificação de risco a todos os indivíduos que procurarem os estabelecimentos de saúde, atendimento de forma integral e equânime e acompanhamento dos casos suspeitos com projeto terapêutico singular. Além disso, torna-se fundamental a organização, pelos gestores municipais e hospitalares, de um processo comunicacional com a SESAB/CIEVS, bem como a divulgação do fluxo de acesso proposto.

### 3.6 Rede Hospitalar de Entidades sem Fins Lucrativos

Com o objetivo de dispor incentivo financeirro emergencial às santas casas e hospitais filantrópicos sem fins lucrativos, para participarem, de forma coordenada, no controle do avançao da pandemia de Covid19, o Ministério da Saúde publicou as Portarias nº 1.393 de 21 de maio de 2020 e nº 1.448 de 29 de maio de 2020.

Visando o atendimento às Portarias, a Comissão Intergestora Bipartite da Bahia – CIB/BA publicou as Resoluções nº 078 e 079/2020, aprovando a atualização deste Plano de Contingência. Anexo 6

### 3.7 Serviço de Referência para Realização do Exame Diagnóstico

O diagnóstico laboratorial está centralizado no LACEN/BA, devido a complexidade da metodologia. Os kits para testagem dos vírus respiratórios são descentralizados para as unidades de saúde (UPA, Hospitais, unidades de urgência e emergência) do estado.

## 4. CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE CASOS PARA NOTIFICAÇÃO DE COVID-19

### 4.1 Caso Suspeito de Doença pelo Coronavírus 2019 ( SARS CoV2)

**DEFINIÇÃO 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 OU dificuldade respiratória. ▪

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

**EM GESTANTES E IDOSOS:** a febre pode estar ausente.

**OBS** – A febre pode estar ausente especialmente (mas não exclusivamente) em gestantes e idosos. Assim, diante de pacientes sem febre, mas com sinais e sintomas respiratórios compatíveis com COVID-19, pode-se fazer a suspeição de SG por COVID-19. Devese considerar também critérios específicos de agravamento como sÍncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

**DEFINIÇÃO 2:**

**SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG):**

Indivíduo com Síndrome Gripal que apresente dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto ou que evoluiu para óbito por SRAG independente da internação.

**EM CRIANÇAS:**

Além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

## 4.2 Caso confirmado de Doença pelo Coronavírus 2019 ( SARS CoV2)

**POR DIAGNÓSTICO MOLECULAR:** Caso suspeit de SG ou SRAG com RT-PCR em tempo real para detecção do vírus SARS- CoV2 com resultado detectável para SARS-CoV2. Amostra clínica coletada, preferencialmente, até o sétimo dia de início de sintomas, processada em laboratório público ou privado.

**OBS**: Ressalta-se que serão aceitos RT-PCR em tempo real para detecção do vírus SARSCOV2, realizados em indivíduos assintomáticos que trabalham na área da saúde ou contactantes de casos confirmados

**POR CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO**

Caso suspeito da COVID-19 com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19 e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.

Caso suspeito da COVID-19 com exames de imagens compatíveis.

**POR TESTE RÁPIDO, IMUNOFLUORESCÊNCIA, ELISA OU QUIMIOLUMINESCÊNCIA**

Caso suspeito da COVID-19 com teste imunológico (Teste Rápido ou quimioluminescência ou sorologia clássica para detecção de anticorpos) positivo para anticorpos IgM e/ou IgG.

Visando garantir a utilização adequada e correta dos Testes Rápidos (TR) como auxílio diagnóstico e para o encerramento adequado dos casos, orienta-se:

O TR sorológico deve atender aos critérios de qualidade referidos pelo Ministério da Saúde (MS) com registro na ANVISA.
O TR isoladamente não confirma nem exclui completamente o diagnóstico para COVID-19, devendo ser usado como um teste para auxílio diagnóstico.

O resultado deve ser interpretado com auxílio dos dados clínicos e outros exames laboratoriais.

**4.3 Caso descartado de Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID19):**

Caso suspeito de SG ou SRAG com resultado laboratorial negativo não detectável para coronavírus SARS-CoV2 pelo método de RT-PCR em tempo real,

considerando a oportunidade da coleta OU confirmação laboratorial para outro agente etiológico.

É importante destacar que as amostras negativas para COVID-19 por teste molecular e que sejam de pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), devem ser testadas para o diagnóstico de Influenza e outros virus respiratórios.

Em áreas onde a COVID-19 encontra-se presente e com transmissão comunitária, um ou mais resultados negativos de um mesmo caso suspeito não descartam a possibilidade de infecção pelo virus SARS-CoV2, e os critérios clínicos devem basear as decisões para manejo dos pacientes.

Testes rápidos negativos isoladamente não descartam a infecção pelo virus SARS-CoV2.

### 4.4 Caso Inconclusivo:

Caso suspeito da COVID-19 que foi notificado e cuja coleta de amostra não tenha sido realizada, sem critérios clínico-epidemiológicos definidos

### 4.5 Caso Curado de Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID19):

- Diante das últimas evidências compartilhadas pela OMS e países afetados, o Ministério da Saúde define que são curados:
- **Casos em isolamento domiciliar:** casos confirmados que passaram por 14 dias em isolamento domiciliar, a contar da data de início dos sintomas E que estão assintomáticos.
- **Casos em internação hospitalar:** diante da avaliação médica.
- **Observação:** a liberação do paciente deve ser definida de acordo com o Plano de Contingência local, a considerar a capacidade operacional, podendo ser realizada a partir de visita domiciliar ou remota (telefone ou telemedicina).

**Notificação**

A COVID-19 é uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) e Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), segundo anexo II do Regulamento Sanitário Internacional, portanto, um evento de saúde pública de notificação imediata, como determina a Portaria de Consolidação Nº 04, anexo V, capítulo I, seção I. Portanto, a notificação deve ser feita por profissionais e instituições de saúde do setor público ou privado, em todo o território nacional.

▪ **Casos de Síndrome Gripal (SG)** devem seguir os fluxos já estabelecidos para a notificação por meio do sistema e-SUS VE (http://notifica.saude.gov.br).

▪ **Casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)** hospitalizados devem ser notificados no sistema de informação SIVEP-GRIPE (https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe).

▪ **Óbitos por SRAG** independente de internação devem ser notificados no SIVEPGRIPE.

▪ **Casos confirmados da COVID-19 diagnosticados em laboratórios privados**, cuja técnica diagnóstica por biologia molecular já esteja validada pelo LACEN-BA, e que NÃO atendam a nenhuma das definições de caso do item 1, deverão ser notificados preenchendo o formulário eletrônico endereço https://www.notifica.saude.gov.br.

Os casos assintomáticos que forem testados deverão ser notificados no e-SUS VE selecionando no campo Sintomas a opção “outros”, e no campo Descrição do Sintoma escrever “assintomáticos”. Casos suspeitos de COVID-19 que não preencham os critérios de SG ou SRAG, por exemplo, pacientes com perda do olfato ou do paladar, poderão ser notificados como casos suspeitos, sendo tais sintomas devidamente registrados no e-SUS VE.

## Procedimentos para diagnóstico laboratorial

**1. Biologia molecular (RT-PCR em tempo real, detecção do vírus SARS-CoV2)**

Os critérios para realização de RT-PCR, incialmente estabelecidos na Nota Técnica COE SAÚDE nº 54 de 08 de Abril de 2020, foram atualizados para os seguintes:

1. Pacientes com síndromes gripais (SG);
2. Pacientes internados com suspeita de COVID-19;
3. Pacientes com síndrome respiratória aguda grave (SRAG);
4. Profissionais de saúde com síndrome gripal suspeitos de COVID-19, ou que tiveram contato com casos confirmados de COVID-19 mesmo assintomáticos;
5. Pacientes que foram a óbito com suspeita de COVID-19 cuja coleta não pôde ter sido realizada em vida;
6. Indivíduos institucionalizados durante investigação de surtos de COVID-19.

**2. Teste Rápido Sorológico (para anticorpos) detecção de**

a) Pacientes com quadro clínico-epidemiológico compatível com COVID-19;
b) Profissionais de segurança pública e de saúde em atividade, independente de sintomas;
c) Contato domiciliar de profissional de saúde ou de segurança pública em atividade, independente dos sintomas;
d) Pessoas com 60 anos ou mais, sintomáticos ou não, residentes em instituições de longa permanência de idosos, ou portadores de comorbidades de risco para complicação de COVID-19.

**OBS –** No caso de uso de testes sorológicos para investigação de pacientes sintomáticos, com quadro clínico-epidemiológico compatível com COVID-19, o teste rápido sorológico deverá ser realizado pelo menos sete dias após o início dos sintomas.

## 5. CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE RESPOSTA- Anexo 7

As situações de emergência estão classificadas como: Alerta: Perigo Iminente: Emergência em Saúde Pública, conforme descrição abaixo:

### 5.1 Alerta

Emergência localizada, quando há ameaça identificada a partir de evento de saúde pública com potencial de se constituir em emergência, ou seja, ameaça epidemiológica e a esfera local não possui todos os recursos necessários para responder à situação, necessitando da mobilização de recursos adicionais e apoio complementar (estadual e/ou federal), com possibilidade de envio de equipe de resposta à ESP.

### 5.2 Perigo Iminente

Quando o risco é significativo e supera a capacidade de resposta das esferas municipal e estadual, sendo necessário mobilizar recursos adicionais e apoio complementar da esfera federal, com envio de equipe de resposta à ESP.

### 5.3 Emergência em Saúde Pública

Quando há ameaça de relevância nacional com impacto sobre diferentes esferas de gestão do SUS, exigindo uma ampla resposta governamental. São situações de excepcional gravidade, que podem culminar na Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) por parte do Ministério da Saúde. De acordo com a magnitude e a complexidade do agravo.

## 6. REFERÊNCIAS


- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – https://www.saude.gov.br/saude- dea-z/coronavirus
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde. Boletim Epidemiológico N° 01. Brasília, 2020.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico N° 04. Brasília, 2020.
- Word Health Organization https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus- 2019

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária - http://portal.anvisa.gov.br/coronaviruse Agência Nacional de Vigilância Sanitária – http://portal.anvisa.gov.br/documents
- Nota Técnica Conjunta DIVEP/LACEN/SESAB Nº 01de 27 de janeiro de 2020. Governo do Estado da Bahia. Lei Estadual Nº 13.706/2017.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTESANVISA Nº4/2020.

# ANEXO 1

| CENTRO DE ATENDIMENTO PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **MACRORREGIÃO** | **MUNICÍPIO** | **CNES** | **NOME DO ESTABELECIMENTO** | **TIPO 1** | **TIPO 2** | **TIPO 3** |
| Centro Leste | Tucano | 2597578 | Centro de Saúde Dr Osvaldo Assunção | 1 | | |
| | Euclides da Cunha | 7557655 | Unidade De Saúde da Família Do Centro | 1 | | |
| | Teofilandia | 4033027 | Centro de Saúde de Teofilândia | 1 | | |
| | Tucano | 2597543 | Centro de Saúde de Caldas Do Jorro | 1 | | |
| | Barrocas | 6462162 | Unidade de Saúde da Família Joao Olegário de Queiroz | 1 | | |
| | Serrinha | 2523671 | Centro de Saúde Luis Eduardo Magalhães | | 1 | |
| | Lamarao | 9280871 | Posto de Saúde Dival Nunes Medeiros | 1 | | |
| | Retirolandia | 2653036 | Unidade Básica de Saúde Fernando Presídio | 1 | | |
| | Biritinga | 9990410 | Unidade de Saúde da Família Sede 2 | 1 | | |
| | Lençóis | 2483661 | Unidade de Saúde da Família Zilar De Brito | 1 | | |
| | Buritirama | 7581572 | Unidade de Saúde da Família Ana Maria Aleixo dos Santos | 1 | | |
| | Conceição do Coité | 9043829 | Centro de Atendimento para Enfrentamento da Covid 19 | 1 | | |
| | Andarai | 4021479 | Unidade de Saúde da Família Juvenal Vieira Santana | 1 | | |
| | São Domingos | 3165817 | Unidade de Saúde da Família Mãe Hermínia | 1 | | |
| | Riachão do Jacuipe | 2660296 | Centro de Saúde Dr José Maria de Magalhães Neto | 1 | | |
| | Coração de Maria | 7277482 | Centro De Fisioterapia Municipal | 1 | | |
| | Capela do Alto Alegre | 4024141 | Centro de Saúde Dr Jaime Fernandes de Araujo | 1 | | |
| | Conceição do Jacuipe | 7779682 | Unidade de Saúde da Família Walter de Jesus Morais | 1 | | |
| | Palmeiras | 2514222 | Centro de Saúde De Palmeiras | 1 | | |
| | Boa Vista do Tupim | 2771454 | Unidade de Saúde da Família Maria dos Anjos Santos Pedreira | 1 | | |
| | Ourolândia | 4029445 | Unidade de Saúde da Família da Sede I | 1 | | |
| | Quijingue | 5149428 | Unidade de Saúde da Família Dra Zilda Arns | 1 | | |
| | Nova Fátima | 3484718 | Unidade de Saúde da Família Elias Ferreira de Oliveira | 1 | | |
| | Anguera | 2772434 | Posto de Saúde do Ariri | 1 | | |
| | Buerarema | 7899971 | Ubs Sesp | 1 | | |
| | Mirangaba | 7449151 | Unidade Mista De Mirangaba | 1 | | |
| | Jacobina | 6117252 | Clinica de Especialidades Medicas Dr Carlito Daltro | | 1 | |
| | Umburanas | 2525518 | Unidade de Saúde da Família da Sede | 1 | | |
| Centro Norte | Capim Grosso | 2388332 | Uesf Jose Maximiniano De Souza | 1 | | |
| | Varzea da Roca | 6307906 | Centro de Especialidades | 1 | | |
| | São José Do Jacuípe | 2523477 | Ubs Nossa Senhora Da Conceição | 1 | | |
| Extremo Sul | Caravelas | 2804964 | Psf 02 Sede | 1 | | |
| | Medeiros Neto | 2389126 | Psf Ii Adauto Assis | 1 | | |
| | Prado | 3054837 | Ubs 06 Luis Eduardo | 1 | | |
| | Belmonte | 3942198 | Usf Vii Amália Menezes Elias | 1 | | |
| Leste | Laje | 3559793 | Centro de Refer em Media Complex Ranulfo Jose de Almeida | 1 | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Lauro de Freitas | 5919398 | Unidade de Saúde da Família São Judas Tadeu | | 1 | |
| | Lauro de Freitas | 5672198 | Unidade de Saúde da Família de Caji Vida Nova | | 1 | |
| | São Felix | 9624295 | Posto de Saúde Satélite do Fernando Alves | 1 | | |
| | Feira da Mata | 3013367 | Unidade de Saúde da Família de Feira da Mata | 1 | | |
| | São Sebastião do Passe | 7020929 | Centro de Atendimento A Covid 19 | 1 | | |
| Nordeste | Ribeira do Amparo | 2509903 | Unidade de Saúde da Família Prof Nelson Barros | 1 | | |
| | Heliopolis | 7465106 | Unidade Mista de Saúde De Heliópolis | 1 | | |
| | Iramaia | 3393445 | Unidade de Saúde da Família V Etelvina Nascimento | 1 | | |
| | Itapicuru | 2417375 | Centro de Saúde e Atendimento Especializado de Itapicuru | 1 | | |
| | Entre Rios | 5009685 | Dr Agnaldo Rodrigues Franca | 1 | | |
| | Olindina | 7168527 | Unidade de Saúde da Família Sede | 1 | | |
| Norte | Paulo Afonso | 2533499 | Centro Médico de Especialidades Covid19 | | 1 | |
| | Santa Brígida | 2510057 | Centro de Saúde Rosalia Lomanto | 1 | | |
| | Uauá | 9316043 | Centro Holístico de Medicina Integradativa | 1 | | |
| | Remanso | 6043445 | Cta Sae Remanso | 1 | | |
| | Pilão Arcado | 2508192 | Centro de Saúde de Pilão Arcado | 1 | | |
| | Pedro Alexandre | 2508559 | Centro de Saúde de Pedro Alexandre | 1 | | |
| | Gloria | 2402467 | Centro de Especialidade Áurea Maria Vieira | 1 | | |
| Oeste | Mansidão | 9301712 | Ubs Maria Borges da Rocha | 1 | | |
| | Serra do Ramalho | 4032500 | Centro de Saúde | 1 | | |
| | Riachão das Neves | 7244029 | Psf Mãe Venâncio | 1 | | |
| | Brejolandia | 7217420 | Psf V Jose Irio de Souza | 1 | | |
| | Catolandia | 4024362 | Ps Municipal Ieda Barradas Carneiro | 1 | | |
| | Angical | 3017028 | Centro de Saúde de Angical | 1 | | |
| | Coribe | 2389339 | Centro de Atendimento para Enfrentamento da Covid 19 | 1 | | |
| | Cocos | 2799537 | Centro de Atendimento Covid 19 | 1 | | |
| | Baianopolis | 5308852 | Unidade de Saúde da Família Senhor do Bomfim | 1 | | |
| | Formosa do Rio Preto | 5901790 | Psf Alzira Lisboa Serpa | 1 | | |
| | Paripiranga | 6676812 | Unidade de Saúde da Família Sede | 1 | | |
| | Correntina | 4024966 | Unidade Básica de Saúde Correntina I | 1 | | |
| | Cravolandia | 3016846 | Unidade de Saúde da Família Amado Jacinto dos Santos | 1 | | |
| Sudoeste | Planalto | 133426 | Centro de Atendimento de Síndromes Gripais | 1 | | |
| | Sitio Do Quinto | 4032802 | Centro de Saúde de Sitio do Quinto | 1 | | |
| | Anage | 2649853 | Policlínica Municipal de Anagé | 1 | | |
| | Itambe | 9193944 | Usf Siberia Maciel | 1 | | |
| | Belo Campo | 3924459 | Usf Militao Xavier Ruas | 1 | | |
| | Potiraguá | 2508966 | Unidade de Saúde da Família Itaimbe | 1 | | |
| | Caraibas | 7919328 | Centro de Saúde Santo Antonio | 1 | | |
| | Macarani | 5432219 | Usf Dr João Bosco Simonassi Damasceno | 1 | | |
| | Joao Dourado | 5674603 | Ubsf Geraldo Paravente | 1 | | |
| | Planaltino | 3279200 | U S F Prof J M Magalhães Neto Sede | 1 | | |
| Sul | Nova Ibiá | 9767258 | Centro de Saúde Jecilda dos Santos | 1 | | |
| | Teolandia | 6294235 | Unidade de Saúde da Família Edvaldo dos Anjos Santana | 1 | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Itamari | 2414376 | Posto de Saúde São Lucas | 1 | | |
| | Ubaitaba | 2525054 | Centro Saúde de Ubaitaba | 1 | | |
| | Maraú | 2493519 | Unidade de Saúde da Família de Barra Grande | 1 | | |
| | Maraú | 2493489 | Unidade de Saúde da Família de Ibiaçú | 1 | | |
| | Maraú | 2493500 | Centro de Saúde de Maraú | 1 | | |
| | Barra do Rocha | 2384507 | Unidade de Saúde da Família Aloísio Souza Oliveira | 1 | | |
| | Barro Preto | 2601354 | Ubs Fabio Albergaria Nunes Pitanga | 1 | | |
| | Ipiau | 4026527 | Centro de Saúde Dr Elvídio Antonio Santos | 1 | | |
| | Gongogi | 3885313 | Usf Elton dos Santos Vasconcelos | 1 | | |
| | Boa Nova | 2384876 | Ubs Julieta Campos de Sá | 1 | | |
| | Itiruçu | 3433005 | Unidade de Saúde da Família Professor Magalhães Neto | 1 | | |
| | Lajedo do Tabocal | 2601621 | Unidade de Saúde da Família Dr Antenor R Costa | 1 | | |
| | Igrapiúna | 2413329 | Posto de Saúde do Pau Doleo | 1 | | |
| | Una | 4033337 | Centro de Saúde de Una | 1 | | |
| | Coaraci | 2390051 | Centro de Saúde Dr Angelo Britto | 1 | | |
| | Aurelino Leal | 5416647 | Usf Humberto Vieira Barbosa | 1 | | |

## ANEXO 2

## PRONTO ATENDIMENTO EXCLUSIVO COVID-19

| MACRORREGIÃO | REGIÃO DE SAÚDE | MUNICÍPIO | CNES | EAS | GESTÃO |
|---|---|---|---|---|---|
| LESTE | SALVADOR | LAURO DE FREITAS | 2799251 | Hospital Municipal Professor Jorge Novis | MUNICIPAL |
| CENTRO LESTE | SERRINHA | SERRINHA | S/CNES | UPA 24 Horas | MUNICIPAL |
| | SERRINHA | CONCEIÇÃO DO COITÉ | S/CNES | UPA 24 Horas | MUNICIPAL |
| | SERRINHA | TUCANO | S/CNES | UPA 24 Horas | MUNICIPAL |
| NORDESTE | ALAGOINHAS | ALAGOINHAS | S/CNES | UPA 24 Horas | MUNICIPAL |
| OESTE | BARREIRAS | BARREIRAS | 2659069 | Hospital Municipal Eurico Dutra | MUNICIPAL |
| SUDOESTE | BRUMA DO | BRUMADO | S/CNES | UPA 24 Horas | MUNICIPAL |
| SUL | JEQUIÉ | IPIAÚ | S/CNES | UPA 24 Horas | MUNICIPAL |
| | ILHÉUS | ITACARÉ | S/CNES | UPA 24 Horas | MUNICIPAL |
| EXTREMO-SUL | TEIXEIRA DE FREITAS | ITAMARAJU | 2556847 | Hospital Municipal de Itamaraju | MUNICIPAL |

# ANEXO 03

# UNIDADE DE REFERÊNCIA (UR)

| MACRORREGIÃO | / REGIÃO DE SAU | MUNICIPIO | CNES | NOME HOSPITAL | GESTÃO | UTI | Leitos Clínicos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LESTE | SALVADOR | SALVADOR | 5428 | Instituto Couto Maia - ICOM | ESTADUAL | 120 | 0 |
| | SALVADOR | SALVADOR | 4073 | Hospital Geral Ernesto Simões Filho | ESTADUAL | 75 | 60 |
| | SALVADOR | SALVADOR | 4057 | Hospital Espanhol | ESTADUAL | 140 | 80 |
| | SALVADOR | SALVADOR | S/CNES | Campanha 1 - Fonte Nova | ESTADUAL | 100 | 140 |
| | SALVADOR | LAURO DE FREITAS | S/CNES | Hospital Metropolitano | ESTADUAL | 91 | 100 |
| | SALVADOR | SALVADOR | 6595197 | Hospital do Suburbio | ESTADUAL | 118 | 0 |
| | SALVADOR | SALVADOR | 3366758 | Hospital Salvador | ESTADUAL | 80 | 60 |
| | SALVADOR | SALVADOR | 3816 | HUPES | ESTADUAL | 40 | 50 |
| | SALVADOR | SALVADOR | S/CNES | Campanha 2 Wet Wilde | MUNICIPAL | 100 | 80 |
| | SALVADOR | SALVADOR | 3832 | Hospital Santa Isabel | MUNICIPAL | 14 | 0 |
| | SALVADOR | SALVADOR | 9443665 | Hospital Municipal de Salvador | MUNICIPAL | 17 | 0 |
| | SALVADOR | SALVADOR | 4251 | Hospital Português | MUNICIPAL | 5 | 0 |
| | SALVADOR | SALVADOR | 4278 | Hospital Martagão Gesteira | MUNICIPAL | 10 | 0 |
| | SALVADOR | SALVADOR | 2470667 | Hospital Sagrada Família | MUNICIPAL | 59 | 0 |
| | SALVADOR | SALVADOR | 4502 | INSBOT Barbalho | MUNICIPAL | 40 | 40 |
| | SALVADOR | SALVADOR | 3144682 | Itaigara Memorial | MUNICIPAL | 47 | 40 |
| | CRUZ DAS ALMAS | SÃO FELIX | 2520613 | Hospital Nossa Senhora da Pompéia | MUNICIPAL | 5 | 0 |
| CENTRO LESTE | FEIRA DE SANTANA | FEIRA DE SANTANA | 2799758 | Hospital Clériston de Andrade | ESTADUAL | 40 | 0 |
| | SERRINHA | SERRINHA | 2801914 | Hospital Municipal de Serinha | MUNICIPAL | 10 | 45 |
| NORDESTE | ALAGOINHAS | CATU | 5136385 | Hospital Agnus Dei | ESTADUAL | 10 | 10 |
| CENTRO-NORTE | JACOBINA | JACOBINA | 2470748 | Hospital Regional Vicentina Goulart | MUNICIPAL | 30 | 30 |
| | IRECÊ | IRECÊ | 2533219 | Hospital AMI | DUPLA | 10 | 10 |
| OESTE | BARREIRAS | BARREIRAS | 3972925 | Hospital do Oeste | ESTADUAL | 10 | 0 |
| | BARREIRAS | BARREIRAS | S/CNES | Hospital Central de Barreiras | DUPLA | 20 | 20 |
| | VITÓRIA DA CONQUISTA | VITÓRIA DA CONQUISTA | 2402076 | Hospital Geral de Vitória da Conquista | ESTADUAL | 10 | 0 |
| | VITÓRIA DA CONQUISTA | VITÓRIA DA CONQUISTA | 2402084 | Hospital de Clínicas de Conquista | ESTADUAL | 20 | 20 |
| SUL | ITABUNA | ITABUNA | 2385171 | Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães | MUNICIPAL | 40 | 95 |
| | ILHÉUS | ILHÉUS | 3906787 | Hospital de Ilhéus | DUPLA | 10 | 10 |
| EXTREMO-SUL | PORTO SEGURO | PORTO SEGURO | 2802090 | Hospital Regional Deputado Luís Eduardo Magalhães | ESTADUAL | 10 | 0 |
| | TEIXEIRA DE FREITAS | TEIXEIRA DE FREITAS | 2301318 | Hospital Municipal de Teixeira de Freitas | MUNICIPAL | 10 | 20 |
| **TOTAL** | | | | | | **1291** | **910** |

## ANEXO 04

## UNIDADES DE RETAGUARDA COVID 19 (URC)

| MACRORREGIÃO | CIR / REGIÃO DE SAÚDE | MUNICIPIO | CNES | NOME HOSPITAL | GESTÃO | Leitos Clínicos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| LESTE | SALVADOR | SALVADOR | S/CNES | Hospital Costa dos Coqueiros | ESTADUAL | 110 |
| | SALVADOR | SALVADOR | 3774945 | Hospital Santa Clara | ESTADUAL | 59 |
| | CAMAÇARI | SIMÕES FILHO | S/CNES | Unidade anexa a UPA | MUNICIPAL | 20 |
| TOTAL | | | | | | 189 |

## ANEXO 05
## UNIDADES DE RETAGUARDA NÃO COVID 19

| MACRORREGIÃO | CIR / REGIÃO DE SAÚDE | MUNICIPIO | CNES | NOME HOSPITAL | GESTÃO | Leitos Clínicos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| LESTE | SALVADOR | SALVADOR | S/CNES | Hospital Especializado Octávio Mangabeira | ESTADUAL | 86 |
| | SALVADOR | SALVADOR | S/CNES | Campanha 3 - Fazendão | ESTADUAL | 44 |
| | SALVADOR | SALVADOR | 3859 | Hospital Geral Roberto Santos | ESTADUAL | 150 |
| **TOTAL** | | | | | | 280 |

## ANEXO 6 – Rede Hospitalar de Entidades Sem Fins Lucrativos COVID-19

| Macrorregião | Região de Saúde | Município | Cód. CNES | Razão Social e Nome Fantasia | Gestão | PT GM/MS 1.393 (R$) | PT GM/MS 1.448 (R$) | TOTAL R$ | Plano de Trabalho Aprovado (S/N) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NORDESTE | ALAGOINHAS | ALAGOINHAS | 2487322 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ALAGOINHAS - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ALAGOINHAS | MUNICIPAL | 0 | 243.872,16 | 243.872,16 | |
| EXTREMO-SUL | TEIXEIRA DE FREITAS | ALCOBACA | 2304848 | CARITAS DIOCESANA DE CARAVELAS - HOSPITAL SAO BERNARDO | ESTADUAL | 0 | 749.390,01 | 749.390,01 | |
| NORDESTE | RIBEIRA DO POMBAL | ANTAS | 2799820 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ANTAS - HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES | ESTADUAL | 0 | 1.118.079,28 | 1.118.079,28 | |
| NORDESTE | RIBEIRA DO POMBAL | ANTAS | 2799847 | ASSOCIACAO COMUNITARIA E BENEFICIENTE DE ANTAS - HOSPITAL SAO MARCELO | ESTADUAL | 0 | 1.356.827,06 | 1.356.827,06 | |
| OESTE | IBOTIRAMA | BARRA | 2301687 | INSTITUTO DE GESTAO E HUMANIZACAO IGH - HOSPITAL ANA MARIANI | ESTADUAL | 0 | 651.574,84 | 651.574,84 | |
| OESTE | IBOTIRAMA | BARRA | 3048209 | FUNDACAO ABM DE PESQ E EXTENSAO NA AREA DA SAUDE FABAMED - HOSPITAL SANTA RITA | ESTADUAL | 0 | 784.763,16 | 784.763,16 | |
| SUDOESTE | BRUMADO | BARRA DA ESTIVA | 2799855 | ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO - HOSPITAL SUSY ZANFRETTA | ESTADUAL | 0 | 822.929,56 | 822.929,56 | |
| LESTE | CRUZ DAS ALMAS | CACHOEIRA | 2386879 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DA CACHOEIRA - HOSPITAL SAO JOAO DE DEUS | ESTADUAL | 0 | 757.161,21 | 757.161,21 | |
| SUDOESTE | GUANAMBI | CACULE | 2387042 | ASSOCIACAO DE PROT MATER E A INFANCIA DE CACULE - HOSP MATERNIDADE NOSSA SENHORA APARECIDA | MUNICIPAL | 0 | 787.698,64 | 787.698,64 | |
| SUDOESTE | GUANAMBI | CAETITE | 2557118 | FUNDACAO HOSPITALAR SENHORA SANTANA - HOSPITAL REGIONAL E MATERNIDADE SANTANA DE CAETITE | MUNICIPAL | 0 | 1.142.150,94 | 1.142.150,94 | |
| SUL | ITABUNA | CAMACAN | 2601710 | FUNDACAO HOSPITALAR MATA ATLANTICA - HOSPITAL DR OSVALDO VALVERDE | ESTADUAL | 0 | 833.311,78 | 833.311,78 | |
| NORTE | PAULO AFONSO | CAMPO FORMOSO | 2799839 | UNIAO HOSPITALAR SAO FRANCISCO - HOSPITAL SAO FRANCISCO | ESTADUAL | 0 | 2.384.728,74 | 2.384.728,74 | |

| Macrorregião | Região de Saúde | Município | Cód. CNES | Razão Social e Nome Fantasia | Gestão | PT GM/MS 1.393 (R$) | PT GM/MS 1.448 (R$) | TOTAL R$ | Plano de Trabalho Aprovado (S/N) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CENTRO-NORTE | JACOBINA | CAPIM GROSSO | 2387727 | INSTITUTO DE GESTAO E HUMANIZACAO IGH - HOSPITAL DE CAPIM GROSSO | ESTADUAL | 0 | 1.083.142,04 | 1.083.142,04 | |
| LESTE | SANTO ANTÔNIO DE JESUS | CASTRO ALVES | 2601613 | ASSOCIACAO DE PROT MAT E INFAN DE CASTRO ALVES - APMI DE CASTRO ALVES | ESTADUAL | 0 | 293.529,71 | 293.529,71 | |
| NORDESTE | ALAGOINHAS | CATU | 2388685 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DA BAHIA - HOSPITAL DE CATU SANTA CASA DA BAHIA | MUNICIPAL | 0 | 2.086.173,50 | 2.086.173,50 | |
| CENTRO-LESTE | SERRINHA | CONCEICAO DO COITE | 2598183 | REAL SOCIEDADE PORTUGUESA BENEF 16 DE SETEMBRO - HOSPITAL PORTUGUES UNIDADE REGIONAL DE C DO COITE | ESTADUAL | 0 | 980.279,41 | 980.279,41 | |
| CENTRO-LESTE | SERRINHA | CONCEICAO DO COITE | 2598205 | REAL SOCIEDADE DE BENFICENCIA PORTUGUESA 16 DE SETEMBRO - HOSPITAL PORTUGUES UNIDADE MUNICIPAL DE CONCEICAO DO COITE | ESTADUAL | 0 | 991.625,08 | 991.625,08 | |
| CENTRO-LESTE | FEIRA DE SANTANA | CORACAO DE MARIA | 2799731 | OSB ORGANIZACAO SOCIAL DE GESTAO DA BAHIA - HOSPITAL ANGELO MARTINS | ESTADUAL | 0 | 431.400,27 | 431.400,27 | |
| LESTE | CRUZ DAS ALMAS | CRUZ DAS ALMAS | 2390043 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CRUZ DAS ALMAS - HOSPITAL NOSSA SENHORA DO BONSUCESSO | ESTADUAL | 0 | 660.393,16 | 660.393,16 | |
| NORDESTE | ALAGOINHAS | ESPLANADA | 2627183 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ESPLANADA - HOSPITAL SAO FRANCISCO E SAO VICENTE | ESTADUAL | 0 | 812.724,37 | 812.724,37 | |
| CENTRO-LESTE | SERRINHA | EUCLIDES DA CUNHA | 2401231 | REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEF 16 DE SETEMBRO - HOSPITAL PORTUGUES UNID MUNICIPAL ANTONIO CARLOS MAGALHAES | MUNICIPAL | 0 | 1.000.741,70 | 1.000.741,70 | |
| CENTRO-LESTE | FEIRA DE SANTANA | FEIRA DE SANTANA | 2601680 | SANTA CASA DE MISERICORDIA - HOSPITAL DOM PEDRO DE ALCANTARA | MUNICIPAL | 228.758,17 | 2.655.829,39 | 2.884.587,56 | |
| SUL | JEQUIE | IBIRATAIA | 2413051 | FUNDACAO HOSPITALAR AURELINA VIRGILIA FAIR - MATERNIDADE AURELINA VIRGILIA FAIR | MUNICIPAL | 0 | 348.000,94 | 348.000,94 | |
| SUL | JEQUIE | IBIRATAIA | 2602172 | FUNDACAO HOSPITALAR DE IBIRATAIA - HOSPITAL ANTONIO FIRMO LEAL | MUNICIPAL | 0 | 734.543,99 | 734.543,99 | |

| Macrorregião | Região de Saúde | Município | Cód. CNES | Razão Social e Nome Fantasia | Gestão | PT GM/MS 1.393 (R$) | PT GM/MS 1.448 (R$) | TOTAL R$ | Plano de Trabalho Aprovado (S/N) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CENTRO-LESTE | SEABRA | IBITIARA | 2412713 | SOCIEDADE ASSISTENCIAL BENEFICENTE DE IBITIARA - HOSPITAL PADRE ALDO COPPOLA | ESTADUAL | 0 | 512.192,85 | 512.192,85 | |
| SUDOESTE | ITAPETINGA | IGUAI | 2413450 | SOCIEDADE MEDICA ASSISTENCIAL DE IGUAI - SOMAI | ESTADUAL | 0 | 174.927,75 | 174.927,75 | |
| SUDOESTE | ITAPETINGA | IGUAI | 2413469 | HOSPITAL MANOEL MARTINS DE SOUZA - MATERNIDADE MANOEL MARTINS DE SOUZA | ESTADUAL | 0 | 198.665,96 | 198.665,96 | |
| SUL | ILHEUS | ILHEUS | 2802112 | IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHEUS - HOSPITAL SAO JOSE MATERNIDADE SANTA HELENA | MUNICIPAL | 315.011,25 | 4.573.219,99 | 4.888.231,24 | |
| SUL | JEQUIÉ | IPIAU | 2819139 | FUNDACAO HOSPITALAR DE IPIAU - FUNDACAO HOSPITALAR DE IPIAU | ESTADUAL | 0 | 421.681,81 | 421.681,81 | |
| SUL | ITABUNA | ITABUNA | 2444828 | FUNDACAO FERNANDO GOMES - MATERNIDADE ESTER GOMES | MUNICIPAL | 133.129,75 | 921.613,60 | 1.054.743,35 | |
| SUL | ITABUNA | ITABUNA | 2525569 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITABUNA - HOSPITAL MANOEL NOVAES | MUNICIPAL | 659.745,17 | 2.188.625,94 | 2.848.371,11 | |
| SUL | ITABUNA | ITABUNA | 2772280 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITABUNA - HOSPITAL CALIXTO MIDLEJ FILHO | MUNICIPAL | 584.201,83 | 2.048.104,68 | 2.632.306,51 | |
| SUL | ILHEUS | ITACARE | 2526557 | FUNDACAO HOSPITALAR DE ITACARE - FUNDACAO HOSPITALAR DE ITACARE | MUNICIPAL | 0 | 123.012,44 | 123.012,44 | |
| SUL | ITABUNA | ITAJUIPE | 2602814 | ASSOCIACAO BENEFICENTE DE ITAJUIPE - HOSPITAL DR MONTIVAL LUCAS | ESTADUAL | 0 | 885.376,71 | 885.376,71 | |
| SUDOESTE | ITAPETINGA | ITAMBE | 2414465 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAMBE - HOSPITAL REGIONAL SAO SEBASTIAO | ESTADUAL | 0 | 246.818,76 | 246.818,76 | |
| EXTREMO-SUL | TEIXEIRA DE FREITAS | ITANHEM | 2601591 | CENTRO DE ASSISTENCIA SOCIAL DE ITANHEM - HOSPITAL MARIA MOREIRA LISBOA | ESTADUAL | 0 | 708.050,08 | 708.050,08 | |
| SUDOESTE | ITAPETINGA | ITAPETINGA | 2417189 | FUNDACAO JOSE SILVEIRA - HOSPITAL CRISTO REDENTOR | MUNICIPAL | 0 | 401.397,61 | 401.397,61 | |
| SUDOESTE | ITAPETINGA | ITORORO | 2445204 | FUNDACAO GONCALVES E SAMPAIO - FUNDACAO HOSPITAL E MATERNIDADE DE ITORORO | ESTADUAL | 0 | 220.762,01 | 220.762,01 | |

| Macrorregião | Região de Saúde | Município | Cód. CNES | Razão Social e Nome Fantasia | Gestão | PT GM/MS 1.393 (R$) | PT GM/MS 1.448 (R$) | TOTAL R$ | Plano de Trabalho Aprovado (S/N) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SUL | JAGUAQUARA | JAGUAQUARA | 2469774 | ASSOCIACAO BENEFICENTE TAYLOR EGIDIO - CASA DE SAUDE E MATERNIDADE MARIA JOSE DE SOUZA SANTOS | MUNICIPAL | 0 | 521.290,09 | 521.290,09 | |
| SUL | JEQUIE | JEQUIE | 2494930 | UNIAO COMUNITARIA DOS MEDICOS DA BAHIA UCMB - HOSPITAL SAO VICENTE | ESTADUAL | 110.628,95 | 819.811,15 | 930.440,10 | |
| SUL | JEQUIE | JEQUIE | 6923356 | FUNDACAO JOSE SILVEIRA - SANTA CASA DE MISERICORDIA SAO JUDAS TADEU | ESTADUAL | 138.754,96 | 1.095.117,20 | 1.233.872,16 | |
| NORTE | JUAZEIRO | JUAZEIRO | 2510189 | ASSOCIACAO SANFRANCISCANA DE ASSITENCIA AO PSICOPATA DESVALI - SANATORIO N SR DE FATIMA | MUNICIPAL | 118.129,22 | 1.020.748,15 | 1.138.877,37 | |
| NORTE | JUAZEIRO | JUAZEIRO | 2557509 | HOSPITAL PROMATRE DE JUAZEIRO - PROMATRE DE JUAZEIRO | MUNICIPAL | 108.753,88 | 1.844.163,27 | 1.952.917,15 | |
| NORTE | JUAZEIRO | JUAZEIRO | 6579744 | INSTITUTO VIVER ROBERTO BASTOS DE ALENCAR - INSTITUTO DR ROBERTO | MUNICIPAL | 24.375,87 | 407.834,13 | 432.210,00 | |
| CENTRO-NORTE | JACOBINA | MIGUEL CALMON | 2498421 | REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA 16 DE SETEMBRO - HOSPITAL PORTUGUES HOSPITAL PADRE PAULO FELBER | ESTADUAL | 0 | 2.174.134,76 | 2.174.134,76 | |
| CENTRO-NORTE | JACOBINA | MORRO DO CHAPEU | 2801906 | SOCIEDADE SAO VICENTE DE PAULO - HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO | MUNICIPAL | 0 | 1.305.354,29 | 1.305.354,29 | |
| EXTREMO-SUL | TEIXEIRA DE FREITAS | MUCURI | 2498804 | CARITAS DIOCESANA DE CARAVELAS - HOSPITAL SAO JOSE | MUNICIPAL | 0 | 1.042.821,91 | 1.042.821,91 | |
| LESTE | SANTO ANTONIO DE JESUS | MUTUIPE | 2601575 | ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E A INFANCIA DE MUTUIPE - HOSPITAL MATERNIDADE CLELIA REBOUCAS | ESTADUAL | 0 | 445.639,98 | 445.639,98 | |
| LESTE | SANTO ANTONIO DE JESUS | NAZARE | 2301601 | IRMANDADE DA STA CASA DE MIS DA CIDADE DE NAZARE - HOSPITAL GONCALVES MARTINS | ESTADUAL | 0 | 503.195,51 | 503.195,51 | |
| SUDOESTE | ITAPETINGA | NOVA CANAA | 2526492 | ASSOC DE ASSIST A SAUDE E MATER A INFANCI DE N CANAA - HOSPITAL EDMIR SOUZA COSTA | ESTADUAL | 0 | 149.407,82 | 149.407,82 | |

| Macrorregião | Região de Saúde | Município | Cód. CNES | Razão Social e Nome Fantasia | Gestão | PT GM/MS 1.393 (R$) | PT GM/MS 1.448 (R$) | TOTAL R$ | Plano de Trabalho Aprovado (S/N) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NORDESTE | RIBEIRA DO POMBAL | OLINDINA | 2602636 | FUNDACAO HOSPITALAR RUY BACELAR - FUNDACAO HOSPITALAR RUY BACELAR | ESTADUAL | 0 | 457.095,87 | 457.095,87 | |
| SUDOESTE | BRUMADO | PARAMIRIM | 4029526 | FUNDACAO DE SAUDE DE PARAMIRIM - HOSPITAL JOSE AMERICO REZENDE | ESTADUAL | 0 | 706.955,01 | 706.955,01 | |
| SUDOESTE | VITÓRIA DA CONQUISTA | POCOES | 2601583 | SOCIEDADE BENEFICENTE E AMPARO SOCIAL DE POCOES - HOSPITAL SAO LUCAS | ESTADUAL | 0 | 1.134.794,77 | 1.134.794,77 | |
| LESTE | CAMAÇARI | POJUCA | 2653494 | ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E INFANCIA DE POJUCA - MATERNIDADE MARIA LUIZA DIAS LAUDANO | MUNICIPAL | 0 | 558.361,90 | 558.361,90 | |
| CENTRO-LESTE | FEIRA DE SANTANA | RIACHAO DO JACUIPE | 2304325 | ASSOCIACAO JACUIPENSE DE ASSISTENCIA AO PROXIMO DESAMPARADO - HOSPITAL O BOM SAMARITANO | ESTADUAL | 0 | 527.061,25 | 527.061,25 | |
| CENTRO-LESTE | FEIRA DE SANTANA | RIACHAO DO JACUIPE | 2601567 | FUNDACAO DOUTOR LAURO COSTA FALCAO - HOSPITAL REGIONAL JOAO CAMPOS | ESTADUAL | 0 | 170.120,09 | 170.120,09 | |
| CENTRO-LESTE | FEIRA DE SANTANA | RIACHAO DO JACUIPE | 2601737 | ISAS INSTITUTO DE SAUDE E ACAO SOCIAL - ISAS INSTITUTO DE SAUDE E ACAO SOCIAL | ESTADUAL | 0 | 1.093.139,42 | 1.093.139,42 | |
| SUDOESTE | BRUMADO | RIO DO PIRES | 2509830 | SINDICATO DOS TRABALHADORES RURAIS DE RIO DO PIRES - HOSPITAL DO SIND DOS TRAB RURAIS DE RIO DO PIRES | ESTADUAL | 0 | 337.226,18 | 337.226,18 | |
| CENTRO-LESTE | ITABERABA | RUY BARBOSA | 2510391 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE RUY BARBOSA - HOSPITAL REGIONAL DE RUY BARBOSA | ESTADUAL | 0 | 2.861.855,85 | 2.861.855,85 | |
| LESTE | SALVADOR | SALVADOR | 3786 | LIGA BAHIANA CONTRA O CANCER - HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ | MUNICIPAL | 478.142,08 | 3.054.510,11 | 3.532.652,19 | |
| LESTE | SALVADOR | SALVADOR | 3832 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DA BAHIA - HOSPITAL SANTA ISABEL | MUNICIPAL | 805.795,63 | 1.604.638,54 | 2.410.434,17 | |
| LESTE | SALVADOR | SALVADOR | 4251 | REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICIENCIA - HOSPITAL PORTUGUES | MUNICIPAL | 216.557,58 | 452.663,07 | 669.220,65 | |
| LESTE | SALVADOR | SALVADOR | 4278 | LIGA ALVARO BAHIA CONTRA MORTALIDADE INFANTIL - HOSPITAL MARTAGAO GESTEIRA | MUNICIPAL | 1.928.873,29 | 3.318.613,45 | 5.247.486,74 | |

| Macrorregião | Região de Saúde | Município | Cód. CNES | Razão Social e Nome Fantasia | Gestão | PT GM/MS 1.393 (R$) | PT GM/MS 1.448 (R$) | TOTAL R$ | Plano de Trabalho Aprovado (S/N) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LESTE | SALVADOR | SALVADOR | 4960 | FUNDACAO COLOMBO SPINOLA - HOSPITAL SANTA LUZIA | MUNICIPAL | 46.876,67 | 246.928,29 | 293.804,96 | |
| LESTE | SALVADOR | SALVADOR | 4979 | HOSPITAL EVANGELICO DA BAHIA - HOSPITAL EVANGELICO DA BAHIA HEB | ESTADUAL | 56.252,01 | 255.182,68 | 311.434,69 | |
| LESTE | SALVADOR | SALVADOR | 6157 | INSTITUTO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA E PREVENCAO DA CEGUEIRA - HOSPITAL HUMBERTO CASTRO LIMA | MUNICIPAL | 56.252,01 | 309.168,86 | 365.420,87 | |
| LESTE | SALVADOR | SALVADOR | 6564 | CENTRO ESPIRITA CAMINHO DA REDENCAO - UNIDADE MISTA DR JOSE CARNEIRO DE CAMPOS | ESTADUAL | 9.375,33 | 47.412,86 | 56.788,19 | |
| LESTE | SALVADOR | SALVADOR | 2470667 | ASSOCIACAO DAS IRMAS FRANCISCANAS HOSPITALEIRAS DA IMACULADA - HOSPITAL DA SAGRADA FAMILIA | MUNICIPAL | 392.825,37 | 663.254,99 | 1.056.080,36 | |
| LESTE | SALVADOR | SALVADOR | 2653567 | CENTRO PESQUISA E AS EM REPRODUCAO HUMANA - CEPARH | MUNICIPAL | 30.001,07 | 138.816,42 | 168.817,49 | |
| LESTE | SALVADOR | SALVADOR | 2802104 | ASSOCIACAO OBRAS SOCIAIS IRMA DULCE - HOSPITAL SANTO ANTONIO | ESTADUAL | 1.788.813,89 | 8.381.555,30 | 10.170.369,19 | |
| LESTE | SALVADOR | SALVADOR | 3746410 | INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO DA ADMINISTRACAO HOS - HOSPITAL 2 DE JULHO | MUNICIPAL | 131.254,69 | 585.273,97 | 716.528,66 | |
| LESTE | SALVADOR | SALVADOR | 3813436 | FUNDACAO BAHIANA DE CARDIOLOGIA - FBC | MUNICIPAL | | 10.000,00 | 10.000,00 | |
| LESTE | SALVADOR | SALVADOR | 7160488 | INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO DA ADMINISTRACAO HOS - HOSPITAL ALAIDE COSTA | ESTADUAL | 195.006,96 | 909.928,82 | 1.104.935,78 | |
| LESTE | SALVADOR | SANTO AMARO | 2514451 | HOSPITAL NOSSA SENHORA DA VITORIA - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS | MUNICIPAL | 101.156,98 | 0,00 | 101.156,98 | |
| LESTE | SALVADOR | SANTO AMARO | 2603292 | HOSPITAL MATERNIDADE DE SANTO AMARO - HOSPITAL MATERNIDADE DE SANTO AMARO | MUNICIPAL | 0 | 112.345,22 | 112.345,22 | |
| LESTE | SALVADOR | SANTO AMARO | 2603284 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SANTO AMARO - HOSPITAL NOSSA SENHORA DA NATIVIDADE | MUNICIPAL | 0 | 126.354,92 | 126.354,92 | |

| Macrorregião | Região de Saúde | Município | Cód. CNES | Razão Social e Nome Fantasia | Gestão | PT GM/MS 1.393 (R$) | PT GM/MS 1.448 (R$) | TOTAL R$ | Plano de Trabalho Aprovado (S/N) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LESTE | SANTO ANTONIO DE JESUS | SANTO ANTONIO DE JESUS | 2799286 | IRMANDADE DA STA CASA DE MISER DE S ANT DE JESUS - HOSPITAL MATERNIDADE LUIZ ARGOLO | ESTADUAL | 0 | 953.626,78 | 953.626,78 | |
| CENTRO LESTE | SERRINHA | SAO DOMINGOS | 4032101 | ASS SAO DOMINGUENSE DE PROTECAO A MATERNIDADE E A INFANCIA - HOSPITAL SAO DOMINGOS | MUNICIPAL | 0 | 356.509,26 | 356.509,26 | |
| LESTE | CRUZ DAS ALMAS | SAO FELIX | 2520613 | IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO FELIX - HOSPITAL NOSSA SENHORA DA POMPEIA | MUNICIPAL | 0 | 893.353,88 | 893.353,88 | |
| LESTE | SANTO ANTONIO DE JESUS | SAO MIGUEL DAS MATAS | 2801779 | UNIAO COMUNITARIA DOS MEDICOS DA BAHIA UCMB - HOSPITAL UNIAO COMUNITARIA DOS MEDICOS | ESTADUAL | 0 | 289.247,42 | 289.247,42 | |
| CENTRO-LESTE | SERRINHA | SERRINHA | 2644711 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SERRINHA - HOSPITAL SANTANA | MUNICIPAL | 80.627,88 | 770.368,92 | 850.996,80 | |
| LESTE | SANTO ANTONIO DE JESUS | UBAIRA | 2524996 | ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E INFANCIA UBAIRA - APMIU | ESTADUAL | | 578.027,18 | 578.027,18 | |
| SUL | ITABUNA | UBAITABA | 2602652 | UNIAO COMUNITARIA DOS MEDICOS DA BAHIA UCMB - UNIAO COMUNITARIA DOS MEDICOS DA BAHIA | ESTADUAL | 0 | 1.571.492,88 | 1.571.492,88 | |
| SUL | VALENCA | VALENCA | 2525933 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VALENCA - HOSPITAL DR HEITOR GUEDES DE MELLO | ESTADUAL | 210.007,50 | 2.981.237,08 | 3.191.244,58 | |
| CENTRO-NORTE | JACOBINA | VARZEA NOVA | 2526093 | ASSOCIACAO VARZEANOVENSE DE ASSISTENCIA - HOSPITAL PADRE ALFREDO HAASLER | ESTADUAL | 0 | 544.621,21 | 544.621,21 | |
| SUDOESTE | VITORIA DA CONQUISTA | VITORIA DA CONQUISTA | 2487756 | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VITORIA DA CONQUISTA - HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO | MUNICIPAL | 0 | 1.856.586,21 | 1.856.586,21 | |
| CENTRO-NORTE | IRECÊ | XIQUE-XIQUE | 2601729 | SOCIEDADE ASSISTENCIAL DE XIQUEXIQUE - HOSPITAL JULIETA VIANA | MUNICIPAL | 0 | 975.232,14 | 975.232,14 | |

## ANEXO 7 - Níveis de Resposta

| Eixo Vigilância em Saúde | Ações | Níveis de resposta | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Alerta | Perigo Iminente | Emergência em Saúde Pública |
| ‘ | Manter comunicação com o Ministério da Saúde (MS) e outras autoridades de saúde para alinhamento oportuno de diretrizes nacionais e ou internacionais. | SIM | SIM | SIM |
| | Emitir alertas sobre a situação epidemiológica, com orientações para a preparação de resposta, com medidas de prevenção e controle para a infecção humana pelo vírus SARS CoV2, em tempo oportuno | SIM | SIM | SIM |
| | Elaborar e publicar Notas Técnicas, Protocolos e Informes Epidemiológicos para as diversas instâncias de gestão e outros estabelecimentos de saúde da rede pública e privada. | SIM | SIM | SIM |
| | Atualizar orientações de vigilância e critérios de definição de caso, fluxos, coleta de material etc, diante de novas evidências e ou recomendações do Ministério da Saúde | SIM | SIM | SIM |
| | Fortalecer os serviços de saúde para detecção, notificação, investigação e monitoramento de casos suspeitos, prováveis e confirmados de infecção pelo vírus SARS CoV2 | SIM | SIM | SIM |
| | Articular com gestores e profissionais da rede de serviços públicos, filantrópicos e privados de atenção à saúde para detecção de possíveis casos suspeitos nos serviços de saúde | SIM | SIM | SIM |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | Instalar o Comitê Operacional de Emergência em Saúde - COE Saúde. | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Estimular articulações intersetoriais no âmbito municipal para elaboração e execução dos Planos de Contingências Municipais para o vírus | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Promover e ou realizar capacitação para profissionais de saúde da rede pública e privada, em manejo clínico e vigilância epidemiológica, inclusive utilizando as ferramentos do Telessaúde. | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Articular com Conselhos de Saúde para envolvimento nas ações de prevenção e controle do vírus SARS CoV2 e outros vírus respiratórios de interesse de saúde pública | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Prestar apoio técnico e institucional aos gestores regionais, municipais e estabelecimentos de saúde para enfrentamento do vírus SARS CoV2 e outros vírus respiratórios de interesse de saúde pública. | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Prestar apoio técnico e institucional aos gestores regionais, municipais e estabelecimentos de saúde para enfrentamento do vírus SARS CoV2 e outros vírus respiratórios de interesse de saúde pública. | **SIM** | **SIM** | **SIM** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Articular com os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) e Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) para implementação da vigilância epidemiológica dos casos de vírus SARS CoV2 e outros vírus respiratórios de interesse de saúde pública e das medidas de biossegurança nos estabelecimentos de saúde. | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Intensificar Vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave e da Síndrome Gripal. Monitoramento dos casos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) para avaliação de risco e apoio à tomada de decisão. | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Orientar unidades de saúde e laboratórios em relação à coleta, armazenamento e transporte de amostras de naso e orofaringe para o LACEN. | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Monitorar os resultados de diagnósticos laboratoriais para infecção humana pelo novo coronavírus (SARS CoV2) e outros vírus respiratórios. | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Articular com a ANVISA de portos e aeroportos para avaliar risco sanitário e implementar ações de vigilância dos viajantes e trabalhadores, gerenciamento de resíduos sólidos em portos e aeroportos e ações de educação e comunicação em saúde | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Implantar Unidade Sentinela para avaliação da circulação viral | **SIM** | **SIM** | |
| | Implantar barreira sanitária nas rodovias interestaduais | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Orientar junto aos Núcleos Regionais de Saúde e aos CEREST sobre o uso de equipamento de proteção individual; descarte de resíduos infectados com o covid-19 | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Implantar, através da plataforma Moodle, um sistema voltado para apoio aos Núcleos Regionais de Saúde e aos CEREST em vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador e de Vigilância de ambientes e processos de Trabalho nos casos relacionados a COVID-19. | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Contribuir com a organização e Implantação, junto à EESP, dos cursos de capacitação e atualização dos profissionais em temas relacionados a COVID-19: Notificação, Protocolos, Guias de Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho. | **SIM** | **SIM** | **SIM** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Apoiar institucionalmente às vigilâncias sanitárias municipais para o desenvolvimento das ações de controle sanitário no território baiano. | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Elaborar e divulgar Alertas Sanitários sobre empresas e produtos irregulares | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Orientar os estabelecimentos oficialmente liberados para funcionar de acordo com os decretos estaduais e municipais, sobre medidas preventivas que devem ser adotadas para evitar infecção pelo Coronavírus, segundo o Ministério da Saúde, ANVISA, considerando as competências de cada ente | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Inspecionar os Estabelecimentos de Saúde, principalmente aqueles prioritários para assistência de casos suspeitos e confirmados de infecção pelo COVID-19; para garantia da implementação das medidas de biossegurança e controle de infecção, visando a mitigar os riscos de transmissão, conforme as normas sanitárias da ANVISA. | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Fiscalizar os estabelecimentos fabricantes e importadores de produtos de interesse da saúde, principalmente aqueles voltados para produção, doação de álcool 70% e fabricação e importação de dispositivos médicos, conforme as Resoluções da ANVISA. | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Orientar aos municípios para inspeção de estabelecimentos coletivos e sociais como em Instituições de Longa Permanências de Idosos (ILPI), Orfanatos, Residências Geriátricas e comunidades terapêuticas, para adoção de medidas sanitárias voltada para o combate à disseminação do Covid - 19 | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Intensificar as ações da Vigilância da água para consumo humano através da articulação com os responsáveis pelos sistemas e soluções alternativas de abastecimento | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Atender as denúncias de produtos e serviços sujeitos à VISA, prioritariamente aquelas relacionadas a fabricação, comercialização de produtos sem registro da ANVISA, relacionadas à prestação de serviços de saúde | **SIM** | **SIM** | **SIM** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **EIXO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE** | Apoiar e orientar sobre medidas de prevenção e controle para o vírus SARS CoV2. | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Orientar as equipes multiprofissionais para implantação do Protocolo de Manejo Clínico do Novo Coronavírus (SARS CoV2) na Atenção Primária à Saúde/MS | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Orientar os profissionais de saúde na atenção às populações historicamente excluídas e de maior vulnerabilidade | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Reorientar o atendimento das equipes de saúde municipais para as intervenções necessárias conforme a progressão dos casos. | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Identificar estratégias para aquisição e distribuição de insumos e EPI"s, bem como seu uso racional. | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Orientar o acompanhamento e monitoramento dos pacientes em isolamento domiciliar em parceria com as equipes de vigilância à saúde local. | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Realizar WEB reuniões com temáticas relacionadas ao Novo Coronavírus (SARS CoV2). | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Referenciar o Telessaúde para atender as demandas relacionadas ao enfrentamento do Coronavirus. | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Orientar os municípios quanto a dispensação de medicamentos do elenco do SUS visando cobrir o período da pandemia, no intervalo de aproximadamente de 3 meses. | **SIM** | **SIM** | **SIM** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **EIXO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA HOSPITALAR** | Orientar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 na identificação de casos suspeitos e na regulação secundária de acordo com a necessidade da Central Estadual de Regulação | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Orientar as equipes profissionais das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 e PA) no manejo de casos suspeitos e confirmados de acordo com os protocolos pactuados | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Estabelecer a rede hospitalar de referência para casos confirmados de acordo com a estratificação de risco. | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Suspender os procedimentos cirúrgicos de caráter eletivo na Rede Hospitalar de Referência Secundária e Terciária. | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Reativar leitos hospitalares bloqueados na Rede Própria Estadual. | | **SIM** | **SIM** |
| | Ampliar o número de leitos de retaguarda e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em Unidades Hospitalares da Rede Própria Estadual sob gestão direta ou indireta, conforme anexo | | **SIM** | **SIM** |
| | Contratualizar leitos de retaguarda e leitos de UTI em Unidades da Rede Públicas e/ou Privadas, conforme anexo | | **SIM** | **SIM** |
| | Requisitar judicialmente estruturas privadas que possam ser adequadas para ampliação de leitos hospitalares. | | | **SIM** |
| | Reorganizar as agendas dos atendimentos ambulatoriais, visando evitar aglomerações e reduzir o risco de transmissibilidade. | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Fortalecer o Programa de Desospitalização da SESAB. | | **SIM** | **SIM** |
| | Apoiar a elaboração/revisão de planos de contigência das unidades hospitalares de referência secundária ao COVID19 | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Apoiar as Santas Casas e Hospitais Filantrópicos sem fins lucrativos para atuação de forma coordenada no controle do avanço da pandemia da Covid-19 | | | **SIM** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Contratualizar as Santas Casas e Hospitais Filantrópicos sem fins lucrativos que apresentarem os Planos de Aplicação de recursos | | | **SIM** |
| | Publicizar, no site da SESAB, no link do Coronavírus, a Planilha das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos sem fins lucrativos que tiveram seus Planos aprovados pela gestão municipal ou estadual para atuação de forma coordenada no controle do avanço da pandemia da Covid-19. | | | **SIM** |

| EIXO DA REGULAÇÃO DE LEITOS | Ações | Níveis de resposta | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Alerta | Perigo Iminente | Emergência em Saúde Pública |
| | Desenvolver os processos regulatórios de acordo com a oferta de serviços. | SIM | SIM | SIM |
| | Cooperar tecnicamente os municípios e regiões de saúde na qualificação das atividades de regulação como forma de garantir a equidade do acesso aos serviços de saúde | SIM | SIM | SIM |
| | Ampliar a contratação de serviços de transporte avançado | | SIM | SIM |
| **EIXOS DA GESTÃO** | **Ações** | **Níveis de resposta** | | |
| | | **Alerta** | **Perigo Iminente** | **Emergência em Saúde Pública** |
| | Incentivar a construção e implementação dos Planos Municipais de Contingências | SIM | SIM | |
| | Pactuar e aprovar na CIB a alocação de recursos financeiros federais | | SIM | SIM |
| | Promover ações integradas entre vigilância em saúde, assistência, Anvisa, e outros órgãos envolvidos na prevenção e controle do novo coronavírus. | SIM | SIM | SIM |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Monitorar e garantir estoque estratégico de medicamentos, insumos e equipamentos de proteção individual para os componentes da Rede Própria Estadual. | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Apresentar a situação epidemiológica, sempre que necessário, nas reuniões de Conselho de Saúde, COSEMS, CIR, CIB e outras instâncias colegiadas, de acordo com agendas previamente pactuadas. | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Apoiar o acompanhamento da execução dos Planos de Contingência Municipais, pelo COSEMS e NRS, junto aos gestores municipais. | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Promover e apoiar discussão, definição e pactuação regional de serviços e fluxos de atendimento aos casos de infecção pelo SARS CoV2 e outros vírus respiratórios de interesse de saúde pública, nas CIR.. | | **SIM** | **SIM** |
| | Instituir Comitê de Emergência da Bahia para enfrentamento do vírus SARS-CoV-2. | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Pactuar a rede de atenção para atendimento aos casos do vírus SARS CoV2, de acordo ao nível de complexidade apresentada | | | |

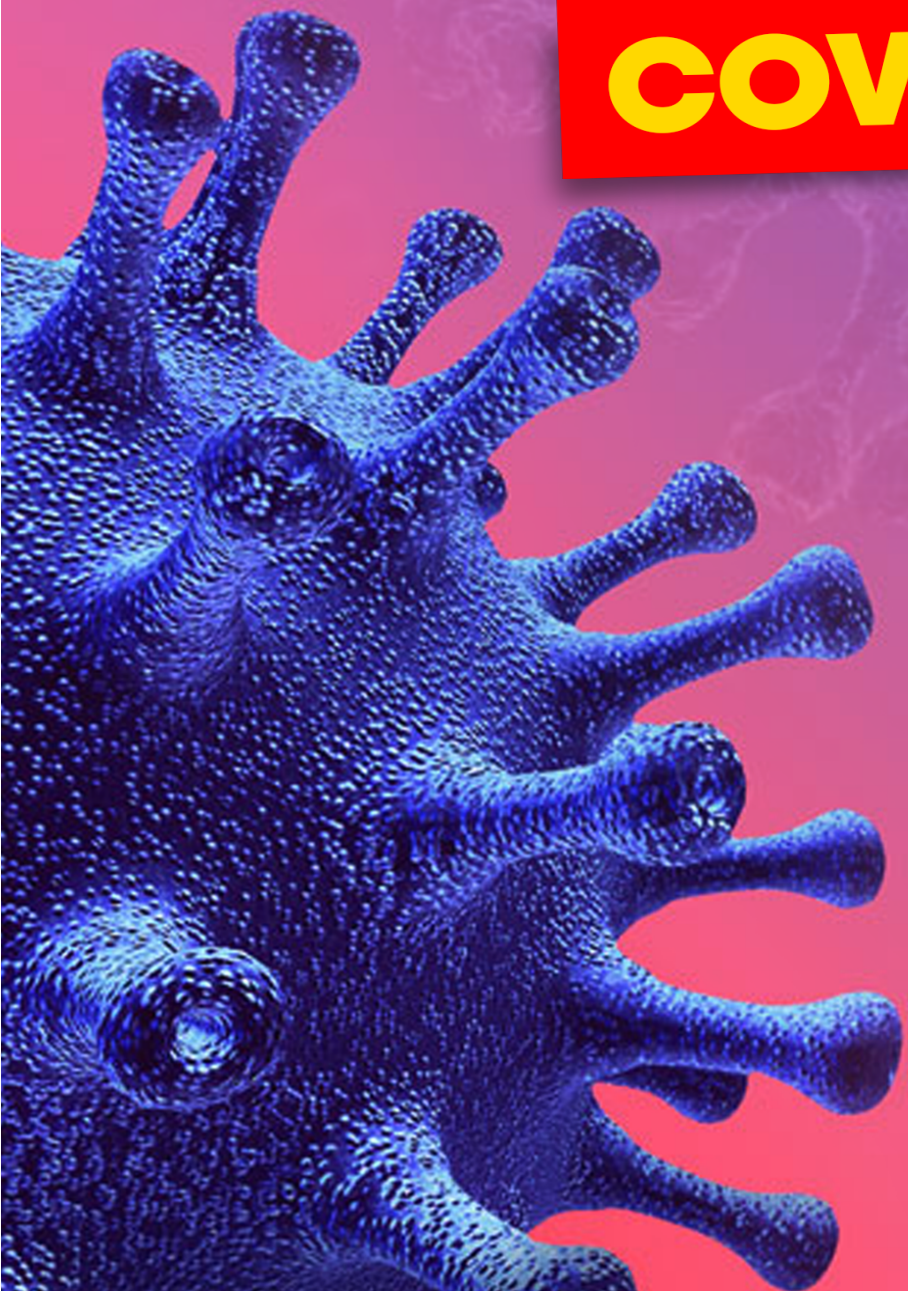
| EIXO DE COMUNICAÇÃO | Ações | Níveis de resposta | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Alerta | Perigo Iminente | Emergência em Saúde Pública |
| | Articular estratégias de comunicação e divulgação no enfrentamento do vírus SARS CoV2 | SIM | SIM | SIM |
| | Elaborar e divulgar Notas Informativas para população em geral; | SIM | SIM | SIM |
| | Apoiar a vigilância epidemiológica difundindo informações relevantes para a população sobre a pandemia e suas medidas de prevenção em tempo oportuno | SIM | SIM | SIM |
| | Divulgar amplamente alertas e boletins epidemiológicos | SIM | SIM | SIM |
| | Monitorar as Redes Sociais para esclarecer rumores, boatos e informações equivocadas. | SIM | SIM | SIM |
| | Estabelecer parcerias com a rede de comunicação pública (TV, rádios e agências de notícias) para envio de mensagens com informações atualizadas emitidas pelas áreas técnicas. | SIM | SIM | SIM |
| | Elaborar e distribuir materiais informativos/educativos sobre COVID-19, em acordo com a área técnica da Vigilância em Saúde/SESAB. | SIM | SIM | SIM |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Realizar a aproximação com as assessorias de comunicação do estado com as demais instâncias de gestão para alinhamento de informações e desenvolvimento de ações do plano de contingência ação elaborado pela vigilância epidemiológica | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Divulgar as campanhas educativas sobre o vírus SARS CoV2, elaboradas e orientadas pelo MS. | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Realizar a atualização regular das informações sobre o vírus SARS CoV2 na página eletrônica da SESAB. | **SIM** | **SIM** | **SIM** |
| | Divulgar Decretos e Portarias do Estado da Bahia que propoem medidas para o controle do vírus SARS CoV2 | **SIM** | **SIM** | **SIM** |

| EIXO DA INFRAESTRUTURA | Ações | Níveis de resposta | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Alerta | Perigo Iminente | Emergência em Saúde Pública |
| | Definir estratégias para o provimento de Recursos Humanos na saúde | SIM | SIM | SIM |
| | Orientar os trabalhadores quanto ao uso e descarte do EPC e EPI, a conduta frente ao manejo dos casos e autoavaliação sistemática. | SIM | SIM | SIM |
| | Garantir estoque estratégico de insumos laboratoriais para coleta de amostra biológicas e diagnóstico | SIM | SIM | SIM |
| | Adquirir materiais, equipamentos e insumos para os estabelecimentos da Rede Própria Estadual, Municipal e Complementar com ações voltadas para prevenção, controle e tratamento das infecções pelo Coronavírus. | SIM | SIM | SIM |
| | Disponibilizar infra-estrutura tecnológica da SESAB para o enfrentamento da Pandemia | SIM | SIM | SIM |
| | Otimizar os espaços de comunicação com a sociedade | SIM | SIM | SIM |
| | Garantir os serviços de transporte aéreo e terrestre, incluindo a disponibilização de combustível | | SIM | SIM |
| | Garantir estrutura móvel e/ou fixa destinada a conservação de cadaver. | | | SIM |

# PLANO ESTRATÉGICO DE RETOMADA GRADATIVA E SEGURA DAS ATIVIDADES ESCOLARES

COVID-19



Bahia
Fevereiro, 2021

GOVERNO DO ESTADO | SECRETARIA DA SAÚDE

**SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**

# PLANO ESTRATÉGICO
# DE RETOMADA GRADATIVA
# E SEGURA DAS ATIVIDADES ESCOLARES

**Bahia**
**Outubro/2020 - 1ª Edição**
**Fevereiro/2021 – 1ª Revisão**

Governador do Estado da Bahia
Rui Costa

Secretário de Estado da Saúde da Bahia
Fabio Vilas-Boas Pinto

Subsecretária de Saúde
Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho

Sala de Situação do Comitê Estadual de Emergência em Saúde Pública
Izabel Oliva Marcilio de Souza

Assessoria de Comunicação Social
Pablo Vinícius Silva Barbosa

Superintendência de proteção e Vigilância da Saúde
Rívia Mary Barros

Superintendência de Assistência Integral à Saúde
Igor Lobão Ferraz Ribeiro

Superintendência de Gestão dos Sistemas Regulação da Atenção à Saúde
Jerusa Marins Paes Coelho

Diretoria de Vigilância Epidemiológica Márcia São Pedro Leal Souza

Diretoria do Laboratório Central Gonçalo Moniz Arabela Leal e Silva de Mello

Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental
Sandra Helena Pellegrino Marques

Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador
Letícia Coelho da Costa Nobre

Diretoria de Atenção Especializada
Maria Alcina Romero Boullosa

Diretoria Geral da Gestão das Unidades Própria

Diretoria de Regulação da Assistência à Saúde
Rita de Cássia Silva Santos

**Comissão Técnica de Elaboração**

Adryanna Cardim de Almeida
Cláudia Lemos Vieira Lima
Imeide Pinheiro dos Santos
Izabel Oliva Marcilio de Souza
Karoline Apolonia Castro de Carvalho
Miguel Andino Depallens
Milene Baqueiro Wasconcellos
Patrícia Alessandra de Almeida
Priscila Soares Macedo
Rejane Andrade Cardoso
Ricardo de Gouvêa Costa

**Equipe de Revisão**

Cláudia Moura
Izabel Oliva Marcilio de Souza
Maíra Costa Santiago

**Comunicação**

Éfren de Melo Ferreira

# SUMÁRIO

**ORIENTAÇÕES GERAIS** ..... **4**

**1. Parâmetros essenciais para o retorno das atividades letivas no modelo presencial ou híbrido** ..... **4**

**2. Engajamento familiar** ..... **5**

**2.1 Orientações às famílias** ..... **5**

**2.2 Orientações para as Unidades Escolares:** ..... **6**

**3. Ambiente Escolar** ..... **7**

**3.1 Critérios para monitoramento e suspensão das aulas:** ..... **8**

**3.3 Higienização e Desinfecção** ..... **10**

**3.4 Sinalização, Layout de Estações de Trabalho e Ambientes de Uso Coletivo** ..... **11**

**3.5 Comunicação** ..... **12**

**3.6 Acesso às Instituições de Ensino** ..... **13**

**4 Rotinas de Trabalho** ..... **13**

**4.1 Salas de Aula** ..... **13**

**4.2 Banheiros** ..... **14**

**4.3 Copa/Cantina/Refeitório** ..... **14**

**4.4 Espaços de Convivência** ..... **15**

**4.5 Áreas Para Esportes** ..... **15**

**5. Cuidados** ..... **16**

**6. Referências** ..... **17**

## ORIENTAÇÕES GERAIS

Este documento fundamenta-se em 5 (cinco) importantes eixos:

1. Parâmetros essenciais para o retorno das atividades letivas no modelo presencial ou híbrido
2. Engajamento familiar
3. Ambiente escolar
4. Rotinas de trabalho em tempos de Covid-19
5. Cuidados

As orientações aqui apresentadas devem ser adotadas pelas instituições de ensino, contemplando as adequações e rotinas nos ambientes educacionais, procedimentos para casos suspeitos ou confirmados da Covid-19, comunicação e treinamento, distanciamento social no ambiente escolar, higienização e desinfecção, além de outras medidas preventivas.

### 1. Parâmetros essenciais para o retorno das atividades letivas no modelo presencial ou híbrido

De acordo com a OMS, faz-se necessário a conjugação de pelo menos 3 indicadores primários para definir a abertura de escolas. Esses indicadores devem incluir ao menos duas medidas de carga de doença na comunidade e uma medida de autoavaliação sobre a implementação de medidas sanitárias nas escolas.

Com base nesta proposta e a partir do entendimento da epidemia no Estado, o COES/SESAB definiu a conjugação de dois indicadores primários que traduzam a carga de doença na comunidade; um indicador secundário que traduza a capacidade de resposta do Estado à epidemia, além de uma medida de autoavaliação sobre a implementação de medidas sanitárias nas escolas. São eles:

- Avaliação da mortalidade específica;

- Avaliação da incidência da doença;

- A taxa de ocupação de leitos de UTI exclusivos para tratamento da Covid-19;

- As unidades escolares devem seguir o Protocolo Sanitário para Retomada das Atividades Escolares, disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/02/Plano_estrategico___Retomada_das_Atividades_Escolares__Revisado_ASTEC__PDF.pdf

**2. Engajamento familiar**

Uma aproximação entre a escola e as famílias dos alunos faz-se imprescindível para o retorno das atividades escolares, estabelecendo um canal direto de comunicação para orientações, possíveis reuniões virtuais e outras formas de interlocução. Importante mapear o perfil das famílias, identificando o nível socioeconômico, escolaridade, ocupação, situação de segurança alimentar, situação de acessibilidade tecnológica, meios utilizados para acessar a escola, condições de moradia, telefones de contato, dentre outros.

**2.1 Orientações às famílias**

As famílias dos estudantes desempenham papel essencial no processo de educação dos filhos. Este papel adquire uma importância ainda mais relevante nesse reinício de atividades escolares em um cenário de epidemia,

As famílias deverão receber um informe orientador que contenha algumas informações-chave referentes ao quadro clínico/critérios (Quadro 01) a serem observados pelos pais e/ou responsáveis, para checagem junto aos estudantes, antes da ida destes para as aulas presenciais. Este documento deve ter linguagem clara e ser socializado pelas Unidades Escolares.

As famílias devem se comprometer a não levar o estudante para a escola caso ele ou ela apresente-se com sintomas, além de procurar de imediato atendimento em unidade de saúde.

Quadro 1 - Critérios de Síndrome Gripal (SG) ou COVID-19:

| |
|---|
| Pelo menos dois dos seguintes sintomas: Febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos (perda do olfato ou paladar); |
| Em crianças até 2 anos: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico. |
| |
| Critérios de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) |
| Pelo menos um dos seguintes sintomas: dispneia/falta de ar/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax. |
| Em crianças até 2 anos de idade: além dos itens anteriores considera-se também falta de apetite. |

As famílias dos alunos devem:

- Informar a escola assim que identificarem um aluno com SG, COVID-19 ou SRAG;

- Manter-se informados quanto às condições de funcionamento da escola e o desenvolvimento das medidas de prevenção adotadas em relação à Covid-19;

- Atentar ao seu papel para manutenção das medidas de proteção individual (uso de máscaras e álcool em gel a 70% por todos os trabalhadores e alunos da escola, bem como pelos visitantes que por ventura visitem as unidades escolares);

- Respeitar protocolos pré-estabelecidos e de acordo com as normas da OMS (tempo de uso das máscaras, higienização correta das mãos, distanciamento social, entre outras medidas amplamente divulgadas);

- Manter-se informados quanto aos meios implementados pela escola em caso de sintomas em um aluno ou funcionário;

- Manter-se informados quanto aos números de telefone úteis para obter informações e dados de contato do pessoal de saúde, médicos e enfermeiras que trabalham no estabelecimento;

- Manterem-se informados para os pontos e horários para receber e deixar os alunos, quando necessário.

**2.2 Orientações para as Unidades Escolares:**

Em cada escola, deve-se implementar uma estratégia padrão de rastreamento diário a partir de uma lista de sintomas, embasadas nos critérios clínicos da definição de síndrome gripal, COVID-19 e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), conforme o Quadro 01 acima. Uma primeira checagem dos sintomas deve ser feita pelas famílias (CHECAGEM 1) antes da ida do aluno para a aula, uma segunda checagem (CHECAGEM 2) deve ser feita diariamente, de forma coletiva e no início da aula, pelo professor da turma.

As unidades escolares deverão encaminhar para as famílias materiais informativos que contenham informações-chave sobre a SG e SRAG, com os critérios clínicos que devem ser checados antes da ida para a aula.

As unidades escolares devem definir antecipadamente e socializar por meio de canais de comunicação o cronograma de palestras virtuais; bem como a elaboração de material de apoio sobre medidas sanitárias nas residências, tais como:

a. Cartilhas, panfletos, guias, lista de orientações sobre: uso dos equipamentos de proteção pessoal, como máscaras, uso do álcool em gel a 70%, higienização adequada das mãos e etiqueta respiratória) relativas à circulação em espaços públicos e privados (igrejas, templos, supermercados, feiras livres, agências bancárias, transporte público), manipulação de alimentos, higienização dos alimentos adquiridos em supermercados e/ou feiras e outros locais de comércio, cuidados na entrada e saída dos domicílios, higiene das roupas, calçados, dentre outros.

As unidades escolares devem elaborar instrumentos que ajudem as famílias a entenderem o processo de retomada das atividades escolares, sejam elas presenciais ou não presenciais, de modo que compreendam o seu papel e formas de auxiliar os estudantes, fortalecendo a confiança na instituição educacional.

## 3. Ambiente Escolar

Adequações nos ambientes educacionais, como: determinação das regras para distanciamento social, procedimentos rigorosos com relação a desinfecção e limpeza de ambientes, implementação de sinalização, layout dos locais de trabalho e regras para uso dos ambientes coletivos e salas de aula, além da comunicação, treinamento e

orientações necessárias a todos os alunos, professores, pais, prestadores de serviço e colaboradores.

As unidades escolares devem estabelecer um fluxo de informação, com a designação de um profissional (ou grupo de profissionais), doravante chamado de Comitê Gestor, responsável por entrar em contato com a unidade de saúde municipal mais próxima para que seja realizada a busca ativa de contactantes de alunos, professores ou trabalhadores sintomáticos ou com diagnóstico confirmado de Covid-19, a partir de uma articulação entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. Se não houver cobertura de unidade de saúde nas proximidades, os profissionais deverão entrar em contato com a vigilância epidemiológica do município.

### 3.1 Critérios para monitoramento e suspensão das aulas:

A partir do reinício das aulas:

Em caso de aluno/a que um dos pais/cuidadores (CHECAGEM 1) informe a escola sobre a presença de SG/COVID-19/SRAG ou que um professor (CHECAGEM 2) identifique uma destas condição, ou caso apresente exame do tipo RT-PCR ou Teste Rápido de Antígeno para Covid-19 com resultado positivo, seguir as orientações abaixo:

1- As aulas presenciais da turma a que pertence o aluno deverão ser suspensas por 14 dias a partir do início dos sintomas ou até que saia o resultado do exame:

1.1 Se o resultado do exame for negativo, as aulas presenciais devem retornar imediatamente;

1.2 Se o resultado do exame for positivo, as aulas presenciais devem permanecer suspensas por 14 dias a partir do início dos sintomas ou a partir da coleta do exame (em caso de crianças assintomáticas)

Em caso de professores ou trabalhadores sintomáticos ou com resultado de exame tipo RT-PCR ou Teste Rápido de Antígeno para Covid-19 com resultado positivo, esses devem ser afastados do serviço por um período de 10 dias a partir do início de sintomas ou a partir do resultado do teste, o que vier primeiro. Não há necessidade de interrupção das aulas.

Em caso de dois ou mais casos de alunos, trabalhadores ou professores com resultado de exame tipo RT-PCR ou Teste Rápido de Antígeno para Covid-19 positivo e em que se possa estabelecer um vínculo epidemiológico entre os casos, o Comitê Gestor deve entrar em contato com a Vigilância Epidemiológica do Município, para investigação da origem do surto e definição de estratégias de mitigação de risco.

Observações:

- Para fins de definição de caso confirmado, só serão considerados os testes tipo RT-PCR ou Teste Rápido de Antígeno. Não estão recomendados, nem serão considerados os testes tipo sorológicos;

- Findado o período de afastamento conforme definidos acima, as aulas em formato presencial podem ser retomadas, e o aluno/funcionário/professor pode voltar às atividades sem necessidade de novo teste laboratorial.

### 3.2 Distanciamento Social no Ambiente Escolar

O distanciamento social é uma estratégia fundamental para conter a disseminação do SARS-CoV-2.

A estrutura operacional das unidades escolares deve ser organizada de maneira a garantir que alunos, professores e trabalhadores mantenham uma distância mínima de 1,5m entre si e as demais pessoas, em todas as atividades presenciais.

Recomendações para a manutenção do distanciamento social durante as aulas presenciais:

- Escalonar os horários de entrada, intervalos e saída, preferencialmente separados por faixa etária.

- Modificar o layout das salas de aula e demais ambientes para atender às necessidades de distanciamento. As carteiras da sala de aula devem estar afastadas umas das outras. Caso não consiga retirar as cadeiras do local, realizar marcações no chão, indicar quais deverão ser usadas pelos alunos (fitas adesivas, sinalizações fixas nas carteiras) ou implantar barreiras físicas.

- O ensino remoto e/ou híbrido e/ou mediação por tecnologia são alternativas para

manter as atividades de aprendizagem de todos os alunos.

- Na Educação Infantil, onde houver uso de mesas compartilhadas, as mesas devem estar organizadas de modo que um estudante não fique do lado do outro, respeitando o distanciamento de 1,5m.
- No Ensino Fundamental 1 e 2 e no Ensino Médio, sugere-se evitar a formação de filas no início dos turnos, orientando que os estudantes se dirijam diretamente ao local das atividades.
- Utilizar marcações no chão, orientando a posição e o sentido do fluxo dos alunos com 1,5m de distância.
- Para intervalos com ou sem previsão de alimentação, evitar o uso do refeitório e priorizar áreas abertas da instituição, organizando os alunos, respeitando o distanciamento de 1,5m. Na ausência de áreas abertas para a alimentação, utilizar os refeitórios mantendo os protocolos de redução de 50% da capacidade por mesa e distância de 2m entre estas; distanciamento de 1,5m entre as cadeiras, com espaços previamente demarcados no chão; retirar as máscaras apenas no momento da alimentação; acondicionar as máscaras de forma adequada (sacos plásticos de primeiro uso) e utilizar o álcool em gel a 70% antes e após a retirada destas. Lavar as mãos com água e sabão antes e após utilizar o espaço do refeitório.
- Evitar a realização de eventos em auditórios, bibliotecas ou lugares fechados. Em áreas externas, deve ser observado o Decreto Estadual n° 19.586/2020.

### 3.3 Higienização e Desinfecção

Deverão ser adotadas medidas para correta higienização e desinfecção das superfícies e ambientes para evitar a disseminação do SARS-CoV- 2.

- Os profissionais de limpeza, ao realizarem a desinfecção das superfícies e ambientes, devem utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) necessários.
- Higienizar as dependências do colégio diariamente com solução sanitizante.
- Higienizar as salas de aula antes e após a realização da aula (turno). As carteiras, maçanetas das portas, balcões de atendimento, corrimãos e pisos deverão ser limpos antes e depois de cada turno com solução com água e hipoclorito de sódio (água sanitária) ou álcool a 70%.

- Higienizar os bebedouros frequentemente com álcool a 70% ou hipoclorito 0,01%. O usuário não deve beber água diretamente do bebedouro e deve utilizar um recipiente de uso pessoal ou copo descartável. Isolar a torneira que permite o consumo direto no bebedouro.

- Disponibilizar com fácil acesso dispensadores de álcool em gel a 70% em todos os espaços físicos da escola, especialmente nas entradas/saídas de salas de aula, sanitários, bibliotecas, salas de informática e locais onde ficam os bebedouros.

- Disponibilizar toalhas de papel descartáveis nos banheiros, áreas de alimentação e locais de higienização das mãos. Atentar para a altura de instalação dos dispensadores de papel de forma a atender às faixas etárias presentes nas escolas.

- Na educação infantil, os colaboradores responsáveis devem mediar a aplicação do álcool gel a 70% nas crianças.

- Garantir que os ambientes estejam o mais arejado possível, especialmente as salas de aula, realizando a atividade educacional, sempre que viável, em áreas abertas. Manter os ambientes ventilados com as janelas e portas abertas.

- Em laboratórios de ensino e pesquisa que requerem o uso de ar-condicionado para refrigeração de estruturas, reagentes e máquinas, manter obrigatoriamente no modo renovação de ar; reduzir o uso dessas instalações até 50% da capacidade do laboratório, evitando a disposição de pessoas na frente do fluxo de ar gerado pelo aparelho e aumentando para 1,5m a distância entre os ocupantes.

### 3.4 Sinalização, Layout de Estações de Trabalho e Ambientes de Uso Coletivo

As unidades escolares devem controlar o uso das áreas comuns a fim de evitar aglomeração ou proximidade excessiva.

Espaços como bibliotecas, salas de audiovisuais, quadras, ginásios de esporte, campos de futebol, bibliotecas, salas de leitura, refeitórios, pátios e áreas livres e outros espaços de uso compartilhados podem ser utilizados desde que atendam à obrigatoriedade de distanciamento social, uso de máscaras, etiqueta respiratória, e uso do álcool em gel a 70%.

Promover a demarcação dos espaços físicos da unidade escolar de forma a aprimorar as medidas de distanciamento social.

Identificar os objetos de uso pessoal e evitar o compartilhamento de materiais; realizar a higienização e desinfecção dos instrumentos utilizados e estimular que os alunos também façam esse procedimento.

Orientar e controlar a saída de estudantes para uso dos banheiros e bebedouros, não permitindo a saída de mais de um estudante por vez com estas finalidades (ou

estimar um quantitativo compatível, proporcional à disponibilidade de banheiros e bebedouros existentes nas diferentes unidades escolares).

Nas unidades escolares com oferta compartilhada do Ensino Fundamental e Médio, realizar barreiras, se possível, para que não haja compartilhamento de espaço entre os discentes.

Sinalizar rotas dentro das unidades escolares para que os/as estudantes mantenham distância entre si (sinalização simples do piso com uso de fita adesiva).

Suprimir ou reduzir a utilização de maçanetas, catracas e qualquer superfície física de contato com as mãos.

Sinalizar no chão da sala de aula a distância de pelo menos 1,5m entre o professor e o aluno da primeira fileira de carteiras.

### 3.5 Comunicação

As instituições de ensino deverão implementar ações de comunicação junto aos pais, alunos, prestadores de serviço e trabalhadores visando a prevenção da Covid-19, por meio de ações de treinamento e campanha de comunicação.

Desenvolver e promover campanhas direcionadas a trabalhadores, professores, estudantes, família e visitantes.

Incentivar o uso da etiqueta respiratória pelos estudantes, professores e trabalhadores: ao tossir ou espirrar usar um lenço descartável ou a parte interna do braço na altura do cotovelo.

Orientar quanto à identificação dos sintomas da Covid-19 e situações em que se deve ficar em casa.

Orientar quanto ao uso permanente de máscaras e higienização adequada das mãos e outras etiquetas de higiene.

Orientar quanto ao uso, higienização e descarte correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

### 3.6 Acesso às Instituições de Ensino

Realizar protocolo de entrada no colégio com passos bem definidos:

Medição de temperatura;

Favorecer a ventilação dos locais, mantendo as janelas abertas sempre que possível, em todos os ambientes;

Desinfecção das mãos com álcool em gel a 70%;

Uso de máscaras:

a) O uso de máscaras é obrigatório para todas as pessoas acima de 7 anos de idade, durante o período de permanência nas escolas e no transporte escolar;

b) Para os alunos da educação infantil (ou até 5 anos de idade), o uso de máscaras deve ser evitado, mas máscaras deverão estar disponíveis para serem usadas pelas crianças que apresentarem início de sintomas enquanto aguardam seus responsáveis para a saída da escola (deve ser comunicado aos pais a necessidade do encaminhamento da criança que apresentar sintomas a um Serviço Médico). A Sociedade Brasileira de Pediatria não recomenda uso de máscaras para crianças menores de 2 anos, por perigo de sufocamento.

## 4 Rotinas de Trabalho

### 4.1 Salas de Aula

Reduzir o número de mesas e cadeiras ou implantar barreiras físicas, caso não seja possível atingir o distanciamento mínimo recomendado de 1,5m.

Sinalizar no chão da sala de aula a distância de pelo menos 1,5m entre o professor e o aluno da primeira fileira.

Colocar fitas adesivas sinalizadoras, isolando as cadeiras indisponíveis.

Manter lugares fixos para os estudantes em sala de aula ao longo dos dias.

## 4.2 Banheiros

Definir e informar na porta de entrada de cada banheiro a quantidade máxima de pessoas que podem utilizar o espaço ao mesmo tempo, para evitar aglomerações.

Instalar dispensadores de álcool em gel a 70% nas entradas e saídas dos banheiros

Manter os banheiros sempre com água, sabão, papel toalha e lixeira com tampa e pedal, para higiene frequente das mãos (em caso de crianças menores, sob a supervisão de adultos). Não é permitido o uso de secadores de mãos automáticos;

Próximo a todos os lavatórios, devem ser afixadas instruções sobre a correta higienização das mãos, inclusive quanto à forma correta de fechamento das torneiras de acionamento manual.

Manter basculantes abertos para permitir a ventilação natural.

Higienizar os banheiros, no mínimo, uma vez ao final de cada turno.

## 4.3 Copa/Cantina/Refeitório

Higienizar a copa/refeitório/cantina, no mínimo com especial atenção para: maçanetas, interruptor, porta da geladeira, porta do micro-ondas, puxadores dos armários, botões da cafeteira, garrafa térmica e torneiras.

Reforçar a higienização de mesas e cadeiras.

Evitar compartilhamento de lanches, copos, pratos e talheres.

Higienizar talheres e objetos de higiene pessoal antes e após o uso com água e sabão e/ou álcool a 70%.

Não utilizar vasilhames de uso coletivo, a exemplo de potes de biscoitos e garrafas.

Não utilizar o espaço da copa/refeitório como área de descanso e reuniões.

Permanecer o menor tempo possível e evitar conversar no ambiente, principalmente durante as refeições, quando estiver sem máscara.

Espaçar as mesas e cadeiras para aumentar as distâncias entre as pessoas ou proceder a retirada destas. Utilizar somente um dos lados da mesa ou alternar os lados como forma de evitar que as pessoas fiquem frente a frente ou reduzir a capacidade de cada mesa em 50%. Se necessário, demarcar as mesas para que mantenham uma distância mínima segura de 2 metros.

Orientar a higienização das mãos com água corrente e sabão líquido ou álcool em gel a 70% antes e depois de entrar no restaurante/lanchonete.

Implantar e sinalizar o uso do álcool em gel 70% no local de início das filas.

Sinalizar no piso o ordenamento do fluxo das filas, indicando a fila de compra e de retirada do pedido, garantindo o distanciamento mínimo de 1,5m com utilização de máscara.

## 4.4 Espaços de Convivência

Implantar a obrigatoriedade de distanciamento social. Interditar os bancos das áreas de convivência de acordo as normas de distanciamento físico.

Na educação infantil e fundamental I, priorizar parques de material de fácil higienização e reduzir o fluxo de crianças por vez, permitindo intercalar a higienização dos brinquedos com álcool a 70%.

Realizar a higienização com água, sabão e água sanitária imediatamente após o uso.

Proceder com a lavagem das mãos das crianças, bem como aplicação de álcool em gel a 70%.

## 4.5 Áreas Para Esportes

Sugere-se orientar os alunos a comparecem com roupa adequada à prática de exercícios nos dias de aulas de Educação Física para evitar aglomerações nos vestiários e/ou banheiros.

Recomendar os alunos para que tragam, nos dias de Educação Física, pelo menos mais uma máscara, para ser trocada após a atividade.

Não está recomendado o uso de máscara durante as atividades físicas aeróbicas.

Sugere-se o uso de espaços ao ar livre, mantendo as medidas para proteção coletiva e individual.

As aulas/sessões de treino deverão ter duração máxima de 45 minutos, sendo que os 15 minutos remanescentes deverão ser destinados à completa higienização do estabelecimento para preparar a próxima aula/atividade.

É vedado o uso de bebedouros com água por pressão, de modo que cada aluno seja responsável por trazer a sua garrafa d´água, sendo este de uso individual e intransferível.

## 5. Cuidados

Evitar tocar a boca, o nariz, o rosto e os ouvidos com as mãos não higienizadas.

Evitar deslocamentos desnecessários nas salas de aula e entre as áreas do colégio.

Limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência, principalmente ao final de cada turno.

Ao espirrar e tossir, cobrir a boca e o nariz com o antebraço (parte interna do cotovelo) e evitar contato das gotículas com as mãos.

Não praticar contatos próximos, como abraços, beijos e apertos de mão.

Proibida aglomeração de qualquer tipo.

Manter a distância segura de outras pessoas, mínima de 1,5 metro utilizando máscara de proteção.

Utilizar a máscara durante a locomoção ao trabalho. Substituir a máscara no início do trabalho e no retorno à residência, descartando de forma segura em local apropriado.

No colégio e ao sair na rua: evite tocar na máscara durante o uso.

Trocar a máscara a cada turno ou quando estiver úmida.

Lavar as mãos antes e depois de colocar e retirar a máscara.

Nariz e boca sempre cobertos, com máscara bem ajustada ao rosto.

Retirar a máscara pelo elástico e não tocá-la na parte da frente.

Guardar a máscara usada em um saco fechado até chegar em casa.

Lavar a máscara separadamente, fazendo imersão em água potável com água sanitária (2,0 a 2,5%) por 30 minutos. A proporção de diluição a ser utilizada, nesse caso, é de 1 parte de água sanitária para 50 partes de água. Após o tempo de imersão, realizar o enxague em água corrente. Em seguida, lavar com água corrente e sabão neutro, secar naturalmente e passá-la com o ferro de passar roupa.

Orientar os pais dos alunos a enviarem máscaras adicionais para eventual troca durante o turno, considerando o mínimo de 02 (duas) máscaras para cada turno de permanência em ambiente escolar presencial.

## 6. Referências


AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Orientações Gerais – Máscaras faciais deuso não profissional. Brasília, 03 de abril de 2020. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/NT+M%C3%A1scaras.pdf/bf430184-8550-42cb-a975-1d5e-1c5a10f7. Acesso em 26 de maio de 2020.

ANGELA PINHO. Folha de S. Paulo. SP planeja volta às aulas com 20% dos alunos, da creche à universidade. 07 de maio de 2020. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/educacao/2020/05/sp-planeja-volta-as-aulas-com-20-dos-alunos-da-creche-a-universidade.shtml. Acesso em 27 de maio de 2020.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Nota Técnica COE SAÚDE nº 54 de 08 de abril de 2020. Disponível em: < http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads /2020/04/NTn%C2%BA-54-SIVEP-GRIPE-E-E-SUS_01_APROVADA.pdf > Acesso em: 17.04.2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Parecer CNE/CP 05/2020, de 04 de maio de 2020. Dispõe da reorganização do calendário colegial e da possibilidade de cômputo de atividades não presenciais para fins de cumprimento da carga horária mínima anual, em razão da pandemia da COVID-19. Disponível em: http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/sumula-do-parecer-cne/cp-n-5/2020-254924735.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Definição de Caso e Notificação. Disponível em: https://coronavirus.saude.gov.br/definicao-de-caso-e-notificacao#:~:text=Indiv%C3%ADduo%20com%20quadro%20respirat%C3%B3rio%20agudo,dist%C3%BArbios%20olfativos%20ou%20dist%C3%BArbios%20gustativos. Acesso em: 13 de janeiro de 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COVID-19. Disponível em: https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#sintomas. Acesso em: 27 de maio de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE PORTARIA Nº 54, DE 1º DE ABRIL DE 2020 Disponível em: http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-54-de-1-de-abril-de-2020-250849730. Acesso em 29 de junho de 2020.

FIOCRUZ. Quanto tempo o Coronavírus sobrevive em superfícies? 19 de março de 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/pergunta/quanto-tempo-o-coronavirus-sobrevive-em-superficies. Acesso em 25 de maio de 2020.

FIOCRUZ. Quais são as pessoas consideradas como grupo de risco? 27 de março de 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/pergunta/quais-sao-pessoas-consideradas-como--grupo-de-risco. Acesso em 25 de maio de 2020.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. School Re-Opening in the Era of COVID-19:Public health principles and practices for school districts. 2020. Disponível em: https://schoolhealth.jhu.edu/covid19_resources/modules/. Acesso em 13 de janeiro de 2021.

TODOS PELA EDUCAÇÃO. Educação na Pandemia: o retorno às aulas presenciais frente à COVID-19. 06 de maio de 2020. Disponível em https://www.todospelaeducacao.org.br/conteudo/educacao-na-pandemia-o-retorno-as-aulas-presenciais-frente-a-COVID-19. Acesso em 26 de maio de 2020.

Protocolo de Detecção e Monitoramento de Trabalhadores e Trabalhadoras da Secretaria Municipal de Promoção Social e Combate à Pobreza (SEMPRE) com Suspeita de COVID-19 e Contactantes Imediatos de Caso Confirmado.

Protocolo de Biossegurança para retorno das atividades nas Instituições Federais de Ensino – Secretaria de Educação Superior/ Secretaria de Educação Profissional e Tecnologia/Ministério da Educação. Disponível em https://vps3574.publiccloud.com.br/cartilhabio.pdf

Protocolo completo de retomada das aulas em Pernambuco. Disponível em: https://www.diariodepernambuco.com.br/noticia/vidaurbana/2020/07/protocolo-de-retomada-das-aulas-em-pernambuco-e-divulgado-confira.html. Acesso em: 28 jul. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Recomendações de Retorno às Aulas Presenciais de Educação Física na Reabertura das Escolas: COVID-19. Disponível em: https://crefrs.org.br/comunicacao/publicacoes/pdf/Reabertura_Escolas_WEB.pdf. Acesso em: 16-08-2020

# PLANO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO ESTADO DA BAHIA



SUS

GOVERNO DO ESTADO | SECRETARIA DA SAÚDE

**Governador da Bahia**

Rui Costa dos Santos

**Secretário de Saúde do Estado da Bahia**

Fábio Vilas-Boas Pinto

**Superintendente de Vigilância e Proteção da Saúde**

Rivia Mary de Barros

**Diretora de Vigilância Epidemiológica**

Márcia São Pedro Leal Souza

**Coordenadora Estadual de Imunizações e Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis**

Vânia Rebouças Barbosa Vanden Broucke

**Organizadores**

**Secretaria de Saúde do Estado da Bahia**

Adriana Dourado de Carvalho
Aline Anne Ferreira de Deus
Ana Cláudia Fernandes Nunes da Silva
Ana de Fátima Cardoso Nunes
Carla de Matos Santos
Danielle Ramos Andrade Costa Pinto
Éfren de Melo Ferreira
Eleuzina Falcão
Gabriela Paula Brito Soares
Márcia São Pedro Leal Souza
Marilda Moutinho Fahel
Moacir de Santana Jorge Filho
Pedro Henrique Presta Dias
Ramon da Costa Saavedra
Rivia Mary de Barros
Rosilda Ramos Santos e Silva
Sandra Maria de Oliveira da Purificação
Vânia Rebouças Barbosa Vanden Broucke.

# SUMÁRIO


1. INTRODUÇÃO. ..... 04
2. CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DO COVID-19 NA BAHIA. ..... 06
   2.1 Caracterização dos grupos de risco para complicações e óbito ..... 07
   2.2 Grupos com elevada vulnerabilidade social ..... 08
3. OBJETIVOS DO PLANO ..... 09
   3.1 Objetivo Geral ..... 09
   3.2 Objetivos Específicos. ..... 09
4. VACINAS COVID-19 ..... 10
   4.1 Plataformas tecnológicas das vacinas covid-19 em produção ..... 11
5. GRUPOS PRIORITÁRIOS. ..... 16
6. OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO ..... 19
   6.1 Gestão ..... 19
   6.2 Planejamento das Ações. ..... 19
      6.2.1 Estimativa de ampliação da capacidade da rede de serviços de vacinação no estado (recursos físicos, humanos e materiais). ..... 19
      6.2.2 Estratégias de Vacinação ..... 20
      6.2.3 Capacitação ..... 21
      6.2.4 Rede de Frio e Logística de Distribuição ..... 21
      6.2.5 Aquisição de Seringas e Agulhas e Logística de Distribuição ..... 27
7. SISTEMA DE INFORMAÇÂO PARA REGISTRO DE DOSES APLICADAS. ... 27
8. FARMACOVIGILÂNCIA ..... 29
9. GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS RESULTANTES DA VACINAÇÃO ..... 33
10. COMUNICAÇÃO. ..... 33
11. MONITORAMENTO, SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO. ..... 34
12. REFERÊNCIAS. ..... 36

# 1. INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, com a eclosão da epidemia pelo novo coronavírus, em Wuhan, na China, e diante do risco de rápida disseminação para outros países, instituiu-se alerta internacional para uma possível pandemia, que veio a ser confirmada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em março de 2020.

O SARS-CoV-2, agente etiológico da Covid-19, é transmitido de forma eficaz entre humanos, podendo provocar doença respiratória aguda e grave. Sua transmissão ocorre entre pessoas, principalmente por meio de gotículas respiratórias, mas também pode ocorrer através do contato com objetos e superfícies contaminadas.

Aproximadamente 80% das pessoas infectadas apresentam doença leve, enquanto 15% podem evoluir para um quadro grave e 5% apresentar doença crítica, evoluindo para óbito. A literatura aponta que a gravidade da doença está associada à idade avançada e à presença de comorbidades. Além de requerer mudanças radicais de comportamento, nos níveis individual e comunitário, a Covid-19 tem exigido respostas rápidas no que se refere a ações preventivas, ampliação e aquisição de insumos e leitos hospitalares, redimensionamento de recursos humanos em saúde, dentre outras estratégias de controle.

No Brasil, o primeiro caso de Covid-19 foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020, no Estado de São Paulo. Na Bahia, o primeiro caso autóctone ocorreu no dia 06/03/2020, residente em Feira de Santana, contato de caso importado que tinha história de viagem à Europa. A transmissão comunitária no Brasil e na Bahia, de acordo com a Portaria nº 454 de 20/03/2020, do Ministério da Saúde, foi declarada ainda no mês de março.

Frente à possibilidade de controle da pandemia através da redução de susceptíveis por meio de vacinação, diversos países e empresas farmacêuticas estão empreendendo esforços na produção de uma vacina segura e eficaz contra a Covid-19. A implantação de uma nova vacina tem por objetivo o controle, a eliminação e a erradicação de uma doença. Considerando que ainda não há dados

conclusivos sobre a elegibilidade de uma vacina contra Covid-19 que será liberada para uso em território nacional, e que existe uma série de fatores ainda desconhecidos acerca dessas potenciais vacinas, bem como sobre a dinâmica da própria doença, é imprescindível o acompanhamento e a atualização contínuos das evidências científicas validadas acerca desses imunobiológicos.

O objetivo primordial da vacinação contra Covid-19 é reduzir a morbidade grave e mortalidade associada ao SARS-CoV-2, buscando proteger as populações de maiores riscos, identificadas de acordo com o cenário epidemiológico da doença.

Nesse contexto, é importante atentar para as diversas características inerentes aos imunizantes, tais como: licenciamento, índices de eficácia, grupos prioritários, vias de administração, esquemas de vacinação (número e intervalo de doses), contraindicações, condições de armazenamento, apresentação, validade, dentre outros.

Considerando a magnitude da Covid-19 como emergência em saúde pública de relevância internacional, com impacto importante na morbimortalidade da população, este Plano define seus objetivos, linhas de ações e um conjunto de atividades que envolvem a macro e micropolítica de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do estado da Bahia, haja vista a sua multidimensionalidade e a imagem-objetivo a ser alcançada. Por sua vez, define as estratégias operacionais e de monitoramento e avaliação, de modo a acompanhar o desempenho dessa estratégia através da análise das coberturas vacinais, que se traduz no acesso da população à vacinação.

Face ao exposto, o presente plano aborda estratégias de vacinação a serem implementadas em território baiano, assegurando logística de armazenamento e distribuição das vacinas, registro eletrônico das doses administradas e vigilância de eventuais reações adversas. Destaca-se ainda a necessidade de execução de um plano de comunicação assertivo e transparente com a população, acerca da oferta da vacina nos serviços de saúde.

Por fim, considerando a rapidez com que as informações sobre o desenvolvimento de vacinas vão sendo produzidas, é importante observar que este

documento poderá ser revisitado e atualizado conforme necessidade, na medida em que novos achados científicos sejam divulgados e tornem-se definitivos.

# 2. CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DO COVID-19 NA BAHIA

O estado possui 417 municípios, área territorial de 564.760,427 km², população estimada em 14.930.634 pessoas, densidade demográfica de 24,82 hab/km² e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,660. Divide-se, segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR), em 28 Regiões de Saúde que se aglutinam em 09 Macrorregiões de Saúde, correspondendo ao espaço geográfico de nove Núcleos Regionais de Saúde.

De acordo com o Boletim Epidemiológico Covid-19 Nº.282, de 31/12/2020, na Bahia, no ano de 2020, foram confirmados 493.400 casos da doença. Destes, 478.198 já são considerados recuperados, 6.073 encontram-se ativos e 9.129 tiveram óbito confirmado. O coeficiente de incidência foi de 3.317,41/100.000 habitantes. A maior proporção de casos foi no sexo feminino (54,60%). Em relação ao quesito raça e cor, 249.172 (50,50%) são de cor parda, seguidos por amarela 80.755 (16,37%), branca 60.617 (12,29%), preta 40.798 (8,27%), indígena 1.780 (0,36%) e os ignorados ou sem informação somam 60.278 (12,22%). A faixa etária mais acometida foi a de 30 a 39 anos, representando 24,32% do total. O coeficiente de incidência foi maior na faixa etária de 40 a 49 anos (5.429,04/100.000 habitantes), indicando que o risco de adoecer foi maior nesta faixa etária, seguida da faixa de 30 a 39 anos (5.230,55/100.000 habitantes).

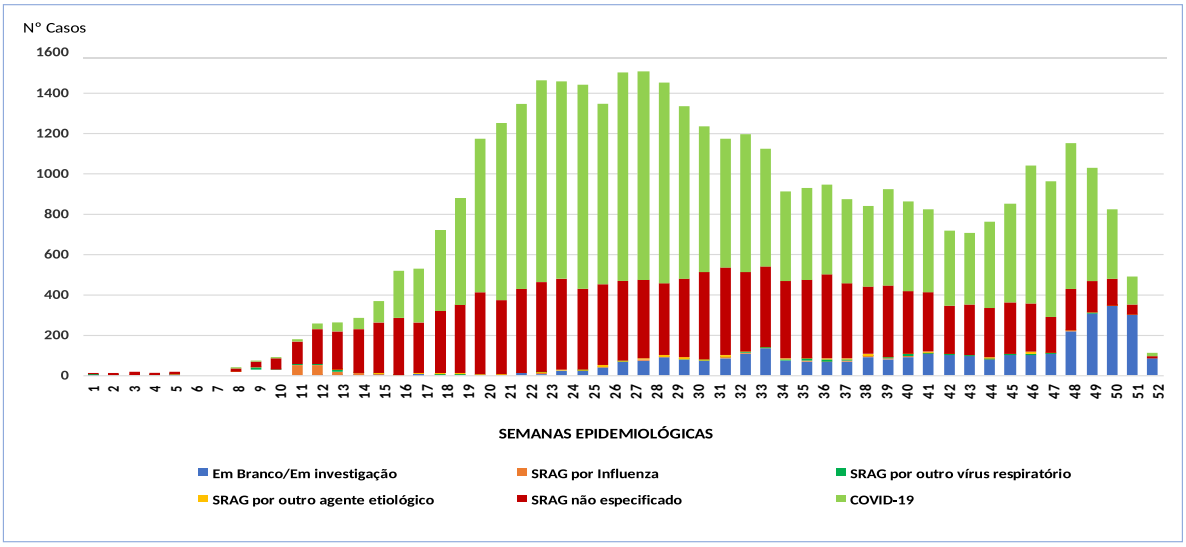
Do total de casos confirmados, 109.887 casos (22,54%) pertencem a residentes da capital e os demais casos 375.650 (77,04%) pertencem ao interior e a região metropolitana do Estado. Os casos confirmados ocorreram em todos (417) municípios baianos.

## 2.1 Caracterização dos grupos de risco para complicações e óbito

O risco de agravamento e óbito por Covid-19 está relacionado a características sociodemográficas, presença de morbidades, entre outros. Os principais fatores de risco associados à progressão para formas graves e óbito são: idade superior a 60 anos; diabetes mellitus; doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); doença renal; doenças cardiovasculares e cerebrovasculares; hipertensão arterial grave; indivíduos transplantados de órgãos sólidos; anemia falciforme; câncer e obesidade mórbida (IMC≥40).

Em 2020, foram notificados na Bahia 40.150 casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados. Desse total, 272 foram confirmados para Influenza (0,7%), 22.991 para COVID-19 (57,3%), 176 para outros vírus respiratórios (0,4%), 164 para outros agentes etiológicos (0,4%) e 13.196 casos foram classificados como SRAG não especificada (29,2%). Foram registrados 12.146 óbitos por SRAG em 2020, sendo 33 (0,3%) ocasionados pelo vírus Influenza, 8.449 (69,6%) por SARS CoV-2, 29 (0,2%) por outros vírus respiratórios, 19 (0,2%) por outros agentes etiológicos e 70 (0,6%) óbitos estão em investigação.

**Figura 1. Distribuição dos casos SRAG por semana epidemiológica segundo classificação final. Bahia, 2020*.**




Fonte: SIVEP GRIPE/ DIVEP/ SESAB

*Dados preliminares até semana epidemiológica nº 50.

Analisando a situação dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave confirmados para Covid-19, observa-se maior coeficiente de incidência nas faixas etárias de maiores de 40 anos, com destaque para a faixa etária com idade igual ou maior que 80 anos (1.613/100 mil hab). O coeficiente de incidência é menor entre os casos com faixa etária de 10 a 14 anos (6,5/100 mil hab), seguidos por casos de 5 a 9 anos (9,0/100 mil hab) e de 15 a 19 anos (10,1/100 mil hab). O total de óbitos é de 8.449 e o coeficiente de mortalidade é de 0,57/1.000 habitantes. O maior coeficiente de mortalidade (CM) foi encontrado na faixa etária igual ou maior a 80 anos (9,53/1.000 hab.) seguido da faixa etária de 70 a 79 anos (4,4/1.000 hab).

### 2.2 Grupos com elevada vulnerabilidade social

Além dos indivíduos com maior risco para agravamento e óbito devido às condições clínicas e demográficas, existem ainda grupos com elevado grau de vulnerabilidade social e, portanto, suscetíveis a um maior impacto ocasionado pela Covid-19, a saber: os povos indígenas aldeados em terras demarcadas, populações ribeirinhas e quilombolas. A transmissão de vírus nestas comunidades tende a ser intensa pelo grau coeso de convivência, portanto, a própria vacinação teria um efeito protetor altamente efetivo de evitar múltiplos atendimentos por demanda (Brasil, 2020).

Há ainda outros grupos populacionais caracterizados pela vulnerabilidade social e econômica que os colocam em situação de maior exposição à infecção e impacto pela doença, a exemplo das pessoas em situação de rua, refugiados e pessoas com deficiência, grupos populacionais que tem encontrado diversas barreiras para adesão a medidas não farmacológicas. Outro grupo vulnerável é a população privada de liberdade, suscetível a doenças infectocontagiosas, como demonstrado pela prevalência aumentada de infecções nesta população em relação à população em liberdade, sobretudo pelas más condições de habitação e circulação restrita, além da inviabilidade de adoção de medidas não farmacológicas efetivas nos estabelecimentos de privação de liberdade, tratando-se de um ambiente potencial para ocorrência de surtos, o que pode fomentar ainda a ocorrência de casos fora desses estabelecimentos.(Brasil, 2020).



Portanto, atenta a esse cenário e aos desafios que envolvem o controle de uma doença viral altamente transmissível, com característica de intensa circulação no território baiano e em outros estados, considerando os impactos para o sistema de saúde como um todo, além dos impactos sociais e econômicos da pandemia, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), por meio da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA) e da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP), em conformidade com o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra Covid-19, formulou o presente Plano, o qual delineia as ações estratégicas para operacionalização da ação de vacinação para controle da epidemia de Covid-19 no estado, representando importante instrumento de planejamento que irá nortear municípios na elaboração dos planos locais.

# 3. OBJETIVOS DO PLANO

## 3.1 Objetivo Geral

Definir ações estratégicas e programar a logística operacional para vacinar a população baiana contra a Covid-19, em 2021.

## 3.2 Objetivos Específicos

- Apresentar a população-alvo e grupos prioritários para vacinação;
- Otimizar os recursos existentes por meio de planejamento e programação oportunos para operacionalização da vacinação nas diferentes esferas de gestão;
- Instrumentalizar os gestores com vistas a uma adequada operacionalização da campanha de vacinação contra Covid-19, em 2021, no âmbito dos seus territórios, no estado da Bahia.
- Realizar o apoio matricial/institucional às regionais e municípios para vacinação contra o Covid-19;
- Promover uma campanha de vacinação de forma segura e integrada em todo o estado da Bahia.

# 4. VACINAS COVID-19

De acordo com o panorama apresentado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), atualizado em 10 de dezembro de 2020, existem 162 vacinas Covid-19 candidatas em fase pré-clínica de pesquisa e 52 vacinas candidatas em fase de pesquisa clínica. Das vacinas candidatas em estudos clínicos, 13 se encontram em ensaios clínicos de fase III para avaliação de eficácia e segurança, a última etapa antes da aprovação pelas agências reguladoras e posterior imunização da população.

O planejamento da vacinação é orientado em conformidade com o registro e licenciamento de vacinas, que no Brasil é de atribuição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), conforme Lei nº 6.360/1976 e regulamentos técnicos como RDC nº 55/2010, RDC 348/2020 e RDC nº 415/2020. A RDC nº 444, de 10 de dezembro de 2020 estabelece a autorização temporária de uso emergencial, em caráter experimental, de vacinas Covid-19 para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância nacional, decorrente do surto do novo coronavírus (SARS-CoV-2). Essa normativa estabelece os critérios mínimos a serem cumpridos pelas empresas para submissão do pedido de autorização temporária de uso emergencial durante a vigência da emergência em saúde pública, detalhados no Guia da Anvisa nº 42/2020.

O Brasil possui negociações em andamento, que totalizam, conforme cronogramas já disponíveis, em torno de 350 milhões de doses de vacinas Covid-19, por meio dos seguintes acordos:

- Encomenda tecnológica: Fiocruz/AstraZeneca – 100,4 milhões de doses, até julho/2021 e em torno de 110 milhões de doses (produção nacional) entre agosto a dezembro/2021.
- Covax Facility – 42,5 milhões de doses (laboratórios ainda estão negociando com a Covax Facility o cronograma de entrega).
- Memorandos de Entendimento, não vinculantes, foram firmados. Esses expõem a intenção de acordo, podendo sofrer alterações de cronograma e

quantitativos a serem disponibilizados, a saber: Pfizer/BioNTech, Janssen Instituto Butantan, Bharat Biotech, Moderna, Gamaleya.

- Instituto Butantan e farmacêuticas Bharat Biotech, Moderna, Gamaleya e Janssen – solicitadas informações de preços, estimativa e cronograma de disponibilização de doses, dados científicos dos estudos de fase I, II e III;
- Pfizer/BioNTech – 70 milhões de doses - 8,5 milhões de doses até junho de 2021, sendo 2 milhões de doses previstas para o primeiro trimestre; 6,5 milhões no segundo trimestre; 32 milhões no terceiro trimestre e 29,5 milhões no quarto trimestre;
- Janssen – 38 milhões de doses – 3 milhões de doses no segundo trimestre de 2021, 8 milhões no terceiro trimestre de 2021, 27 milhões no quarto trimestre de 2021. A partir dos memorandos de entendimento, o MS prossegue com as negociações para efetuar os contratos, a fim de disponibilizar, o quanto antes, a maior quantidade possível de doses de vacina para imunizar a população brasileira de acordo com as indicações dos imunizantes.

### 4.1 Plataformas tecnológicas das Vacinas Covid-19 em produção

As principais plataformas tecnológicas utilizadas para o desenvolvimento das vacinas em estudo clínico de fase III, até a presente data são as seguintes:

a) Vacinas de vírus inativados: as vacinas de vírus inativados utilizam tecnologia clássica de produção, através da qual é produzida uma grande quantidade de vírus em cultura de células, sendo estes posteriormente inativados por procedimentos físicos ou químicos. Geralmente são vacinas seguras e imunogênicas, pois os vírus inativados não possuem a capacidade de replicação e assim o organismo não fica exposto às grandes quantidades de antígenos. As vacinas Covid-19 de vírus inativados em fase III são desenvolvidas por empresas associadas aos institutos de pesquisa Sinovac, Sinopharm/Wuhan Institute of Biological Products, Sinopharm/ Beijing Institute of Biological Products e Bharat Biotech.

b) Vacinas de vetores virais: estas vacinas utilizam vírus humanos ou de outros animais, replicantes ou não, como vetores de genes que codificam a produção da proteína antigênica (no caso a proteína Spike ou proteína S do SARS-CoV-2). Essa tecnologia emprega vetores vivos replicantes ou não replicantes. Os replicantes, podem se replicar dentro das células enquanto os não-replicantes não conseguem realizar o processo de replicação, porque seus genes principais foram desativados ou excluídos. Uma vez inoculadas, essas vacinas com os vírus geneticamente modificados estimulam as células humanas a produzir a proteína Spike, que vão, por sua vez, estimular a resposta imune específica. O vírus recombinante funciona como um transportador do material genético do vírus alvo, ou seja, é um vetor inócuo, incapaz de causar doenças. As vacinas em fase III que utilizam essa plataforma são: Oxford/AstraZeneca (adenovírus de chimpanzé); CanSino (adenovírus humano 5 - Ad5); Janssen/J&J (adenovírus humano 26 – Ad26) e Gamaleya (adenovírus humano 26 – Ad26 na primeira dose, seguindo de adenovírus humano 5 - Ad5 na segunda dose).

c) Vacina de RNA mensageiro – O segmento do RNA mensageiro do vírus, capaz de codificar a produção da proteína antigênica (proteína Spike), é encapsulado em nanopartículas lipídicas. Da mesma forma que as vacinas de vetores virais, uma vez inoculadas, estas vacinas estimulam as células humanas a produzir a proteína Spike, que vão por sua vez estimular a resposta imune específica. Esta tecnologia permite a produção de volumes importantes de vacinas, mas utiliza uma tecnologia totalmente nova, e nunca antes utilizada ou licenciada em vacinas para uso em larga escala. Atualmente as vacinas produzidas pela Moderna/NIH e Pfizer/BioNTec são as duas vacinas de mRNA em fase III. Do ponto de vista de transporte e armazenamento, estas vacinas requerem temperaturas muito baixas para conservação (-70º C no caso da vacina candidata da Pfizer e -20º C no caso da vacina candidata da Moderna), o que pode ser um obstáculo operacional para a vacinação em massa, especialmente em países de renda baixa e média.

d) Unidades proteicas: através de recombinação genética do vírus SARSCoV-2, se utilizam nanopartículas da proteína Spike (S) do vírus recombinante

SARSCoV-2 rS ou uma parte dessa proteína denominada de domínio de ligação ao receptor (RDB). Os fragmentos do vírus desencadeiam uma resposta imune sem expor o corpo ao vírus inteiro. Tecnologia já licenciada e utilizada em outras vacinas em uso em larga escala. Requer adjuvantes para indução da resposta imune. As vacinas Covid-19 que utilizam esta tecnologia em fase III são a vacina da Novavax, que utiliza como adjuvante a Matriz-M1™, e a vacina desenvolvida pela “Anhui Zhifei Longcom Biopharmaceutical” e o “Institute of Microbiology, Chinese Academy of Sciences”.

Existem ainda cerca de 40 outras vacinas em estudos clínicos de fase I/II, além de mais de uma centena de projetos em estudos pré-clínicos, o que coloca a possibilidade de haver desenvolvimento de vacinas de 2ª e de 3ª geração, muito mais potentes, com mínimo de reações adversas e conferindo proteção mais longeva.



**Quadro 1 - Principais tipos de vacinas contra COVID-19 segundo plataforma tecnológica, em desenvolvimento.**

| Vacina | Plataforma | País e número Partici-pantes | Faixa etária | Esquema Vacinal | Via de aplica-ção | Conser-vação | Link de acesso ao protocolo clínico registrado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Coronavac | Inativada | Brasil (13.060) | > 18 anos | 2 doses, intervalo 14 dias | IM | 2ºC a 8ºC | Clinical Trial of Efficacy and Safety of Sinovac's Adsorbed covid-19 (Inactivated) Vaccine in Healthcare Professionals - Full Text View - ClinicalTrials.gov |
| | | Indonésia (1.620) | 18-59 anos | | | | https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04508075 |
| | | Turquia (13.000) | 18-59 anos | | | | Clinical Trial For SARS-CoV-2 Vaccine (covid-19) - Full Text View - ClinicalTrials.gov |
| 2. Wuhan Institute of Biological (cepa WIV 04) | Inativada | Emirados Árabes (15.000) | > 18 anos | 2 doses, intervalo 21 dias | IM | 2ºC a 8ºC | http://www.chictr.org.cn/showprojen.aspx?proj=56651 |
| | | Marrocos (600) | > 18 anos | | | | http://www.chictr.org.cn/showprojen.aspx?proj=62581 |
| 3. Beijing Institute of Biological Products (cepa HB02) | Inativada | Argentina (3.000) | 18-85 anos | 2 doses, intervalo 21 dias | IM | 2ºC a 8ºC | Clinical Trial to Evaluate the Efficacy, Immunogenicity and Safety of the Inactivated SARS-CoV-2 Vaccine (covid-19) - Full Text View - ClinicalTrials.gov |
| 4. Novavax (NVX-CoV 2373) | Subunidade proteica | Inglaterra | 18-84 anos | 2 doses, intervalo 21 dias | IM | 2ºC a 8ºC | https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04583995 |
| 5. CanSino Biological Inc | Vetor viral não replicante | Paquistão (40.000) | > 18 anos | 1 dose | IM | 2ºC a 8ºC | Phase III Trial of A covid-19 Vaccine of Adenovirus Vector in Adults 18 Years Old and Above - Full Text |



| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| (Ad5-nCoV) | | | | | | | View - ClinicalTrials.gov |
| | | Rússia (500) | 18-85 anos | | | | Clinical Trial of Recombinant Novel Coronavirus Vaccine (Adenovirus Type 5 Vector) Against covid-19 - Full Text View - ClinicalTrials.gov |
| 6. Janssen (Ad26.COV2.S) | Vetor viral não replicante | EUA (60.000) | > 18 anos | 1 ou 2 doses, intervalo 56 dias | IM | 2ºC a 8ºC (3 meses) | A Study of Ad26.COV2.S for the Prevention of SARS-CoV-2-Mediated covid-19 in Adult Participants - Full Text View - ClinicalTrials.gov |
| 7. University of Oxford/AstraZeneca (ChAdOx 1 noV-19) | Vetor viral não replicante | Brasil (2.000) | 18-59 anos | 1 dose | IM | 2ºC a 8ºC | http://www.isrctn.com/ISRCTN89951424 |
| | | Brasil (5.000) | > 18 anos | 1 ou 2 doses, intervalo 4-12 semanas | IM | | https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04536051 |
| | | EUA (40.051) | > 18 anos | 2 doses, intervalo 28 dias | IM | | https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04516746 |
| 8. Gamaleya Research Institute (Gam-covid-Vac) | Vetor viral não replicante (rAd 26-S+rAd5-S) | Rússia (40.000) | > 18 anos | 2 doses, intervalo 21 dias | IM | -18ºC (uma formulação e 2ºC a 8ºC (liofilizada) | https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04530396 |
| 9. Pfizer/ BioNTech/ Fosun Pharma (BNT162b2) | mRNA que codifica SARS-CoV-2 (SaRNA) | EUA, Brasil, Argentina (43.998) | > 16 anos | 2 doses, intervalo 21 dias | | -70ºC e 2ºC a 8ºC (até 5 dias) | https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04368728 |
| 10. NIAID Vaccine Research Center/ Moderna | RNA mensageiro | EUA (30.000) | > 18 anos | 2 doses, intervalo 29 dias | IM | -20ºC por (até 6 meses) e 2ºC a 8ºC (até 30 dias) | A Study to Evaluate Efficacy, Safety, and Immunogenicity of mRNA-1273 Vaccine in Adults |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| (mRNA-1273) | | | | | | | Aged 18 Years and Older to Prevent covid-19 - Full Text View - ClinicalTrials.gov |
| 11. Anhui Zhifei Longcom Biopharmaceutical/Institute of Microbiology, Chinese Academy of Sciences | Subunidade proteica | China (900) | 18-59 anos | 2 ou 3 doses, intervalo 28, 56 dias | IM | | http://www.chictr.org.cn/showprojen.aspx?proj=64718 |
| 12. Bharat Biotech | Inativada | Índia (1.125) | 12-65 anos | 2 doses, intervalo 28 dias | IM | 2ºC a 8ºC | https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04641481 |
| 13. Medicago Inc. | Partícula semelhante a vírus (VLP) | Canadá (180) | 18-55 anos | 2 doses, intervalo 21 dias | IM | | https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04636697 |

# 5. GRUPOS PRIORITÁRIOS

Com o objetivo de reduzir a morbidade e mortalidade pela Covid-19, estabeleceu-se que a definição de grupos prioritários deverá ocorrer baseada em evidências científicas imunológicas e epidemiológicas, respeitando pré-requisitos bioéticos para a vacinação, tendo em vista que inicialmente as doses da vacina contra Covid-19 serão disponibilizadas em quantitativo limitado.

Na definição dos grupos prioritários terá relevância a existência de ensaios clínicos em estágio avançado de conclusões referentes à capacidade de resposta protetora do sistema imunológico por faixas etárias, bem como a segurança da administração, avaliando-se ainda possíveis contraindicações.

Com base no plano preliminar de imunização divulgado recentemente pelo Ministério da Saúde, uma vez estando definido um imunizante aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a vacinação para a Covid-19 no país deverá acontecer de



forma escalonada, em quatro fases, priorizando diferentes grupos da população, conforme Quadro 2:

Considerando o atual cenário epidemiológico, o estado da Bahia, por meio do Programa Estadual de Imunizações (DIVEP/SUVISA/SESAB), reitera a importância da estratégia ser realizada em quatro fases, conforme a definição dos eixos prioritários que guiam o plano de vacinação, a saber: situação epidemiológica, atualização das vacinas em estudo, orçamento, operacionalização da campanha, farmacovigilância, estudo de monitoramento pós-marketing, sistema de informação, monitoramento, supervisão e avaliação, comunicação e encerramento da campanha.

Em conformidade com a programação definida pelo Ministério da Saúde, segue estimativa populacional do estado da Bahia, por grupo prioritário (Quadro 1). As fases deverão ser executadas conforme cronograma de liberação das vacinas. As segundas doses deverão ser realizadas, respeitando-se o intervalo mínimo recomendado pelo fabricante das vacinas a serem utilizadas, e programação a ser divulgada posteriormente.

**Quadro 2 – População estimada para vacinação contra COVID-19 por grupo prioritário no Estado da Bahia.**

| Grupos Prioritários | População Estimada | Quantitativo de vacinas e seringas, considerando esquema de duas doses |
|---|---|---|
| **Fase 1 (Início a definir – verificar previsão de chegada de vacinas)** | | |
| Trabalhadores de Saúde | 374.368 | 748.736 |
| Idosos ≥ 75 anos | 555.753 | 1.111.506 |
| Idosos ILPI (≥ 60 anos) | 9.788 | 19.576 |
| Indígenas | 22.669 | 45.338 |
| Povos e Comunidades Tradicionais e Ribeirinhas* | 828.860 | 1.657.720 |
| Total | 1.791.438 | 3.582.876 |
| **Fase 2 (Início a definir – verificar previsão de chegada de vacinas)** | | |
| Idosos 60 a 74 anos | 1.426.043 | 2852086 |
| Total | 1.426.043 | 2.852.086 |
| **Fase 3 (Início a definir – verificar previsão de chegada de vacinas)** | | |
| Comorbidades (risco maior de agravamento) | 952.507 | 1.905.014 |
| Total | 952.507 | 1.905.014 |

| Fase 4 (Início a definir – verificar previsão de chegada de vacinas) | | |
|---|---|---|
| **Pessoas em situação de rua** | **2.556** | **5112** |
| **Forças de Segurança e Salvamento*** | **42.867** | **85734** |
| **Trabalhadores da Educação** | **211.781** | **423.562** |
| **Pessoas com deficiência institucionalizadas** | **285** | **570** |
| **Pessoas com deficiência permanente severa** | **605.330** | **1210660** |
| **Caminhoneiros*** | **15.117** | **30234** |
| **Trabalhadores Transporte Coletivo Rodoviário e Metroferroviário de passageiros** | **9.292** | **18584** |
| **Trabalhadores de Transporte Aéreo** | **717** | **1434** |
| **Trabalhadores Portuários*** | **2.295** | **4590** |
| **População Privada de Liberdade** | **14.380** | **28760** |
| **Funcionário do Sistema de Privação de Liberdade*** | **5.393** | **10.786** |
| **Total da fase 4** | **874.634** | **1749268** |
| **Total das 4 fases** | **5.080.001** | **10.160.002** |

***Em revisão pela SESAB/MS**

No plano de vacinação nacional contra Covid-19, a quarta fase ainda não foi definida. No entanto, os grupos prioritários anteriormente descritos nessa fase estão citados no planejamento e serão incluídos conforme cronograma de entrega das vacinas, podendo ser contemplados em fases anteriores.

Após a vacinação dos grupos prioritários e conforme fornecimento de vacinas e indicação para outros grupos e faixas etárias, o estado da Bahia recomenda que a vacinação avance gradativamente até que a toda a população esteja contemplada, garantindo-se uma proteção efetiva para os quase 15 milhões de residentes do estado.

# 6. OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO

## 6.1 Gestão

Esta ação envolve as três esferas gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), contando com recursos da União, das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), em consonância com a Lei nº 6.259/1975, que estabelece as diretrizes e responsabilidades para a execução das ações de vigilância em saúde, entre as quais se incluem as de vacinação.

Portanto, este plano agrega atores político institucionais relevantes à implementação das ações no território locorregional, a exemplo dos Núcleos Regionais de Saúde (NRS), Diretorias da Atenção Básica (DAB), Secretarias Municipais de Saúde, Distrito Sanitário de Saúde Indígena (Dsei/Bahia) e as instâncias colegiadas de gestão e pactuação do SUS, a exemplo do COSEMS, CIB, CIR, e de controle social, como o CES e CMS.

## 6.2 Planejamento das Ações

O detalhamento da organização, a partir da programação local, será fundamental para alcançar o público-alvo da vacinação, portanto, as ações estratégicas serão realizadas em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde.

Considerando a necessidade de vacinar um elevado contingente populacional em curto prazo de tempo e evitar sobrecarga nos serviços de saúde durante a campanha de vacinação, a Secretaria de Saúde do Estado recomenda que cada município elabore o Plano Municipal de Vacinação contra o COVID-19, e conforme a estrutura local e recursos disponíveis, dimensione a ampliação de recursos humanos, materiais e físicos, bem como a ampliação do número de pontos estratégicos específicos para vacinação contra COVID-19, viabilizando o aumento da capacidade logística e de atendimento, visando atingir a meta de vacinação no prazo estabelecido.

### 6.2.1 Estimativa de ampliação da capacidade da rede de serviços de vacinação no estado (recursos físicos, humanos e materiais)

Para viabilizar a estratégia de vacinação está prevista a ativação de mais de 5 mil salas de vacinação da rede pública de saúde do estado, além dos pontos externos de vacinação que serão implementados conforme micro programação por município, definição de estratégias específicas, conforme as normas do Programa Nacional de Imunização (PNI), estabelecimento das responsabilidades institucionais, incluindo apoio e suporte das esferas estadual e nacional. Cada município deverá dimensionar, segundo realidade local e microprogramação, a necessidade de aumento da capacidade de atendimento para cumprimento das metas de vacinação.

A microprogramação será importante para mapear a população-alvo e alcançar a meta de vacinação definida para os grupos prioritários, sendo fundamental ter informação sobre a população descrita.

Prevê-se a atuação de mais de 50 mil profissionais de saúde na campanha de vacinação, além de profissionais das forças de segurança e demais serviços estratégicos.

Para as quatro primeiras fases da estratégia de vacinação, estima-se um público alvo de aproximadamente 5.000.000 (cinco milhões) de pessoas. Considerando esquema de duas doses, serão necessárias aproximadamente 10.000.000 (dez milhões) de doses de vacinas e seringas para atender esses grupos prioritários nas diferentes fases da campanha, as quais deverão ser recebidas em remessas, considerando as estimativas populacionais de cada uma das fases.

### 6.2.2 Estratégias de Vacinação

Considerando os locais de maior fluxo populacional e com o intuito de facilitar o acesso à vacinação, os municípios, conjuntamente com o estado, definirão a melhor estratégia para vacinar a população, de maneira rápida e oportuna, nas salas de vacinação das unidades de saúde e nos postos volantes.

O desenho dessa planificação deverá ser articulado com diversas instituições e parceiros, com formação de alianças estratégicas com organizações governamentais e não governamentais, conselhos comunitários e outros colaboradores.

A vacinação contra a Covid-19 pode exigir diferentes estratégias, devido à possibilidade da oferta de diferentes vacinas, para diferentes faixas etárias/grupos e considerando a realidade de cada município.

Na elaboração das micro programações locais devem ser consideradas os seguintes aspectos para definição das estratégias de vacinação:

- Vacinação de trabalhadores de saúde: exige trabalho conjunto entre Atenção Primária à Saúde, Urgência e Emergência, principalmente para aqueles que atuam em unidades exclusivas para atendimento da Covid-19;
- Vacinação de idosos: a vacinação casa a casa pode ser uma estratégia em resposta àqueles que têm mobilidade limitada ou que estejam acamados;
- Vacinação em *drive thru*, nos centros urbanos;
- Organização da unidade primária em saúde em diferentes frentes de vacinação, para evitar aglomerações (deve-se pensar na disposição e circulação destas pessoas nas unidades de saúde e/ou postos externos de vacinação).

As fases deverão ser executadas conforme cronograma de liberação das vacinas. O período de vacinação de cada uma das fases dependerá do cronograma e do quantitativo de vacinas fornecidas, podendo ser realizado num período inferior a trinta dias, considerando as primeiras doses do esquema. As segundas doses deverão ser realizadas, respeitando-se o intervalo mínimo recomendado pelo fabricante das vacinas a serem utilizadas, atendendo à programação a ser divulgada posteriormente

Portanto, conforme o Ministério da Saúde, para as fases iniciais da vacinação previstas até o momento neste documento, segundo cronograma de entrega e disponibilidade de doses conhecidos até o momento, estima-se que os grupos de maior risco para agravamento e de maior exposição ao vírus estariam vacinados ainda no primeiro semestre de 2021.

O Ministério da Saúde estima que no período de doze meses, posterior à fase inicial, concluirá a vacinação da população em geral, o que dependerá, concomitantemente, do quantitativo de imunobiológico disponibilizado para uso. No entanto, esse cronograma deverá ser revisto, uma vez que dependerá da aprovação

da vacina para uso emergencial pela Anvisa e existem outras negociações em andamento.

### 6.2.3 Capacitação

Estão previstas capacitações direcionadas às novas tecnologias que venham a ser incorporadas à Rede, bem como, acerca de processos de trabalho, considerando a possibilidade do uso de diversas estratégias para garantia da vacinação. O estado repassará as orientações técnicas da campanha através das plataformas virtuais, com vistas a preparação das equipes regionais e municipais que atuarão no planejamento e execução da campanha de vacinação.

O Ministério da Saúde ofertará curso denominado “Vacinação para Covid-19: protocolos e procedimentos” na modalidade de Educação a Distância (EaD), em conteúdo adequado ao perfil dos profissionais da rede do SUS, através do Campus Virtual Fiocruz, em acesso público e gratuito, visando alcançar de forma rápida e em escala nacional, os profissionais de todo o país que atuarão na campanha de vacinação.

Ressalta-se que, em 2020, o estado realizou cursos na modalidade EAD em EAPV e CRIE, além de webpalestras sobre imunizações, os quais estão disponíveis no site do Telesaúde, podendo ser acessados pelo público em geral, servindo como instrumento para favorecer a capacitação da rede, incluindo novos profissionais e gestores municipais nessa fase preparatória da mega campanha de vacinação contra Covid-19.

Para 2021, a Bahia estará promovendo reuniões em plataformas virtuais, além de cursos e webpalestras específicas e periódicas sobre a campanha de vacinação contra Covid-19, que serão divulgadas amplamente para a participação dos profissionais das redes de saúde pública e privada do estado.

### 6.2.4 Rede de Frio e Logística de Distribuição

A Rede de Frio Estadual está organizada de forma descentralizada, contando atualmente com uma Central da Estadual de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos (CEADI), localizada no município de Simões Filho, com capacidade

para armazenamento de aproximadamente 3.500.000 (três milhões e quinhentas mil) doses dos diferentes tipos de imunobiológicos que são disponibilizados pelo Ministério da Saúde, para garantia da vacinação da população baiana, e que são distribuídos mensalmente às 30 Centrais de Regionais de Rede de Frio localizadas no interior do estado, a capital e municípios da Região Metropolitana de Salvador e Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. Além disso, dispõe-se de 5.114 Salas de Vacinação distribuídas nos 417 municípios, contemplando áreas urbanas e rurais, podendo chegar a 10 mil pontos de vacinação em período de campanha, conforme capacidade de operacionalização dos municípios. O estado conta ainda com 04 Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais.

Nas campanhas, para a distribuição de imunobiológicos, a frota de veículos é ampliada (03 caminhões refrigerados e 240 outros tipos de veículos, incluindo furgões e caminhonetes) para a realização de roteiros que contemplem as nove macrorregiões de saúde num período de um a dois dias após a chegada das vacinas na CEADI, a fim de favorecer a entrega imediata e chegada mais rápida dos imunobiológicos nas macrorregiões e, consequentemente, em todos os municípios baianos. Para campanha de vacinação contra Covid-19, o estado da Bahia viabilizará também o transporte aéreo para facilitar a entrega de forma mais ágil e segura para as regionais de saúde que dispõem de aeroporto, tais como Teixeira de Freiras, Juazeiro, Ilhéus, Vitória da Conquista e Barreiras. Além disso, o estado também viabilizará escolta para o transporte e armazenamento das vacinas e insumos (seringas e agulhas) que estiverem sob a responsabilidade da gestão estadual. São estimados aproximadamente 450 roteiros rodoviários, com saída da CEADI para as regionais de saúde, municípios da Região Metropolitana de Salvador e CRIE. Além disso, são estimados 30 deslocamentos aéreos para as regionais de saúde.

As centrais de armazenamento de imunobiológicos da rede estadual dispõem de aproximadamente 234 câmaras frias e 70 freezers para o acondicionamento de bobinas de gelo reutilizáveis. Tendo em vista a possibilidade de aquisição de vacinas contra Covid-19 que necessitam de temperaturas negativas para sua conservação, o estado da Bahia está adquirindo ultra-freezeres para possibilizar o armazenamento adequado das vacinas com

RNA contra Covid-19 que requerem temperatura ideal de armazenamento negativa, a fim de ter a capacidade de receber quaisquer uma das vacinas que forem liberadas pelo Ministério da Saúde. Considerando, inclusive, a necessidade de uso de gelo seco para transporte dessas vacinas aos municípios, no primeiro momento serão distribuídos 30 ultrafreezers para as sedes das macrorregiões de saúde, conforme seu perfil populacional, área geográfica e número de municípios, variando de um a cinco equipamentos para cada uma das nove macrorregiões.

No que diz respeito às plataformas de ultrabaixa temperatura (Ultra Low Temperature – ULT), que demandam tecnologia diferenciada para adequada preservação da cadeia de frio e incorporação dos imunizantes, a exemplo da Pfizer, em fase de negociação com o Ministério da Saúde, são observadas as suas orientações técnicas. A farmacêutica disponibilizará as vacinas em caixas térmicas, que passam por processo de "qualificação térmica", monitoradas por *datalooger*.

Considerando os resultados preliminares dessa qualificação térmica (ainda em andamento) é possível preservar as vacinas acondicionadas nas caixas que serão fornecidas por um período de até 30 dias, com a substituição periódica do gelo seco em intervalos de cinco dias, se mantidas à temperatura ambiente entre 15° C e 25° C. Neste sentido, fica viabilizada a utilização das caixas para preservação das vacinas até o momento da administração nos usuários. Para utilização da vacina é necessária que estas se encontrem armazenadas na faixa de temperatura de 2° a 8° C (condição em que pode permanecer até 5 dias) e quando em temperatura ultrabaixa (-70º C), deverá permanecer em temperatura ambiente por trinta minutos antes da administração.

A entrega das vacinas para as macrorregiões atende a um cronograma, contemplando a priorização de entrega segundo os seguintes critérios: distância da capital, estimativa populacional e número de centrais regionais, podendo-se utilizar transporte aéreo ou terrestre. Segue abaixo, quantitativos de centrais regionais por macrorregião de saúde.

- Núcleo Regional de Saúde Centro Leste (05 centrais regionais);
- Núcleo Regional de Saúde Nordeste (02 centrais regionais);
- Núcleo Regional de Saúde Centro Norte (02 centrais regionais);
- Núcleo Regional de Saúde Leste (03 centrais regionais, 16 municípios - Salvador e Região Metropolitana - e 02 CRIE);

- Núcleo Regional de Saúde Sul (04 centrais regionais);
- Núcleo Regional de Saúde Norte (03 centrais regionais);
- Núcleo Regional de Saúde Extremo Sul (02 centrais regionais);
- Núcleo Regional de Saúde Oeste (03 centrais regionais);
- Núcleo Regional de Saúde Sudoeste (06 centrais regionais).

A Central Estadual de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos (CEADI) entregará, em até 24 horas, os imunobiológicos em todas as nove macrorregiões de saúde, totalizando a entrega em 30 centrais regionais de rede de frio, além do município de Salvador e demais 15 municípios e CRIE da Região Metropolitana. Em até 24h do recebimento, as centrais regionais farão as entregas nos seus municípios de abrangência, os quais, por sua vez, realizarão as entregas em suas salas de vacinas. Dessa forma, em até 03 dias, todas as salas de vacinas terão recebidos os imunobiológicos para iniciar a vacinação no estado.

Considerando as características específicas da vacina AstraZeneca/Fiocruz, que incluem o esquema de duas doses, e considerando o quantitativo de doses acordado como MS, a campanha de vacinação contra a Covid-19 ocorrerá em 3 fases para atender inicialmente os grupos prioritários. A fase 1 contemplará a Dose 1 (D1) para Trabalhadores de Saúde, Pessoas com idade ≥ 80 anos, Pessoas de 75 a 79 anos, População Indígena e Comunidades Tradicionais e Ribeirinhas. É esperado um saldo negativo da Dose 2 (D2), a ser suprido na segunda fase (AstraZeneca), que tem sua logística de distribuição programada para o início do mês 2. A Fase 2 está subdividida em 2 etapas, sendo que 60% do grupo prioritário está contemplado na primeira etapa, além da população residual a receber D2, não absorvida na Fase 1. Seguindo o padrão adotado, em semanas consecutivas, a distribuição planejada promove a continuidade do serviço de vacinação. Os 40% restantes do grupo prioritário foram agrupados na segunda etapa da Fase 2, de forma a harmonizar o cronograma de recebimento das vacinas e o quantitativo da população inicialmente planejada para esta Fase. A Fase 3 perfaz a distribuição final do total contratado para primeira etapa de recebimento das vacinas que serão entregues pela farmacêutica AstraZeneca, com previsão de vacinação da população com comorbidades.



Além da programação supracitada, haverá continuidade das fases de vacinação nas quais outros grupos populacionais, também considerados prioritários, estarão contemplados, a exemplo dos trabalhadores da educação; trabalhadores dos demais serviços essenciais (forças de segurança e salvamento e funcionários do sistema de privação de liberdade, dentre outros); população privada de liberdade, pessoas em situação de rua, dentre outros. Desta forma, na medida em que haja aprovação das vacinas, disponibilidade e cronograma de entrega, será possível a avaliação de qual fase esses grupos serão inseridos.

Destaca-se ainda que há intenção de oferta da vacina Covid-19 a toda a população brasileira para qual o imunobiológico esteja aprovado, de maneira escalonada considerando primeiramente a proteção dos grupos vulneráveis e a manutenção dos serviços essenciais, a depender da produção e disponibilização das vacinas.

Considerando a evolução das negociações do Ministério da Saúde com a farmacêutica Pfizer, com previsão de entrega da primeira remessa para o primeiro trimestre de 2021, considerando que essa vacina demanda tecnologia diferenciada de armazenamento, orientando uma logística mais restrita e direta, de forma a mitigar potenciais perdas técnicas decorrentes de alguma falha na cadeia de frio ULT, nesse sentido, em planejamento participativo do MS com as 27 UF, a proposta é da utilização desta vacina com a concentração dessas doses em pontos específicos. Assim, está definida a entrega da primeira remessa às centrais estaduais de rede de frio, para distribuição aos estabelecimentos de saúde das capitais (ainda a serem definidas) incluindo as regiões metropolitanas, com indicação de priorização para os profissionais de saúde de maior exposição ao vírus SARS-CoV-2. A sobra identificada de doses, após distribuição aos profissionais supra indicados, para complementar a distribuição do total de doses que será entregue na primeira remessa, fica indicada à priorização dos demais trabalhadores de saúde por parte dos estabelecimentos selecionados das 27 Unidades Federadas. Na Bahia, além da capital, as sedes das macrorregiões de saúde estão sendo equipadas de modo a garantir o recebimento dessas vacinas.

### 6.2.5 Aquisição de Seringas e Agulhas e Logística de Distribuição

Foi planejada aquisição do quantitativo total de seringas para atender os referidos grupos prioritários, considerando esquema vacinal de duas doses, com intervalo médio de 04 semanas entre elas. A Bahia já dispõe de estoque de seringas com agulhas para a primeira fase da vacinação e já definiu com o fornecedor o cronograma de entrega de mais 19 milhões de unidades, considerando as próximas fases da campanha e expectativa de ampliar o público para a população em geral, ainda em 2021.

# 7. SISTEMA DE INFORMAÇÂO PARA REGISTRO DE DOSES APLICADAS

Os sistemas de informação na operacionalização da campanha de vacinação têm como objetivo o monitoramento e avaliação dos dados relativos à vacina e aos usuários, desde a logística dos insumos até a administração, farmacovigilância e estudos pós-marketing.

Considerando a necessidade e a urgência de estabelecer uma estratégia adequada de vacinação contra Covid-19, definiu-se a necessidade do desenvolvimento de um módulo específico para registro de vacinação contra Covid-19. Esse módulo contempla as seguintes funcionalidades: (1) Registro de vacinados; (2) Controle da distribuição de vacinas; (3) Monitoramento dos Eventos Adversos Pós-vacinação; (4) Painel de visualização de informações para gestores, técnicos e público geral.

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC nº 197, de 26 de dezembro de 2017, publicada no DOU nº 248, de 28 de dezembro de 2017, compete aos serviços de vacinação registrar as informações referentes às vacinas no sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde. Essa atividade está em acordo com o Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei, nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe

sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica e do Programa Nacional de Imunizações.

Em cumprimento aos dispositivos legais, todos os estabelecimentos de saúde, públicos e particulares, que realizarem vacinação contra a Covid-19, deverão registrar os dados no Módulo Covid-19 do Sistema de Informação do PNI (SIPNI), desenvolvido pelo Ministério da Saúde.

Para realização do registro de vacinados no Módulo Covid-19, os operadores deverão efetuar o cadastro prévio no Sistema de Cadastro de Permissão de Acesso (SCPA) e os vacinadores deverão estar vinculados aos respectivos estabelecimentos de saúde que realizarão a vacinação.

Ressalta-se que, mesmo os operadores de sistemas e vacinadores já cadastrados no e-SUS AB e no SIPNI atual, deverão realizar novo cadastro no SCPA. As clínicas particulares de vacinação deverão entrar em contato com os administradores do SCPA e do sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) nos municípios, para regularizarem o cadastro, objetivando o registro de vacinados no módulo Covid-19.

Nos estabelecimentos de saúde sem conectividade na internet, será utilizado o módulo de coleta de dados simplificado (CDS) da Secretaria de Atenção Primária (SAPS/MS) para registros de doses de vacinas aplicadas durante a Campanha de Vacinação contra Covid-19.

Os serviços de vacinação públicos e privados que utilizam sistemas de informação próprios deverão fazer a transferência dos dados de vacinação contra Covid-19 para base nacional de imunização, por meio de Webservice do SIPNI/RNDS, conforme o modelo de dados disponibilizado e as orientações do Ministério da Saúde.

O estado da Bahia já iniciou treinamento e cadastro dos usuários no sistema e disponibilizará treinamento específico para capacitação ampliada dos usuários, incluindo os operadores dos estabelecimentos de saúde que serão geridos pelos gestores dos estabelecimentos de saúde e gestores municipais.

O Sistema de Informação de Insumos Estratégicos (SIES) será utilizado para o registro da movimentação dos imunobiológicos entre as centrais de rede de frio nacionais, estaduais e municipais.

Para a campanha nacional de vacinação contra a Covid-19, o registro da movimentação das vacinas recebidas e das doses aplicadas deverão ser feitos no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) - módulo campanha, nos pontos de vacinação da rede pública e privada de saúde.

O E-SUS notifica é utilizado amplamente para o registro de casos de Síndrome Gripal (SG) e, também, será utilizado para o registro de Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV). Para os locais sem conectividade, poderá ser utilizada a versão para Coleta de Dados Simplificada (CDS) do e-SUS AB. Adicionalmente, o sistema informatizado NOTIVISA será aplicado para os registros e monitoramento de queixas técnicas relacionadas à vacina Covid-19.

# 8. FARMACOVIGILÂNCIA

Segundo o Manual de Vigilância Epidemiológica dos Eventos Adversos pós-Vacinais (2020), um Evento Adverso Pós Vacinal (EAPV) é qualquer ocorrência médica indesejada após vacinação, não possuindo necessariamente uma relação causal com o uso de uma vacina ou outro imunobiológico.

Considerando que serão introduzidas novas vacinas, utilizando tecnologias de produção inovadoras e que serão administradas em grande número de pessoas é esperado um aumento no número de notificações de eventos adversos. Dessa forma, o sistema de vigilância epidemiológica dos eventos adversos deve estar fortalecido e atuante para pronta investigação e análise, sendo necessária atuação integrada dos estabelecimentos de saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde, coordenações municipais e estaduais de imunização, CGPNI, Vigilâncias Epidemiológicas, ANVISA, INCQS e detentores de registro das vacinas.

Para nortear o processo de análise, o Ministério da Saúde elaborou Protocolo de Vigilância Epidemiológica dos Eventos Adversos (VEAPV), acordado entre a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) e a ANVISA,

que servirá de referência para a vigilância dos eventos adversos pós vacinação COVID-19 com os demais protocolos já existentes. Conforme o referido protocolo, será objetivo de vigilância, todos os grupos de pessoas que forem vacinadas, independentemente de serem grupos de risco, sexo ou faixa etária, se na rede pública ou privada de saúde.

O objetivo geral é estabelecer estratégias e diretrizes para a atuação dos entes envolvidos na vigilância sanitária e epidemiológica das vacinas contra o vírus SARS-CoV-2, de forma a avaliar a segurança do produto a partir da análise de eventos adversos pós-vacinação (EAPV), bem como para identificar, investigar e atuar frente a eventuais problemas relacionados a qualidade dessas vacinas (Queixas Técnicas – QT), durante o período da estratégia de vacinação, estabelecido pelo PNI.

Os objetivos específicos são:

- Realizar a farmacovigilância da(s) vacina(s) Covid-19, por meio das ferramentas disponíveis e previstas em legislação para este fim;
- Sensibilizar os notificadores quanto a importância da notificação de EAPV e QT;
- Estabelecer fluxo de resposta para o município ou unidade notificante;
- Orientar a realização da notificação de EAPV e QT de forma correta, independentemente de sua gravidade, com atenção especial aos erros de imunização (programáticos) que incluem erros desde a produção, distribuição, conservação e manuseio dos imunobiológicos;
- Contribuir na realização de ações para proporcionar a tomada rápida de decisões para garantir a segurança das vacinas a serem utilizadas, sob a responsabilidade do CGPNI/DEIDT/SVS e da ANVISA;
- Investigar as notificações de EAPV graves, raros, inesperados e eventos adversos de interesse especial (EAIE);
- Estabelecer estratégias para a capacitação dos profissionais de saúde na detecção, notificação, monitoramento e investigação dos EAPV e QT;

- Propor estratégias de comunicação, com o auxílio do Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS), para o enfrentamento de rumores ou falsa percepção do incremento de EAPV durante a campanha de vacinação), evitando-se o surgimento de possíveis „crises" com a introdução da nova vacina, a fim de se assegurar a integridade dos programas de imunização; e
- Apoiar estratégias de comunicação de risco decorrente dos resultados das investigações dos EAPV ou de quaisquer outros problemas relacionados à segurança e qualidade das vacinas de forma rápida, transparente e eficiente.

Os eventos adversos graves (EAG) deverão ser comunicados pelos profissionais de saúde dentro das primeiras 24 horas de sua ocorrência, do nível local até o nacional, seguindo o fluxo determinado pelo Sistema Nacional de Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação - SNVEAPV, conforme Figura a seguir:

**Figura 1 – Fluxo de informação de suspeita de EAPV, Sistema Nacional de Vigilância de Eventos Adversos Pós Vacinação (SNVEAPV).**




Fonte: CGPNI/SVS/MS e Gfarm/GGMON/Anvisa.
¹DRM – Detentores de Registro de Medicamentos

A Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia é parte do Sistema Nacional de Vigilância dos Eventos Adversos e deverá atuar de forma integrada com as demais instituições, em especial as Secretarias Municipais de Saúde. Todos os profissionais da saúde que tiverem conhecimento de uma suspeita de EAPV, incluindo os erros de imunização (programáticos), como problemas na cadeia de frio, erros de preparação da dose ou erros na via de administração, entre outros, deverão notificar os mesmos às autoridades de saúde (E-SUS notifica para EAPV e Notivisa no caso de queixas técnicas - problemas com o produto), ressaltando-se que o papel a ser desempenhado pelos profissionais de saúde é vital para a plena efetivação do protocolo.

O sistema de vigilância deve ser sensível e atuar de forma a dar respostas rápidas à comunidade. Para que isso ocorra é necessário que profissionais de saúde estejam capacitados para atuar de forma segura no sistema de vigilância dos EAPV. Essa atuação compreende:

- Detecção, notificação e busca ativa dos eventos adversos;
- Investigação imediata dos eventos ocorridos (exames clínicos e outros exames complementares ao diagnóstico);
- Classificação final dos EAPV

Deve ser dada atenção especial e busca ativa a notificação de eventos graves, raros e inusitados, óbitos súbitos e inesperados, erros de imunização, além dos Eventos Adverso de Interesse Especial (EAIE), que estão descritos no Manual de Vigilância Epidemiológica dos Eventos Adversos Pós Vacinação e os que não constam no Manual estão descritos no Protocolo.

O Estado da Bahia conta com referências técnicas que atuam na Vigilância de Eventos Adversos Pós Vacinais em todas as nove macrorregiões de saúde, além dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. Além disso, irá apoiar o processo com a preparação da sua rede de atendimento secundário e terciário nas diversas macrorregiões, contando com o apoio do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância da Saúde (CIEVS). E a cada município caberá a

orientação e determinação de unidades de referência e contrarreferência, em especial para o pronto atendimento de possíveis reações de hipersensibilidade urgente e o atendimento especializado terciário no processo de uma vigilância ativa estruturada.

Ressalta-se a importância de fortalecer a articulação da rede de atendimento de urgência e emergência para assistência eficaz e oportuna diante de possíveis eventos adversos pós vacinação Covid-19. Nesse sentido, as unidades e equipes de vacinação devem ser orientados a identificar possíveis EAPV, a prestar o atendimento inicial e acionar imediatamente o SAMU, caso necessário, para o adequado atendimento pré-hospitalar e transferência para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) mais próxima. Havendo necessidade de internação, os Hospitais de Referência do território devem ser acionados pela Central de Regulação a fim de viabilizar o atendimento da forma mais eficaz possível.

# 9. GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS RESULTANTES DA VACINAÇÃO

O gerenciamento dos resíduos resultantes da vacinação contra COVID-19 deve estar em conformidade com o estabelecido na RDC nº 222 de 28 de março de 2018 e na Resolução Conama nº 358 de 29 de abril de 2005, as quais dispõem, respectivamente, sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde e sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde (RSS).

# 10. COMUNICAÇÃO

A comunicação será de fácil entendimento, com o objetivo de quebrar crenças negativas contra a vacina, alcançando assim os resultados e metas almejadas.

A campanha de combate ao coronavírus tem como objetivo: informar, educar,

orientar, mobilizar, prevenir ou alertar a população, gerando consenso popular positivo em relação a importância da vacinação, contribuindo para adesão à campanha, a fim de reduzir a morbidade e mortalidade pela Covid-19, bem como para a redução da transmissão da doença. Citam-se, ainda, como objetivos, o combate às *fake news* e o reforço a adesão do Conecte SUS.

São dois públicos alvo: profissionais da saúde e sociedade, com ênfase nos grupos prioritários de cada uma das fases da campanha.

Mensagens chaves: A vacina protege contra o COVID-19. Estão sendo utilizadas vacinas de diferentes laboratórios para que todas as pessoas possam ficar protegidas e para que ninguém fique sem a vacina. Todas as vacinas aprovadas pela ANVISA têm eficácia comprovada e são seguras.

Será realizada ampla divulgação nos meios de comunicação no âmbito estadual por meio das redes sociais, jornais, mídias televisivas, programas de rádio, *outdoor* etc.

# 11. MONITORAMENTO SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO

Este plano está sujeito a revisão para fins de atualização e/ou revisão das ações, haja vista a dinamicidade do cenário social e epidemiológico e as possíveis mudanças nos estudos das vacinas, podendo exigir alterações ao longo do processo. Reitera-se que algumas ações preparatórias para a campanha de vacinação contra o COVID-19 já se iniciaram em 2020, sendo assim, o monitoramento do plano executivo, bem como a supervisão e avaliação serão importantes para acompanhamento da execução das ações planejadas, na identificação oportuna da necessidade de intervenções, assim como para subsidiar a tomada de decisão gestora em tempo oportuno.

O monitoramento está dividido em três blocos, a saber: 1. Avaliação e identificação da estrutura existente na rede; 2. Processos; 3. Indicadores de intervenção, em consonância com o Plano Nacional de Vacinação para o COVID-19. Para cada um dos três blocos estão definidos indicadores de monitoramento e intervenção. Os resultados desses indicadores (Apêndice 1) serão avaliados pela equipe gestora e compartilhados e debatidos

com o conjunto de atores que integram a arena política decisória das ações de imunização no estado da Bahia, com vistas a adotar as medidas cabíveis.

A supervisão e avaliação devem permear todo o processo definido e pactuado pelas instâncias gestoras, com responsabilidades compartilhadas entre os gestores municipais, estaduais e federal. Tais processos apoiarão nas respostas necessárias para a correta execução da intervenção.

Está prevista a avaliação final de todas as fases do processo, do planejamento à execução do Plano após a intervenção, com descrição dos resultados esperados e alcançados, identificando-se as fortalezas e fragilidades do Plano Operativo e da intervenção proposta.

# 12. REFERÊNCIAS


AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Guia sobre os requisitos mínimos para submissão de solicitação de autorização temporária de uso emergencial, em caráter experimental, de vacinas Covid-19**. Guia nº 42/2020 – versão 1, de 2 de dez. 2020.

AGÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **RDC n°430 de 8 de outubro de 2020**. Dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e Transporte de Medicamentos. Brasil, 2020.

ANDERSON, E. J. et al. **Safety and Immunogenicity of SARS-CoV-2 mRNA-1273 Vaccine in Older Adults**. New England Journal of Medicine, 2020. p. 1–12.

BAHIA, **Boletim Epidemiológico da SRAG, Bahia, nº 19/2020**, disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/BOLETIM-SRAG_19_2020.pdf

BAHIA, Secretaria de Saúde, Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde. **Manual de boas práticas em imunização no contexto da pandemia COVID-19 no Estado da Bahia** / Secretaria da Saúde. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (Suvisa). – Salvador: SESAB, 2020. 31p: ilus. ISBN - 978-65-992533-1-7

BAHIA, Secretaria de Saúde, Superintendente de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA), Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico COVID-19 nº 282 de 31/12/2020**. Disponível em http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/Boletim-Infografico-31-12-2020.pdf

BAHIA, Secretaria de Saúde, Superintendente de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA), Diretoria de Vigilância Epidemiológica **Plano de Ações Estratégicas de Imunizações do Estado da Bahia, 2020-2023, Salvador- Bahia: SESAB 2020, 41p.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID-19.** Brasília, DF, 16/12/2020. 1ª Ed. .Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/16/plano_vacinacao_versao_eletronica.pdf

BRASIL. Conselho Nacional do Meio Ambiente – CONAMA. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. **Resolução CONAMA nº 358**, de 29 de abril de 2005. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 04 de maio 2005.

BRASIL. **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.

BRASIL. **Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976**. Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 197, de 26 de dezembro 2017**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento dos serviços de vacinação humana.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 222, de 28 de março de 2018**. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e da outras providencias.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus 2019-nCoV). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 01, 02 de fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 264 de 17 de fevereiro de 2020**. Altera a Portaria de Consolidação n 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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p 197, 19 de fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro **Portaria nº 454 de 20 de março de 2020**. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). Diário Oficial da União: Edição 55-F, Seção 1-Extra, Brasília, DF, p 1, 20 de março de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria Nº 1.883, de 4 de novembro de 2018**. Defini o cadastramento dos estabelecimentos de saúde enquadrados como Central de Abastecimento e de estabelecimentos que realizam Serviço de Imunização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e inclui no Módulo Básico do CNES o campo Abrangência de Atuação, com intuito de enquadrar o estabelecimento de saúde em sua respectiva instância de atuação. Diário Oficial da União: seção 1, p. 127, Brasília, DF, 24 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Relatório Técnico – **Monitoramento de vacinas em desenvolvimento contra Sars-CoV-2**. Brasilia, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações**, 5. ed. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica. Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019**. Brasília, 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **National Center for Immunization and Respiratory Diseases (NCIRD)**, Division of Viral Diseases. 2 de nov. 2020. Disponivel em: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extraprecautions/evidence-table.html CEPI. https://cepi.net/research_dev/our-portfolio.

CHANDRASHEKAR, A. et al. **SARS-CoV-2 infection protects against rechallenge in rhesus macaques**. Science, v. 369, n. 6505. p. 812–817, 14 Aug. 2020.

COLLINS, F. S.; STOFFELS, P. **Accelerating COVID-19 Therapeutic Interventions and Vaccines (ACTIV)**. JAMA, v. 323, n. 24, p. 2455, 23 Jun. 2020.

CORBETT, K. S. et al. **Evaluation of the mRNA-1273 Vaccine against SARS-CoV-2 in Nonhuman Primates**. New England Journal of Medicine, v. 383, n. 16, p. 1544–1555, 2020.

CORBETT, K. S. et al. **SARS-CoV-2 mRNA vaccine design enabled by prototype pathogen preparedness. Nature**, v. 586, n. 7830, p.567–571, 22 Oct. 2020.

CSL. **CSL to manufacture and supply University of Queensland and Oxford University vaccine candidates for Australia**. Disponivel em: https://www.csl.com/news/2020/20200907-csl-to-manufacture-and-supply-uq-andouvaccine-candidates-for-australia.

DOREMALEN, N. VAN et al. **ChAdOx1 nCoV-19 vaccine prevents SARS-CoV-2 pneumonias in rhesus macaques.** v. 586, n. 7830, p. 578–582, 22 Oct. 2020. Disponivel em: https://www.nature.com/articles/s41586-020-2608-y

DOWD, Jennifer Beam et al**. Demographic science aids in understanding the spread and fatality rates of COVID-19**. Proceedings of the National Academy of Sciences, v. 117, n. 18, p. 9696-9698, 2020. Disponivel em**:** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32064853/

FANG, Xiaoyu et al. **Epidemiological, comorbidity factors with severity and prognosis of COVID-19: a systematic review and meta-analysis**. Aging (Albany NY), v.12, n. 13, p. 12493, 2020. Disponivel em: https://www.agingus.com/article/103579.

FERGUSON NM, Laydon D, Nedjati-gilani G, Imai N, Ainslie K, Baguelin M, et al. **Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID- 19mortality and healthcare demand. 2020**. Disponivel em: https://standpunkt.jetzt/wpcontent/uploads/2020/07/COVID19-Report-9-Imperial-College.pdf.

FIGLIOZZI, Stefano et al. **Predictors of adverse prognosis in COVID-19: A systematic review and meta-analysis. European journal of clinical investigation**, p. 13362, 2020. Disponivel em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eci.13362

GAMALEYA RESEARCH INSTITUTE OF EPIDEMIOLOGY AND MICROBIOLOGY; HEALTH MINISTRY OF THE RUSSIAN FEDERATION. NCT04587219 - **The Study of "Gam-COVID-Vac" Vaccine Against COVID-19 With the Participation of Volunteers of 60 y.o and Older**.

GAMALEYA RESEARCH INSTITUTE OF EPIDEMIOLOGY AND MICROBIOLOGY; HEALTH MINISTRY OF THE RUSSIAN FEDERATION. NCT04564716 - Clinical Trial of Efficacy, Safety, and Immunogenicity of Gam-COVID-Vac Vaccine Against COVID-19 in Belarus. ClinicalTrials.gov, 2020. GAO, Q. et al. **Development of an inactivated vaccine candidate for SARS-CoV-2.**

**Science**, v. 369, n. 6499, p. 77–81, 3 Jul. 2020. GAVI THE VACCINE ALLIANCE. **Respondendo ao COVID-19**. Disponivel em: https://www.gavi.org/covid19.

GOLD, Morgan Spencer et al. **COVID-19 and comorbidities: a systematic review and meta-analysis**. Postgraduate. Medicine, p. 1-7, 2020. Disponivel em: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00325481.2020.1786964

GOVERNO DO BRASIL. **Brasil anuncia acordo para produção de vacina contra Covid-19**. Disponivel em: https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilanciasanitaria/2020/06/brasil-entra-em-parceria-para-producao-de-vacina-contra-covid-19.

GRAHAM, S. P. et al. **Evaluation of the immunogenicity of prime-boost vaccination with the replication-deficient viral vectored COVID-19 vaccine**

**candidate ChAdOx1 nCoV-19**. npj Vaccines, v. 5, n. 1, p. 69, 27 Dec. 2020.

GUAN W, Liang W, Zhao Y, Liang H, Chen Z, Li Y, et al. **Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: a nationwide analysis** .2020. Acesso em: http://erj.ersjournals.com/lookup/doi/10.1183/13993003.00547-2020

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatistica. **População estimada em 2020**. Disponivel em: https://www.ibge.gov.br/

JOHNSON & JOHNSON. **Johnson & Johnson Announces Acceleration of its COVID-19 Vaccine Candidate; Phase 1/2a Clinical Trial to Begin in Second Half of July**. Disponivel em: https://www.jnj.com/johnson-johnson-announcesacceleration-ofits-covid-19-vaccine-candidate-phase-1-2a-clinical-trial-to-begin-in-second-half-ofjuly.

KEECH, C. et al. **Phase 1–2 Trial of a SARS-CoV-2 Recombinant Spike Protein Nanoparticle Vaccine**. New England Journal of Medicine, p. 1–13, 2 Sep. 2020.

Kissler SM, Tedijanto C, Goldstein E, Grad YH, Lipsitch M. **Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the post pandemic period**. Science (80) May. 2020. Disponivel em: https://www.sciencemag.org/lookup/doi/10.1126/science.abb5793.

LEE, W. S. et al. **Antibody-dependent enhancement and SARS-CoV-2 vaccines and therapies**. Nature Microbiology, v. 5, n. 10, p. 1185–1191, 9 Oct. 2020.

LIN, Q. et al. **Duration of serum neutralizing antibodies for SARS-CoV-2: Lessons from SARS-CoV infection**. Journal of Microbiology, Immunology and Infection, v. 53, n. 5, p. 821–822, Oct. 2020.

LONDON SCHOOL OF HYGIENE & TROPICAL MEDICINE. **COVID-19 vaccine tracker.** Disponivel em: https://vac-lshtm.shinyapps.io/ncov_vaccine_landscape/

MERCADO, N. B. et al. **Single-shot Ad26 vaccine protects against SARS-CoV-2 in rhesus macaques**. Nature, v. 586, n. 7830, p. 583–588, 22 Oct. 2020. MODERNA INC. **Moderna's Work on a COVID-19 Vaccine Candidate**. Disponivel em: https://www.modernatx.com/modernaswork-potential-vaccine-against-covid-19.

MODERNATX, I. **Safety, Reactogenicity, and Immunogenicity of mRNA-1653 in Healthy Adults**. NCT03392389. ClinicalTrials.gov, 2020.

MULLIGAN, M. J. et al. **Phase I/II study of COVID-19 RNA vaccine BNT162b1 in adults**. Nature, v. 586, n. 7830, p. 589–593, 22 Oct. 2020.

NOVAVAX INC. **Novavax Announces Positive Phase 1 Data for Its COVID-19 Vaccine Candidate**. Disponivel em: https://ir.novavax.com/news-releases/newsrelease-details/novavax-announces-positive-phase-1-data-its-covid-19-vaccine.

NOVAVAX. **Clinical Stage Pipeline – Novavax – Creating Tomorrow's Vaccines Today.** Disponivel em: https://novavax.com/our-pipeline#nvx-cov2373.

NOVEL, Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology et al. **The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China**. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi, v. 41, n. 2, p. 145, 2020. Disponivel em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32064853/ 29.

NPO PETROVAX; CANSINO BIOLOGICS INC. NCT04540419. **Clinical Trial of Recombinant Novel Coronavirus Vaccine (Adenovirus Type 5 Vector) Against COVID-19.** Disponivel em**:** https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04540419

ORGANIZACAO PAN-AMERICANA DA SAUDE. **Modelo de valores do SAGE OMS para alocação e priorização de vacinação contra a COVID-19**. Grupo Consultivo Estrategico de Especialistas em Imunizacao. OPAS-W/BRA/PHE/COVID-19/20-116. Organizacao Mundial da Saude. Orientacoes para o planejamento da introducao da vacina contra a COVID-19. OPAS, Versao 1: 10, 2020.

PAIS, EL. **Argentina e México produzirão vacina de Oxford para a América Latina. Brasil já tem acordo próprio**. Disponivel em: https://brasil.elpais.com/internacional/2020-08-13/argentina-e-mexico-produziraovacina-deoxford-para-a-america-latina-brasil-ja-tem-acordo-proprio.html.

PATI, R.; SHEVTSOV, M. SONAWANE, A. **Nanoparticle Vaccines Against Infectious Diseases**. Frontiers in Immunology, v. 9, 4 Oct. 2018.

ROCKX, B. et al. **Comparative pathogenesis of COVID-19, MERS, and SARS in a nonhuman primate model**. Science, v. 368, n. 6494, p. 1012–1015, 29 May 2020.

S. KOCHHAR, D.A. Salmon. **Planning for COVID-19 vaccines safety surveillance**. v. 38, 2020. Disponivel em: https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.07.013

SADOFF, J. et al. **Safety and immunogenicity of the Ad26.COV2.S COVID-19 vaccine candidate: interim results of a phase 1/2a, double-blind, randomized, placebo-controlled trial**. medRxiv, p. 2020.09.23.20199604, 2020.

SAHIN, U. et al. **Concurrent human antibody andTH1 type T-cell responses elicited by a COVID-19 RNA vaccine**. medRxiv, p. 2020.07.17.20140533, 2020.

SCHALKE, T. et al. **Developing mRNA-vaccine technologies**. RNA Biology, v. 9, n. 11, p. 1319–1330, 27 Nov. 2012.

SHAN, C. et al. **Infection with novel coronavirus (SARS-CoV-2) causes pneumonia in Rhesus macaques**. Cell Research, v. 30, n. 8, p. 670–677, 2020.

SIMONNET A, Chetboun M, Poissy J, Raverdy V, Noulette J, Duhamel A, et al. **High Prevalence of Obesity in Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) Requiring Invasive Mechanical Ventilation**. Obesity, oby.22831. 09

Apr 2020. Disponivel em: http://doi.wiley.com/10.1002/oby.22831.

SINGH, K.; MEHTA, S. **The clinical development process for a novel preventive vaccine: An overview**. Journal of Postgraduate Medicine, v. 62, n. 1, p. 4, 2016.

SUL, O. **Empresa farmacêutica faz acordo para produção da vacina da Universidade de Oxford na China**. Disponivel em: https://www.osul.com.br/empresafarmaceutica-faz-acordo-para-producao-da-vacina-da-universidade-de-oxford-nachina/

TOSTANOSKI, L. H. et al. **Ad26 vaccine protects against SARS-CoV-2 severe clinical disease in hamsters**. Nature Medicine, v. 26, n. 11, p. 1694–1700, 3 Nov. 2020.

VACCINE AND IMMUNIZATION DEVICES ASSESSMENT TEAM et al. **CONSIDERATIONS FOR EVALUATION OF COVID19 VACCINES FOR WHO EUL**, v. v24092020, 2020.

WALSH, E. E. et al. **RNA-Based COVID-19 Vaccine BNT162b2 Selected for a Pivotal Efficacy Study**. medRxiv, p. 0.1101/2020.08.17.20176651, 2020.

WALSH, E. E. et al. **Safety and Immunogenicity of Two RNA-Based Covid-19 Vaccine Candidates**. New England Journal of Medicine, p. NEJMoa2027906, 14 Oct. 2020.

WANG, H. et al. **Development of an Inactivated Vaccine Candidate, BIBP-CorV, with Potent Protection against SARS-CoV-2**. Cell, v. 182, n. 3, p. 713- 721, 9, Aug. 2020.

WHO. **Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard**. Disponivel em: https://covid19.who.int/. Acesso em: 26 de novembro de 2020.

WHO. **COVID-19 Vaccines: Safety Surveillance Manual**. Module: Establishing active surveillance systems for adverse events of special interest during COVID-19 vaccine. Disponivel em: https://www.who.int/vaccine_safety/committee/Module_AESI.pdf?ua=1

WHO. **COVID-19 Vaccines: Safety Surveillance Manual**. Module: Responding to adverse events following COVID-19 immunization (AEFIs). Disponivel em: https://www.who.int/vaccine_safety/committee/Module_AEFI.pdf?ua=1

WHO. **Global Advisory Committee on Vaccine Safety**, 27-28 May 2020. Disponivel em:https://docs.google.com/spreadsheets/d/1eQf2TXXPi4Y3U1zFSo2j0pyp73gagdJx4p-VMy_qXCk/edit#gid=0

WOLFEL, R. et al. **Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019**. Nature, v. 581, n. 7809, p. 465–469, 1 May 2020.

WHO. **DRAFT landscape of COVID-19 candidate vaccines**. 2 October 2020. Disponivel em https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-Covid-19-candidate-vaccines. Acesso em: 12 de nov. 2020.

**APÊNDICE I -** Informações necessárias para construção de indicadores para monitoramento

| Dados necessários | |
|---|---|
| Internações hospitalares SRAG* | Por habitante intramunicipal.<br>Por setor censitário ou outra forma de agregação. |
| Mortalidade por grupos de causas* | N° óbito SRAG, por causas, por municípios. |
| População-alvo a ser vacinada | N° pessoas por grupo-alvo, por tipo, por instância de gestão. |
| Casos confirmados | N° Casos confirmados por faixa etária e por município. |
| Capacidade de armazenamento das vacinas nas instâncias de gestão | Capacidade de armazenamento. |
| Necessidade de vacinas | N° de doses de vacinas. |
| Necessidade de seringas | N° de doses de vacinas, por tipo, disponíveis. |
| RH necessários (capacitados e disponíveis) | N° RH capacitado por município. |
| Salas de vacina | N° sala de vacinação existente por município. |
| Equipes fixas e móveis (vacinação intra e extramuros) | N° de equipes fixas e móveis existente por município |
| Vigilância de Eventos Adversos pós vacinação | N° de pessoas existentes e capacitadas por instância.<br>N° de serviços de referência para entendimento por instância. |
| Sala de vacina com equipamentos de informática (Computadores) disponíveis | N° de sala de vacinação com equipamento de informática (computadores) por município. |
| Estudos de efetividade planejados | Nº estudos de efetividades planejados. |

**Fonte**: CGPNI/DEVIT/SVS/MS.

**APÊNDICE II –** Indicadores de intervenção

| | Indicadores |
|---|---|
| Recurso financeiros | Recursos orçamentário e financeiro repassados para estados e municípios. |
| Cobertura Vacinal | Cobertura vacinal por instâncias de gestão e grupos prioritários. |
| Doses aplicadas por tipo de vacina | N° doses aplicadas (tipo de vacina/ grupo-alvo / faixa etária; por fases da vacinação.<br>Por natureza do serviço (Público / Privado).<br>Por município. |
| Monitoramento do avanço da campanha por fases/etapas | Metas estabelecidas de alcance da vacinação por período/fases da campanha. |
| Doses perdidas | Perdas técnicas e físicas por instância de gestão. |
| Estoque de vacina | N° de doses disponíveis por instância de gestão. |
| Taxa de abandono de vacinas | N° de primeiras e de segunda doses por instância de gestão. |
| Notificação de EAPV | N° casos EA PV.<br>Pop-alvo.<br>Por faixa etária.<br>Critério de gravidade - Investigado/encerrado com decisão de nexo causal por instância de gestão. |
| Boletins informativos | N° boletins informativos produzidos e publicados. |

**Fonte**: CGPNI/DEVIT/SVS/MS.

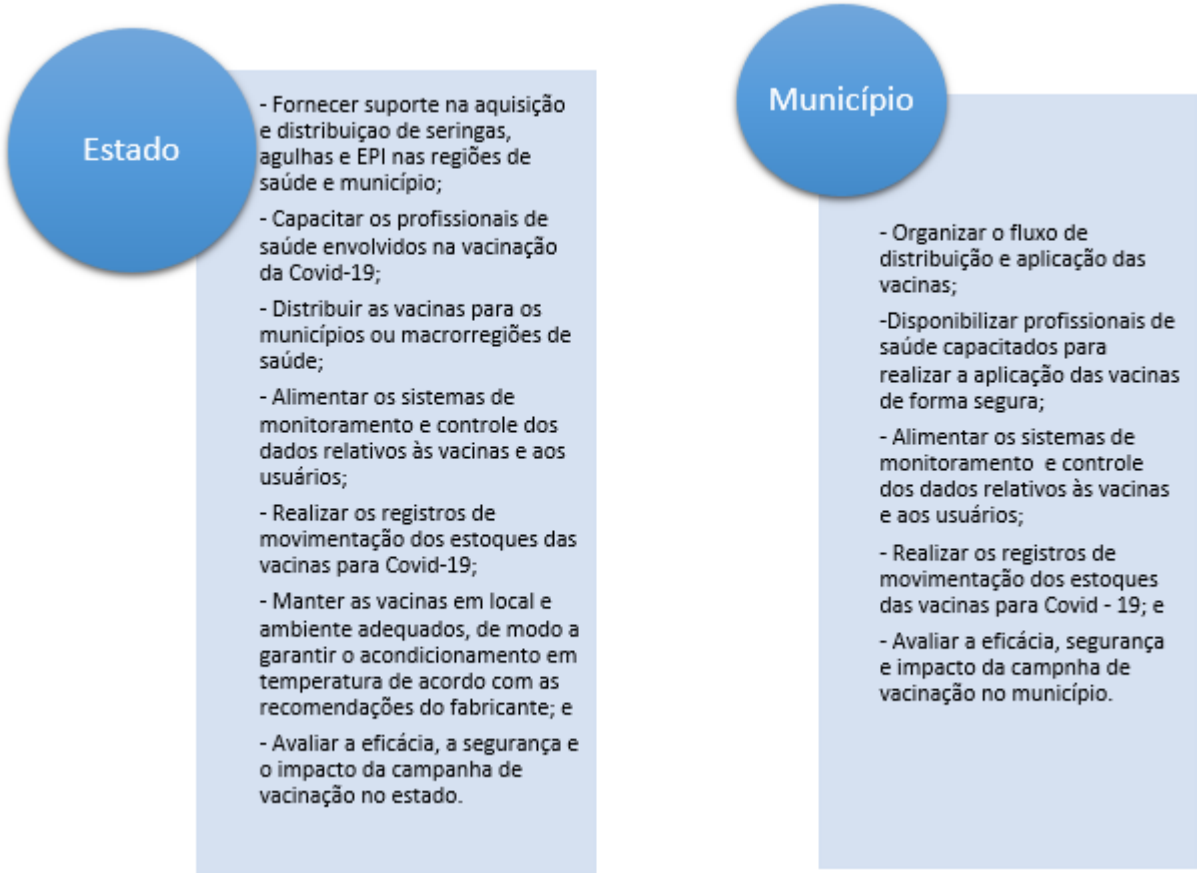
## APÊNDICE III – COMPETÊNCIAS DOS ENTES FEDERATIVOS

### Ministério da Saúde

- Realizar a aquisição das vacinas para o enfrentamento da Covid-19;
- Disponibilizar aos demais entes federados seringas e agulhas e fornecer suporte na aquisição de EPI;
- Apoiar na capacitação dos profissionais de saúde do SUS;
- Programar o quantitativo de vacinas e insumos a serem distribuídos a cada UF;
- Realizar o transporte das vacinas e insumos até o estado;
- Promover a atenção primária à saúde da população indígena sob responsabilidade dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), considerando ainda as especificades da ADPF nº 709;*
- Disponibilizar os sistemas para monitoramento de estoque, rastreamento das vacinas e acompanhamento dos eventos adversos; e
- Disponibilizar, por meio de painel, dados de distribuição por habitante, tipo de vacina, dose, graficos de dados gerais do Brasil e dados dos municípios.

### Ministério da Defesa

- Apoio complementar às ações de logística, de segurança e de comando e controle, após esgotados os meios dos estados e municípios;




**Observação:**

- as competências descritas não excluem outras adicionais e concomitantes entre estados, municípios e o ente federal.

- todas as ações devem considerar os grupos prioritários de cada fase.

***Competências da Secretaria Especial de Saúde Indígena (MS/SESAI):**

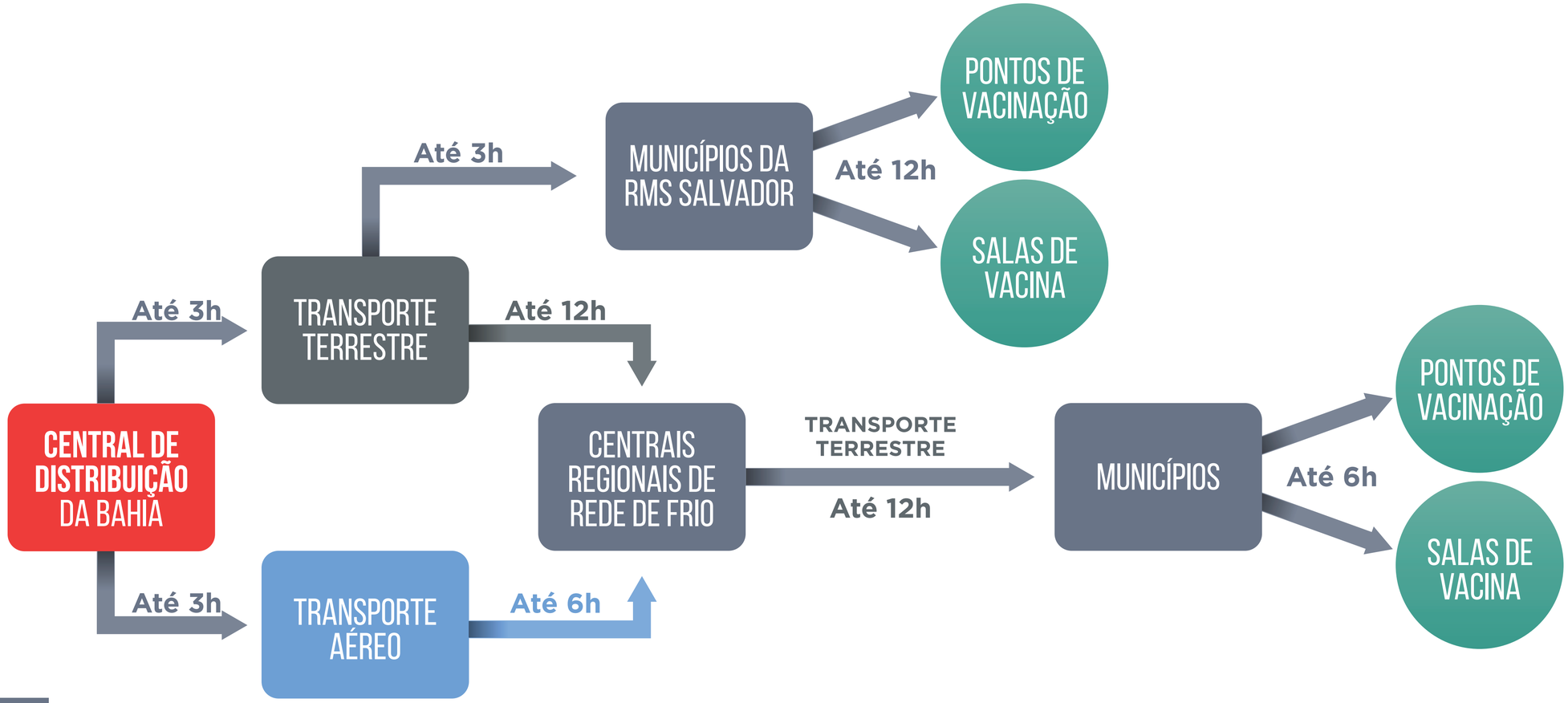
A população estimada para vacinação como grupo prioritário considera a população indígena dentro dos critérios deste plano e a legislação vigente do escopo de atuação da SESAI, incluindo-se ainda as especificidades previstas na medida cautelar da Arguição por Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 709

SUS

GOVERNO DO ESTADO | SECRETARIA DA SAÚDE



# FLUXOGRAMA DE DISTRIBUIÇÃO DE VACINAS NO ESTADO DA BAHIA

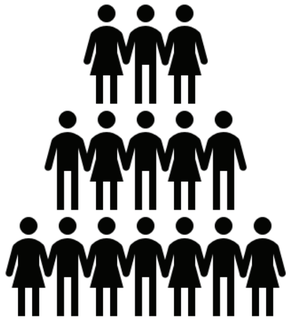



**Observações :**

1. Considerar tempo de até 3 horas para conferencia e liberação de carga/vacinas na Central de Distribuição da Bahia
2. Considerar transporte aereo realizado no periodo diurno para cargas que chegarem até as 12:00 (Meio dia)
3. Rota terreste poderá ser realizada durante o dia ou a noite, com escolta.
4. Recomenda-se aos municipios que realizem a entrega em até 12 horas em suas salas de vacina e pontos de vacinação.

| Grupos Prioritários | População Estimada | Quantitativo de vacinas e seringas, considerando esquema de duas doses |
|---|---|---|
| **Fase 1** | | |
| Trabalhadores de Saúde | 374.368 | 748.736 |
| Idosos ≥ 75 anos | 555.753 | 1.111.506 |
| Idosos ILPI (≥ 60 anos) | 9.788 | 19.576 |
| Indígenas | 22.669 | 45.338 |
| Povos e Comunidades Tradicionais e Ribeirinhas* | 828.860 | 1.657.720 |
| **Total** | **1.791.438** | **3.582.876** |
| **Fase 2** | | |
| Idosos 60 a 74 anos | 1.426.043 | 2.852.086 |
| **Total** | **1.426.043** | **2.852.086** |
| **Fase 3** | | |
| Comorbidades (risco maior de agravamento) | 952.507 | 1.905.014 |
| **Total** | **952.507** | **1.905.014** |
| **Fase 4** | | |
| Pessoas em situação de rua | 2.556 | 5.112 |
| Forças de Segurança e Salvamento* | 42.867 | 85.734 |
| Trabalhadores da Educação | 211.781 | 423.562 |
| Pessoas com deficiência institucionalizadas | 285 | 570 |
| Pessoas com deficiência permanente severa | 605.330 | 1.210.660 |
| Caminhoneiros* | 15.117 | 30.234 |
| Trabalhadores Transporte Coletivo Rodoviário e Metroferroviário de passageiros | 9.292 | 18.584 |
| Trabalhadores de Transporte Aéreo | 717 | 1.434 |
| Trabalhadores Portuários* | 2.295 | 4.590 |
| População Privada de Liberdade | 14.380 | 28.760 |
| Funcionário do Sistema de Privação de Liberdade* | 5.393 | 10.786 |
| **Total** | **874.634** | **1.749.268** |
| **Total das 4 fases** | **5.080.001** | **10.160.002** |

# LOGÍSTICA



**5 milhões**
de pessoas
vacinadas

**50.000**
profissionais
de saúde

**10.000.000**
de seringas

**10.000.000**
doses de vacinas

**5.000**
postos volantes

**234**
câmaras frias
Rede Estadual

**31**
centrais de
armazenamento

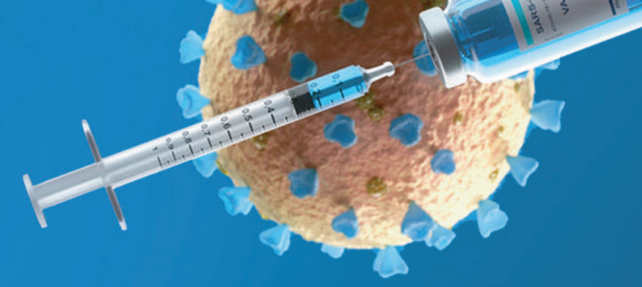
**5.112**
postos fixos

**3**
caminhões
refrigerados

Transporte
Aéreo sob
demanda

**240**
(furgões,
caminhonetes
e outros)

SUS GOVERNO DO ESTADO | SECRETARIA DA SAÚDE



# LOGÍSTICA
# VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO ESTADO DA BAHIA

| | CENÁRIO 1 OXFORD | CENÁRIO 2 CORONAVAC | CENÁRIO 3 OXFORD+CORONAVAC |
|---|---|---|---|
| | DISTRIBUIÇÃO DE DOSES PELO MS: IDOSOS ILPI (>60 ANOS), INDÍGENAS (ALDEADOS) E TRABALHADORES DE SAÚDE | DISTRIBUIÇÃO DE DOSES PELO MS: IDOSOS ILPI (>60 ANOS), INDÍGENAS (ALDEADOS) E TRABALHADORES DE SAÚDE | DISTRIBUIÇÃO DE DOSES PELO MS: IDOSOS ILPI (>60 ANOS), INDÍGENAS (ALDEADOS) E TRABALHADORES DE SAÚDE |
|  | 70 MIL | 209 MIL | 279 MIL |
|  | 70 MIL | 213 MIL | 284 MIL |
| TOTAL | 140 MIL | 422 MIL | 563 MIL |

TERRESTRE: **RMS, SALVADOR, FEIRA DE SANTANA, ALAGOINHAS, STO. ANTÔNIO DE JESUS, SERRINHA, MUNDO NOVO, ITABERABA, AMARGOSA E CRUZ DAS ALMAS**

AEREA: **GANDU, ILHEUS, ITABUNA, EUNÁPOLIS, TEIXEIRA DE FREITAS, PAULO AFONSO, CÍCERO DANTAS, JEQUIÉ, ITAPETINGA, JUAZEIRO, JACOBINA, BRUMADO, VITÓRIA DA CONQUISTA, IRECÊ, IBOTIRAMA, BOQUIRA, CAETITÉ, BARREIRAS, SANTA MARIA DA VITÓRIA, SEABRA, SENHOR DO BONFIM E GUANAMBI**

SUS

GOVERNO DO ESTADO | SECRETARIA DA SAÚDE

# Plano de Testagem de Trabalhadores para COVID-19 durante a retomada de atividades cotidianas e da economia

SUS

GOVERNO DO ESTADO | SECRETARIA DA SAÚDE

**SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**

# *PLANO DE TESTAGEM DE TRABALHADORES PARA COVID-19 DURANTE A RETOMADA DE ATIVIDADES COTIDIANAS E DA ECONOMIA*

**1ª Edição**

Governador do Estado da Bahia
Rui Costa

Secretário de Estado da Saúde da Bahia
Fabio Vilas-Boas Pinto

Subsecretária de Saúde
Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho

Superintendência de proteção e Vigilância da Saúde
Rívia Mary Barros

Superintendência de Assistência Integral à Saúde
Jassicon Queiroz dos Santos

Superintendência de Gestão dos Sistemas Regulação da Atenção à Saúde
Jerusa Marins Paes Coelho

Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Márcia São Pedro Leal Souza

Diretoria do Laboratório Central Gonçalo Moniz
Arabela Leal e Silva de Mello

Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental
Sandra Helena Pellegrino Marques

Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador
Letícia Coelho da Costa Nobre

Diretoria de Atenção Especializada
Maria Alcina Romero Boullosa

Diretoria Geral da Gestão das Unidades Própria
Igor Lobão Ferraz Ribeiro

Diretoria de Regulação da Assistência à Saúde
Rita de Cássia Silva Santos

Assessoria de Comunicação Social
Pablo Vinícius Silva Barbosa

Sala de Situação do Comitê Operacional de Emergência para COVID-19
Izabel Oliva Marcilio de Souza

**Comissão Técnica de Elaboração:**

Documento elaborado por:
Adryanna Cardim de Almeida
Cláudia Lemos Vieira Lima
Guilherme de Sousa Ribeiro
Imeide Pinheiro dos Santos
Isleide Carmem Silva Costa
Ita de Cácia Aguiar Cunha
Izabel Oliva Marcilio de Souza
Milene BaqueiroWasconcellos
Ricardo de Gouvêa Costa
Patrícia Alessandra de Almeida
Priscila Soares Macedo
Rejane Andrade Cardoso

**Equipe de Revisão**

Claudia Moura
Maíra Costa Santiago

## INTRODUÇÃO

A infecção pelo SARS-CoV-2 ocorre por meio de gotículas contendo o vírus, eliminadas por uma pessoa infectada ao tossir, espirrar ou falar, bem como com o contato com superfícies no ambiente contaminadas por tais gotículas. Sabe-se também que quanto maior o tempo de exposição e menor o distanciamento entre suscetíveis e pessoas com Covid-19, maior a probabilidade de infecção. Portanto, é fundamental para bloquear a cadeia de transmissão da Covid-19 que as pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2 sejam identificadas precocemente e isoladas de indivíduos suscetíveis. Assim, **esse documento visa orientar os gestores quanto à necessidade de testagem dos trabalhadores sintomáticos, como estratégia de detecção precoce, para que as medidas de isolamento sejam efetivas.** Vale salientar que pessoas com infecção assintomática também podem servir como fonte de transmissão do vírus, por isso, também recomendamos a testagem de uma amostra de trabalhadores assintomáticos, sobretudo aqueles que tiveram contato com pessoas infectadas, de modo a ampliar a capacidade de detecção e isolamento de pessoas infectadas.

Além disso, as medidas preventivas e de controle, como hábitos de higiene pessoal e coletiva, uso de equipamentos de proteção individual (EPI), e adequação da organização dos processos e ambientes de trabalho, contribuem para diminuir a transmissão da doença e devem ser estimulados.

## PLANO DE TESTAGEM

O plano de testagem de trabalhadores abrange três grupos:

a. Testar sistematicamente, através de biologia molecular (RT-PCR), todo trabalhador sintomático, conforme Anexo I;

b. Testar, através de biologia molecular (RT-PCR), os trabalhadores que tiveram contato direto com outros trabalhadores com diagnóstico de Covid-19 por RT-PCR;

c. No momento da retomada, testar, através de biologia molecular (RT-PCR), uma amostra de 20% dos trabalhadores, mesmo que assintomáticos, selecionados preferencialmente entre aqueles com maior contato/interlocução com outras pessoas.

d. A cada 21 dias, testar, através de biologia molecular (RT-PCR), uma amostra de 20% dos trabalhadores, mesmo que assintomáticos, selecionados preferencialmente entre aqueles que atuam em setores com a ocorrência de casos sintomáticos ou trabalhadores que apresentam maior contato/interlocução com outras pessoas, alternando os grupos de trabalhadores até completar o ciclo.

OBSERVAÇÃO: Trabalhadores com confirmação prévia do diagnóstico de Covid-19, não devem ser incluídos na amostra de assintomáticos a ser testada. Como contato direto, considera-se a situação de convivência na mesma área de trabalho ou pessoas que residam no mesmo endereço.

Todo o processo de testagem por amostragem deverá ser desenvolvido enquanto durar a pandemia, considerando as orientações das autoridades sanitárias.

**Durante a triagem de trabalhadores para detecção de sintomáticos, recomendamos o uso de** autodeclaração (modelo de questionário no Anexo I) respondido **DIARIAMENTE** por todos os funcionários antes de acessar o local de trabalho, com o objetivo de identificar casos suspeitos de COVID-19. Essa ação permitirá o encaminhamento precoce aos serviços de saúde e a adoção de medidas de isolamento, evitando a transmissão no ambiente de trabalho e domicílio.

Os seguintes sinais e sintomas serão usados para identificação dos sintomáticos: presença de febre, tosse, coriza, dor de garganta, dispnéia, perda de olfato, perda de paladar, diarréia associada à dor abdominal, ou conjuntivite. Além destes, outros sintomas, mesmo que não característicos, também podem indicar infecção, e devem ser valorizados.

Os profissionais identificados como casos suspeitos deverão ser encaminhados ao Sistema de Saúde para orientações sobre conduta e avaliação e manter-se em isolamento domiciliar até o resultado do teste que elimine ou confirme a suspeita de infecção. O afastamento de um **trabalhador sintomático com o RT-PCR positivo** (ou eventualmente um teste sorológico positivo, como o teste rápido) deve ser de 14 dias, a contar do início dos sintomas e o retorno só deve ocorrer após pelo menos 72h do fim dos sintomas. No caso de um **trabalhador assintomático** apresentar um teste sorológico positivo, como o teste rápido, ele deve permanecer em isolamento por sete dias. (verificar Notas Técnicas do COE nº 67 e 68) (Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/coronavirus/notas-tecnicas-e-boletins-epidemiologicos-covid-19/).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia de aplicação de testes laboratoriais para fins de investigação epidemiológica e monitoramento de risco de propagação do SARS-CoV-2 no Estado da Bahia deverá cumprir as orientações do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

Para diagnóstico da Covid-19 poderão ser utilizados testes laboratoriais previamente aprovados pela ANVISA.
As pessoas jurídicas de direito privado que realizem a testagem de todos os seus empregados e corpo diretivo, bem como dos terceirizados devem apresentar profissionais capacitados e devidamente habilitados pelos seus respectivos Conselhos de Classe, estrutura física, insumos e equipamentos compatíveis com a atividade e, descrição do fluxo de destinação adequada dos resíduos gerados, considerando a RDC nº 222, de 28 de março de 2018/ANVISA.

Os resultados dos testes realizados sejam positivo, negativo ou inconclusivo, devem ser obrigatoriamente informados ao indivíduo a que se referir, por telefone, e-mail ou presencialmente, a critério do interessado. A Vigilância Epidemiológica também deverá ser comunicada mediante notificação no Sistema e-SUS-VE.

## REFERÊNCIAS

1. SÃO PAULO. Protocolo de testagem Covid-19 do Estado de São Paulo, 2020. Disponível em: https://www.saopaulo.sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/protocolo-de-testagem-covid-19-v02.pdf

2. BAHIA. Nota Técnica COE Saúde nº 68 -31/05/2020 – Orientações sobre o período de isolamento para indivíduos com teste sorológico (teste rápido) positivo para Covid-19. Bahia, 2020. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/NT-n%C2%BA-68-Orienta%C3%A7%C3%B5es-sobre-o-per%C3%ADodo-de-isolamento-para-indiv%C3%ADduos-com-teste-sorol%C3%B3gico-teste-r%C3%A1pido-positivo-para-Covid-19.pdf

3. Nota Técnica COE Saúde nº 67 – 31/05/2020 (atualizada em 10/06/2020) – Recomendações sobre descontinuação de precauções de isolamento de pacientes suspeitos ou com confirmação laboratorial do diagnóstico de Covid-19. Bahia, 2020. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/NT_n_67___Recomendacoes_Interrupcao_de_Medidas_de_Precaucao_Atualizada_em_10.06.2020.pdf

4. Nota Técnica COE Saúde nº 54 – 08/04/2020 (atualizada em 04/06/2020) – Orientações sobre notificação de caso suspeito de doença pelo coronavírus e cadastro de usuários nos sistemas de informação SIVEP GRIPE e E-SUS VE. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/NT_n_54___Orientacoes_sobre_criterios_de_confirmacao_do_COVID_19___Atualizada_em_04.06.2020.pdf

5. Nota Técnica COE Saúde nº 53 – 06/04/2020 (com revisão) – Orientações Gerais para Gestores, Empregadores e Trabalhadores e Trabalhadoras no Enfrentamento da Pandemia da Covid-19 (infecção pelo SARS-CoV-2) no estado da Bahia. Bahia, 2020. Disponível: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/NT-n%C2%BA-53-de-06.04.2020-Orientacoes-Gerais-Trabalhadores-no-enfrentamento-a-pandemia-ATUALIZADA-EM-27-DE-ABRIL-DE-2020.pdf

6. ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada nº 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3427425/RDC_222_2018_.pdf/c5d3081d-b331-4626-8448-c9aa426ec410

## ANEXO I –TERMO DE AUTO DECLARAÇÃO

Em caso de resposta positiva para as perguntas 1 ou 2, o trabalhador deve ser considerado como um caso suspeito de Covid-19. Nesse caso, ele não deve permanecer no trabalho. Deve ser testado por RT-PCR e o isolamento domiciliar deve ser adotado.

**Nome do funcionário**

**CPF:**

**Data:**

1. Você teve contato próximo com alguma pessoa testada positiva para COVID-19 nos últimos 14 dias? ( ) Sim ( ) Não

2. Você apresentou algum dos seguintes sintomas nas últimas 24 horas?

a. Febre ( ) Sim ( ) Não

b. Coriza ( ) Sim ( ) Não

c. Calafrios ( ) Sim ( ) Não

d. Dispnéia ( ) Sim ( ) Não

e. Tosse ( ) Sim ( ) Não

f. Dor de garganta ( ) Sim ( ) Não

g. Dor de cabeça ( ) Sim ( ) Não

h. Conjuntivite ( ) Sim ( ) Não

i. Perda de olfato ( ) Sim ( ) Não

j. Perda de paladar ( ) Sim ( ) Não

k. Diarréia associada à dor abdominal ( ) Sim ( ) Não

l. Outros sintomas. Descrever: _____

m. Data do início dos sintomas __/___/___

_____

Assinatura do funcionário

# Plano Estadual de Manejo de Óbitos durante pandemia da COVID-19

SUS

GOVERNO DO ESTADO | SECRETARIA DA SAÚDE

**SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**

# *Plano Estadual de Manejo de Óbitos durante pandemia da COVID-19*

**1ª Edição**

**Governador do Estado da Bahia**
Rui Costa

**Secretário de Estado da Saúde da Bahia**
Fabio Vilas-Boas Pinto

**Subsecretária de Saúde Tereza**
Cristina Paim Xavier Carvalho

**Superintendência de proteção e Vigilância da Saúde**
Rívia Mary Barros

**Superintendência de Assistência Integral à Saúde**
Jassicon Queiroz dos Santos

**Superintendência de Gestão dos Sistemas Regulação da Atenção à Saúde**
Jerusa Marins Paes Coelho

**Superintendência de Recursos Humanos**
Janaína Peralta de Souza

**Diretora do Serviço de Verificação de Óbito**
Márcia de Paulo Costa Mazzei

**Diretoria de Vigilância Epidemiológica**
Márcia São Pedro Leal Souza

**Diretoria do Laboratório Central Gonçalo Moniz**
Arabela Leal e Silva de Mello

**Diretoria de Vigilância Sanitária e em Saúde Ambiental**
Sandra Marques

**Diretoria de Atenção Especializada**
Maria Alcina Romero Boullosa

**Diretoria Geral da Gestão das Unidades Própria**
Igor Lobão

**Assessoria de Comunicação Social**
Pablo Vinícius Silva Barbosa

**Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS**
Stela Souza

**Comissão Técnica de Elaboração**

Adryanna Cardim de Almeida

Ana Cláudia de Oliveira Pimenta

Ana Luisa Mota Itaparica

Guilherme Ribeiro

Imeide Pinheiro dos Santos

Isleide Carmem Silva Costa

Ita de Cácia Aguiar Cunha

Letícia Coelho da Costa Nobre

Márcia de Paulo Costa Mazzei

Milene Baqueiro Wasconcellos

Ricardo de Gouvêa Costa

Verônica de Souza Araújo

**Colaborador**

COSEMS

**Equipe de Revisão**

Cláudia Maria de Souza Moura

Manuela Nascimento Ferreira

## SUMÁRIO

Apresentação.....6

Situação e Cenário de Risco.....7

Objetivos.....8

Objetivo Geral.....8

Objetivos Específicos.....8

Ações por Nível de Resposta.....9

Período de Alerta.....10

Perigo Iminente .....11

Emergência em Saúde Pública .....12

Monitoramento.....13

Indicadores de Monitoramento.....13

Referências.....14

Anexos

Anexo I – Protocolos para Manejo do Corpo

Anexo II – Fluxos de Emissão da Declaração do Óbito

Anexo III – Portaria Conjunta CNJ/MS Nº 2, de 28 de abril e 2020

Anexo IV– Portaria Conjunta CGJ/CCI Nº 09/2020-GSEC

Anexo V – Portaria 168 de 30/04/2020, que trata de Traslado Intermunicipal

Anexo VI- Análise dos dados por Região de Saúde

Anexo VII- Unidades de Referência Covid19

Anexo VIII- Tabela: Estratificação da capacidade instalada para manejo do óbito, por Núcleo Regional de Saúde

# APRESENTAÇÃO

A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) apresenta o Plano Estadual de Contingência para o Manejo de Óbitos por COVID-19. O presente documento foi elaborado pela Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA) com a participação do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS-BA). Tem como finalidade orientar gestores municipais, serviços de saúde, públicos ou privados, e serviços afins (funerárias, crematórios, cemitérios), para implementação de ações adequadas e oportunas frente à ocorrência de óbitos durante a pandemia do novo coronavírus. Nele constam fluxos, ações, orientações quanto ao manejo, preparação e destinação de corpos, bem como demais intervenções sanitárias necessárias.

Este documento foi elaborado com base em informações, orientações e normas de órgãos federais, estaduais, municipais, tais como ANVISA, Conselho Federal de Medicina, Sociedade Brasileira de Patologia, Organização Mundial de Saúde (OMS), Regulamento Sanitário Internacional, entre outros.

Considerando a dinâmica desta nova pandemia, a velocidade das mudanças observadas no cenário epidemiológico e freqüentes atualizações disponibilizadas pela OMS e Ministério da Saúde, este Plano estará sujeito a ajustes decorrentes da sua utilização prática.

## 1 SITUAÇÃO E CENÁRIO DE RISCO

Segundo o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), no seu artigo 6º, todos os países devem informar à Organização Mundial da Saúde (OMS) os eventos de saúde pública de maneira oportuna e precisa, bem como as medidas de saúde empregadas, as dificuldades confrontadas e o apoio necessário para responder a um evento de saúde pública. Essas informações auxiliarão no contexto da avaliação de risco dos países, na identificação do comportamento epidemiológico do vírus, bem como gravidade e medidas de controle do impacto da doença e o resultado das ações adotadas no controle da COVID-19.

Enquanto cenário de risco, o Brasil, até a data de 02/07/20, se apresenta como 2º país em número de casos, 2º em número de óbitos. Até a presente data a taxa de letalidade de 4,13% ( Painel Coronavírus/MS).

A Bahia, até o dia 2/07, apresentava 79.349 casos confirmados em 93% dos municípios e 1.947 óbitos, com taxa de letalidade de 2,45 % (Boletim Epidemiológico Covid19 nº 100/CIEVS/DIVEP/SUVISA/SESAB)

Com base nas estatísticas disponíveis para outros países e para outros estados do Brasil, calculou-se uma estimativa de crescimento no número de casos e nas taxas de letalidade aplicáveis para a Bahia. Essas estimativas devem considerar as diferenças entre as regiões e municípios do estado, relativas ao perfil populacional, perfil produtivo e econômico, vulnerabilidades sócio-ambientais, bem como aquelas relativas à capacidade instalada e acesso às ações e serviços de saúde.

A SESAB avalia que as estratégias de distanciamento social adotadas e implementadas no estado no estágio de transmissão comunitária contribuem para a relativa redução da velocidade de transmissão da doença e distribuição dos casos ao longo de maior período de tempo, ou seja, achatamento da curva epidêmica, evitando ou minimizando o colapso dos sistemas locais de saúde. Essas medidas permitem que os gestores tenham um tempo relativo para estruturação dos serviços de atenção à saúde possibilitando organização da rede assistencial para casos leves e graves de COVID-19, bem como o desenvolvimento de estratégias relacionadas à ocorrência de óbitos.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

Orientar ações e práticas na ocorrência de óbitos por causa natural, enquanto permanecer o estado de Emergência em Saúde Pública deflagrado pelo novo coronavírus.

### 2.2 Objetivos Específicos

Definir competências e responsabilidades legais e operacionais, entre as duas esferas de governo (municipal e estadual), na ocorrência de óbito durante a pandemia por COVID-19.

Identificar lacunas, por regional de saúde, a fim de propor estratégias de ampliação da capacidade atual dos serviços relacionados ao óbito.

Estabelecer protocolos quanto ao manejo dos corpos no período da Pandemia.

Estabelecer fluxos operacionais quanto aos óbitos por COVID-19 e demais causas naturais.

## 3 AÇÕES POR NÍVEL DE RESPOSTA

Emergências em saúde pública são eventos de grande repercussão que exigem uma ação imediata, independentemente de sua natureza, origem ou fonte. Podem ter importância internacional ou nacional, conforme o risco de propagação para outros países ou, internamente, para outros estados e municípios, impondo restrições ao comércio e/ou ao tráfego de pessoas. Incluem também eventos inusitados ou imprevistos com elevada morbidade e/ou mortalidade diferente da habitual.

As situações de emergência estão classificadas como: alerta, perigo iminente e emergência em Saúde Pública (ESP). Para identificar e classificar as ações por nível de resposta, foi realizado um diagnóstico da situação do manejo do óbito no Estado da Bahia durante a pandemia COVID-19, por meio da aplicação de um questionário elaborado com a ferramenta Google form (Anexo VIII). Esse questionário foi disponibilizado para os municípios com articulação do COSEMS, constando as seguintes perguntas:

- Número de cemitérios e a capacidade de sepultamento;
- Necessidade/possibilidade de ampliação dos cemitérios;
- Informações referentes ao quadro médico responsável pela emissão de declaração de óbitos (DO) de óbitos ocorridos em domicílio e instituições de moradia, em horário administrativo, finais de semana e feriados e;
- Medidas propostas.

Os municípios de referência previamente designados no Plano de Contingência Estadual (Anexo VII), para atendimento aos pacientes graves para COVID-19 tiveram suas respostas analisadas de forma distinta das demais, uma vez que poderão ter uma maior quantidade de óbitos por pacientes provenientes de outros municípios.

As análises iniciais foram realizadas a partir da resposta de 221 municípios, que corresponde a 52,99% dos municípios da Bahia. A partir desse levantamento desenhou-se a capacidade instalada por Região de Saúde (Anexo VI), traçou-se estratégia para enfrentamento da pandemia durante as fases de ALERTA, PERIGO IMINENTE e de EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA relacionada ao óbito.

É necessário considerar que cada ente referido nesse plano de ação precisa conhecer a sua situação particular e articular-se com os demais, para potencialização de sua capacidade, bem como ampliar a capacidade de resposta do Estado nas situações de emergência em saúde pública. Dessa forma, a partir do instrumento respondido pelos municípios detectou-se a necessidade e de acordo à realidade propor novas ações com finalidade de respostas no território.

Observando a gestão de cada esfera de governo e os níveis de resposta identificados na classificação de risco, foram elencadas diversas ações que devem ser executadas para responder à situação de Emergência. Importante também considerar que os níveis de respostas auxiliam a identificação das ações mais iminentes e relevantes na medida em que a ESP avança.

### 3.1 PERÍODO DE ALERTA

É quando o evento ainda está localizado, mas há ameaça identificada a partir de evento de saúde pública com potencial de se constituir em emergência, ou seja, ameaça epidemiológica e a esfera local não possui todos os recursos necessários para responder à situação, necessitando da mobilização de recursos adicionais e apoio complementar (estadual e/ou federal), com possibilidade de envio de equipe de resposta à ESP.

No período de alerta do COVID-19 na Bahia, foram definidas e realizadas ações preparatórias para os períodos de risco iminente e de Emergência em Saúde Pública.

**Quadro 1 - Ações realizadas no período de alerta, Bahia-2020**

| Ação/Atividade | Responsável | Nível de execução |
|---|---|---|
| Identificar os municípios que comporão a rede hospitalar para internamento dos casos graves de COVID-19. | COES | Executado |
| Realizar diagnóstico da situação para manejo do óbito no Estado da Bahia. | COES<br>COSEMS | Executado |
| Levantar a capacidade de câmaras frias nos necrotérios dos hospitais de referência para COVID-19. | COES<br>Regionais de Saúde<br>Municípios | Executado nos hospitais de referência da Capital<br>Em execução |
| Elaborar protocolos para gestores, profissionais de saúde, serviços afins e população em geral, quanto ao manejo do corpo por morte natural, durante a pandemia (Anexo 1). | COES | Executado |
| Definir estratégias e fluxos para emissão de DO de óbitos ocorridos em domicílio e instituições de moradia (Anexo 2). | COES<br>COSEMS | Executado |
| Definir responsabilidade pelas ações de funerais dos óbitos ocorridos nos hospitais de referência, quando o paciente vier a falecer fora do seu município de residência. | COES | Em execução |
| Realizar reuniões via web com gestores, serviços de saúde e serviços afins, para discussão sobre questões relacionadas ao óbito. | COES | Executado<br>Contínuo |
| Realizar reunião com Comitê Ampliado de Emergência em Saúde Pública. | COES | Contínuo |
| Realizar webconferências com gestores e profissionais de saúde sobre o manejo do óbito. | COES | Em execução |
| Pactuar na CIB as responsabilidades relacionadas ao óbito durante a pandemia pelo Coronavírus. | COES | Em execução |
| Ampliar a capacidade instalada de cemitérios nos municípios que identificaram essa necessidade, para atendimento da demanda. | Municípios | A executar |
| Implementar o Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) em Salvador e RMS com capacidade operacional para atender a demanda de óbitos por causas naturais. | SESAB | Em execução |
| Elaboração de folhetos, cartazes, cards, e outras peças de comunicação para os serviços de interesse (crematórios, cemitérios, hospitais, instituições de moradia). | SESAB/COES | Executado |
| Pactuar com municípios a divulgação dos protocolos em sua rede de assistência. | SESAB/COES/COSEMS | Contínuo |
| Notificar óbitos suspeitos ou confirmados por Covid19 | Municípios | Contínuo |

### 3.2 PERIGO IMINENTE

É quando o risco é significativo e supera a capacidade de resposta das esferas municipal e estadual, sendo necessário mobilizar recursos adicionais e apoio complementar da esfera federal, com envio de equipe de resposta à ESP.

**Quadro 2 - Ações realizadas no período de perigo iminente, Bahia-2020**

| Ação/Atividade | Responsável | Nível de execução |
|---|---|---|
| Locar contêineres, com câmara fria para conservação de corpos e instalar nos hospitais de referência para COVID-19, e no SVO | SESAB | Executar |
| Atualizar protocolos para gestores, profissionais de saúde, serviços afins e população em geral, quanto ao manejo do corpo por morte natural durante a pandemia. | COES | Contínuo |
| Monitorar a capacidade de sepultamento dos cemitérios nos municípios, durante a pandemia | COES | Executar |
| Garantir, em tempo oportuno, a emissão de DO dos óbitos ocorridos em domicílio ou instituições de moradia, de acordo com estratégia proposta por cada município | Município | Executar |
| Acompanhar e avaliar a execução das ações propostas para o funeral dos óbitos ocorridos nos hospitais de referência, quando o paciente vier a falecer fora do seu município de residência. | COES | Contínuo |
| Realizar reuniões via web com gestores, serviços de saúde e serviços afins, para avaliação e discussão sobre o manejo do óbito. | COES | Contínuo |
| Realizar webconferências com gestores e profissionais de saúde para atualização das ações sobre o manejo do óbito. | COES | Contínuo |
| Pactuar na CIB responsabilidades e mudanças de protocolos relacionadas ao óbito durante a pandemia pelo Coronavírus. | COES | Contínuo |
| Prover os hospitais de referência e Núcleos Regionais de Saúde com sacos impermeáveis para acondicionamento dos corpos | SESAB | Contínuo |
| Acompanhar as ações executadas pelo do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) em Salvador e RMS. | COES | Contínuo |
| Realizar reunião mensal com Comitê Operacional de Emergência em Saúde Pública. | COES | Contínuo |
| Realizar reunião com Comitê Ampliado de Emergência em Saúde Pública. | COES | Quando necessário |
| Acompanhar as ações referentes ao COVID-19, realizadas pelos parceiros do Comitê Ampliado. | COES | Contínuo |
| Elaboração de folhetos, cartazes, cards, e outras peças de comunicação para os serviços de interesse (crematórios, cemitérios, hospitais, instituições de moradia). | SESAB/COES | Contínuo |
| Pactuar com municípios a divulgação dos protocolos em sua rede de assistência. | SESAB/COES | Contínuo |
| Notificar óbitos suspeitos ou confirmados por COVID-19. | Municípios | Contínuo |

### 3.3 EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA

É quando há ameaça de relevância nacional com impacto sobre diferentes esferas de gestão do SUS, exigindo uma ampla resposta governamental. São situações de excepcional gravidade, que podem culminar na Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) por parte do Ministério da Saúde, de acordo com a magnitude e a complexidade do agravo.

**Quadro 3 - Ações realizadas no período de Emergência em Saúde Pública, Bahia-2020**

| Ação/Atividade | Responsável | Nível de execução |
|---|---|---|
| Avaliar a necessidade de ampliação do número contêineres, com câmara fria, para conservação de corpos, e instalar nos hospitais de referência para COVID-19., e no SVO | COES | Executar |
| Atualizar protocolos para gestores, profissionais de saúde, serviços afins e população em geral, quanto ao manejo do corpo por morte natural, durante a pandemia. | COES | Contínuo |
| Monitorar a capacidade de sepultamento dos cemitérios nos municípios, durante a pandemia. | COES | Contínuo |
| Garantir, em tempo oportuno, a emissão de DO dos óbitos ocorridos em domicílio ou instituições de moradia, de acordo com estratégia proposta por cada município. | Município | Contínuo |
| Acompanhar e avaliar a execução das ações propostas para o funeral dos óbitos ocorridos nos hospitais de referência, quando o paciente vier a falecer fora do seu município de residência. | COES | Contínuo |
| Realizar reuniões via web com gestores, serviços de saúde e serviços afins, para avaliação e discussão sobre o manejo do óbito | COES | Contínuo |
| Realizar webconferências com gestores e profissionais de saúde para atualização das ações sobre o manejo do óbito. | COES | Contínuo |
| Pactuar na CIB responsabilidades e mudanças de protocolos relacionadas ao óbito durante a pandemia pelo Coronavírus. | COES | Contínuo |
| Prover os hospitais de referência e Núcleos Regionais de Saúde com sacos impermeáveis para acondicionamento dos corpos. | SESAB | Contínuo |
| Acompanhar as ações executadas pelo Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) em Salvador e RMS. | COES | Contínuo |
| Realizar reunião mensal com Comitê Operacional de Emergência em Saúde Pública. | COES | Contínuo |
| Acompanhar as ações referentes ao COVID-19 realizadas pelos parceiros do Comitê Ampliado. | COES | Contínuo |
| Elaborar folhetos, cartazes, cards, e outras peças de comunicação para os serviços de interesse (crematórios, cemitérios, hospitais, instituições de moradia). | SESAB/COES | Contínuo |
| Pactuar com municípios a divulgação dos protocolos em sua rede de assistência. | SESAB/COES | Contínuo |
| Notificar óbitos suspeitos ou confirmados por COVID-19. | Municípios | Contínuo |

## 4 MONITORAMENTO

A notificação dos casos confirmados e suspeitos de COVID-19, bem como dos óbitos, é fundamental para o conhecimento da situação epidemiológica no Estado, assim como para subsidiar o planejamento e monitoramento das ações de saúde e o controle da doença.

No Estado da Bahia, a subnotificação de óbitos ainda é expressiva, cerca de 12% em relação aos óbitos estimados, especialmente em casos de falecimento nas áreas rurais do estado e entre os menores de 1 ano de idade.

Do total de óbitos notificados no Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, observa-se um elevado percentual de óbitos sem definição de causa, o que correspondeu a 13%, em média, entre os anos de 2016 a 2019.

Dentre as declarações de óbito por causas mal definidas de mortalidade, 4% delas referiam sinais e sintomas relacionados com o aparelho respiratório. Na série analisada, dos óbitos notificados e classificados no grupo das Doenças do Aparelho Respiratório, 40% deles apresentaram causas inespecíficas registradas na declaração de óbito. A subnotificação de óbitos e o elevado percentual de causas mal definidas, indicam dificuldade de acesso da população e fragilidade na assistência médica prestada.

Para o monitoramento da mortalidade por COVID-19, foram propostos indicadores de letalidade, proporção do aumento de óbitos e proporção de óbitos por causas mal definidas.

Além de subsidiar a tomada de decisão e revisão de medidas adotadas, o monitoramento permitirá maior transparência, responsabilização e uma melhoria dos processos de gestão.

### 4.1 INDICADORES DE MONITORAMENTO

| **Componente: Situação de Saúde** | | | |
|---|---|---|---|
| **Subcomponente: Doença Transmissível – COVID-19** | | | |
| **Indicador** | **Objetivo** | **Fonte de Informação** | **Forma de Cálculo** |
| Taxa de Letalidade por COVID-19 | Verificar a letalidade por COVID-19 | SIM | Nº óbitos pela doença na Bahia em dado período dividido pelo Nº total de pessoas com a doença na Bahia no período x 100. |
| Taxa de aumento no nº de óbitos no Estado da Bahia considerando o mesmo período do ano anterior a pandemia de COVID-19 | Estimar a taxa de aumento no número de óbitos durante a pandemia, comparado ao mesmo período do ano anterior | SIM | Nº de óbitos ocorridos no período determinado (durante pandemia) dividido por Nº de óbitos ocorridos no mesmo período determinado do ano anterior x 100. |
| Proporção de óbitos por causas mal definidas | Verificar a qualidade de informação e qualidade/acesso à assistência | SIM | [Nº de óbitos por causas mal definidas dividido por nº de óbitos total ocorridos no período] x 100. |
| Taxa de mortalidade por COVID-19 | Verificar a mortalidade por COVID-19 | SIM | Nº óbitos pela doença na Bahia em dado período dividido pelo Nº total de pessoas residentes na Bahia no período x 100. |

**REFERÊNCIAS**

Ciência & Saúde Coletiva, 18(5):1201-1216, 2013 Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso

Juliana Martins; Barbosa da Silva Costa; Eronildo Felisberto; Luciana Caroline de Albuquerque Bezerra; Eduarda Ângela Pessoa Cesse; Isabella Chagas Samico.

Conselho Federal de Medicina para emissão de DO. Resolução 1779/2005

BAHIA. SESAB. Plano de Contingência

BAHIA. SESAB. SUVISA. DIVEP. CIEVS. Boletins Epidemiológicos ....

BAHIA. SESAB. População Residente por Região de Saúde. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/tabcgi.exe?populacao/popresid.def > acesso em 11 abril 2020.

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020- Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2). Atualizada em 31/03/2020.

BRASIL. ANVISA. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA-RDC da ANVISA Nº222, DE 28 DE MARÇO DE 2018 que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.

Brasília: 2018. DOU nº 61, 29 de março de 2018. Disponível em:http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3427425/RDC_222_2018_.pdf/c5d3081db 331-4626- 8448-c9aa426ec410.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manejo de Corpos no contexto do novo Coronavirus COVID-19. SVS/MS. Versão 01 – Março 2020.

Portaria Conjunta CNJ/MS nº 2 de 28 de abril de 2020

Portaria Conjunta CGJ/CCI n 09 de 2 de abril de 2020

Portaria GASEC/BA nº 168 de 30 de abril de 2020

**ANEXO I**

**PROTOCOLOS PARA MANEJO DO ÓBITO**

## 1 EMISSÃO DE DECLARAÇÃO DE ÓBITO – DO

A Declaração de Óbito (DO) deverá ser emitida observando as seguintes orientações:

**1- Casos em que a COVID-19 tenha sido confirmada por exame laboratorial**, o médico assistente ou substituto deverá emitir a Declaração de Óbito, com **causa básica de óbito** COVID-19 (**CID B34.2** - infecção por Coronavírus, não especificado). Figura 1

1.1 O registro da COVID-19 deve ser feito na parte I da DO, com respeito à ordenação da cadeia de causas, iniciando-se pela causa básica na última linha do atestado. As causas sequenciais, decorrentes da causa básica, devem ser registradas nas linhas acima daquela onde for registrada a COVID-19;

1.2 Na parte II, deve ser registrada as comorbidades que contribuíram para a morte;

1.3 Em algumas situações, de acordo com o julgamento CRITERIOSO médico, a COVID-19 pode não fazer parte da cadeia inicial do óbito (parte I), podendo ser descrita na parte II

1.4 Ao preencher a DO, não informar o código das doenças (CID-10), pois esse campo é reservado aos codificadores das Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde;

**2- Casos em que a COVID-19 não tenha sido confirmada por exame laboratorial**, mas houver suspeita diagnóstica, o médico assistente ou substituto deverá solicitar/coletar swab naso orofaringe, conforme NT COE nº08 de 22/03/2020, e emitir a Declaração de Óbito, como **óbito por suspeita** de COVID-19 (**CID B34.2** - infecção por Coronavírus, não especificado) ou Síndrome Respiratória Aguda Grave – SARS (**CID U04.9**). Figura 2

2.1 A recomendação para preenchimento “suspeita de COVID-19” é internacional e tem por objetivo captar todos os óbitos possíveis pela doença;

2.2 A confirmação ou descarte da COVID-19 ficará sob a responsabilidade das Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde;

**3- Casos de Óbito por causa não violenta** com outros diagnósticos já estabelecidos (ex.: neoplasia de estômago, ruptura de aneurisma de aorta abdominal, acidente vascular cerebral isquêmico), devem ter Declaração de Óbito emitida pelo médico assistente (médicos do Programa de Saúde da Família, de atendimento domiciliar e outros) ou por médicos substitutos (plantonistas) e médicos do SAMU (óbito ocorrido durante o atendimento) conforme o CID da causa do óbito.

### SITUAÇÕES ESPECIAIS

**Casos de óbitos em domicílios** ou **instituições de longa permanência**, com confirmação ou suspeita de COVID-19, exceto população carcerária, com assistência médica, a Declaração de Óbito deverá ser emitida pelo médico assistente ou por médico da instituição na qual o paciente vinha sendo acompanhado, seguindo as orientações de coleta de amostra pós morte, caso não tenha sido realizada em vida.

**Casos de óbitos em domicílios ou instituições de longa permanência**, exceto população carcerária, sem assistência médica, os gestores municipais deverão disponibilizar um profissional médico para constatação do óbito, coleta amostra de swab naso orofaringe, na suspeita de COVID-19, e outras amostras nos casos que se façam necessários e emissão da Declaração de Óbito com base na história clinica ou autopsia verbal do falecido, bem como fornecimento de orientações para sepultamento.

**Casos de óbitos em sistema prisional** com confirmação ou suspeita de COVID-19, o fornecimento da Declaração de Óbito seguirá os trâmites preconizados pelo Departamento de Polícia Técnica – DPT. Por questões de saúde pública, sugere-se a coleta pós morte de swab naso orofaringe nos casos não confirmados laboratorialmente.

**Casos de óbitos ocorridos em via pública** sem assistência médica, o fornecimento da Declaração de Óbito seguirá os trâmites preconizados pelo Departamento de Polícia Técnica – DPT. Por questões de saúde pública sugere-se a coleta pós morte de swab naso orofaringe nos casos não confirmados laboratorialmente.

**Observação**:

Os achados/doenças associados deverão ser registrados na Parte II da DO (Ex: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Tabagismo, Alcoolismo, etc.).

**Casos de óbitos sem elucidação diagnóstica** e dúvidas quanto ao correto preenchimento das Declarações de Óbito poderão ser esclarecidas através de contato com o Telecoronavírus 155.

**Todos os corpos deverão ser encaminhados imediatamente para cremação** ou **sepultamento, respeitando a legislação vigente** (Ministério da Saúde, ANVISA, CREMEB e Lei 6015/73 dos Registros Públicos artigo 77, parágrafo 2º).

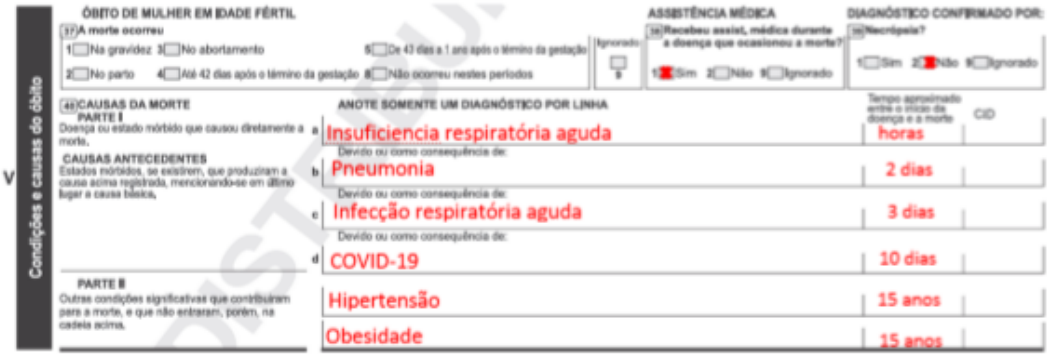



**Figura 1:** Campo V da declaração de óbito preenchido para caso confirmado de COVID-19.

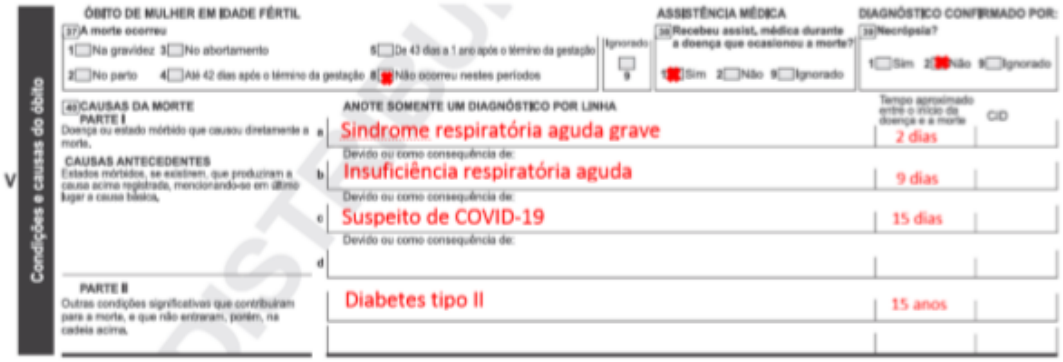



**Figura 2:** Campo V da declaração de óbito preenchido para caso suspeito de COVID-19.

## 2 COLETA E ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS PÓS MORTE

Diante do cenário epidemiológico atual, haverá ocorrência concomitante à pandemia de COVID-19, as endemias de doenças de notificação compulsória já existentes. Portanto, sugere-se solicitar exames pós morte para COVID-19, arboviroses ou outras doenças infecciosas quando o óbito não tiver confirmação diagnóstica laboratorial prévia e for associado a outras suspeitas:

**Swab nasal** e de **orofaringe** (NT COE nº 08/2020), para todos os casos suspeitos de COVID-19.

**Amostras de sangue**, se houver outras suspeitas associadas de doenças de notificação.

Os exames acima devem ser coletados, sempre que possível, pelo médico assistente ou substituto ou pelo técnico de laboratório da unidade, pela equipe do SAMU/outros serviços móveis de urgência, por serviços de atendimento domiciliar (home care), ou por médico designado pela secretaria municipal de saúde, imediatamente após a ocorrência do óbito.

Os **KITS** para coleta de swab para a COVID-19 são disponibilizados pelo Laboratório Central -LACEN, mediante comunicação prévia e seguindo os critérios estabelecidos por esta instituição.
As **amostras** devem ser enviadas ao LACEN devidamente acondicionadas.

**Observação**: as orientações sobre indicação de coleta e exames a serem solicitados/realizados podem ser atualizadas, conforme protocolos da Anvisa e do Ministério da Saúde.

## 3 NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

O Guia de Vigilância Epidemiológica para Infecção Humana pela COVID-19, COE/SVS/MS, de abril de 2020, orienta que todos os óbitos suspeitos de covid-19, independente de internação, devem ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).

Deve-se proceder com o preenchimento da ficha de Registro Individual dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave Hospitalizado. Posteriormente, registrar no SIVEP-Gripe: https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/. Os casos de síndrome gripal que complicaram e evoluíram para óbito, inicialmente foram notificados no e-SUS VE, mas ainda assim devem necessariamente ser notificados no SIVEP-Gripe.

Na ocorrência de óbito confirmado, inconclusivo ou descartado para COVID-19 deve ser feita a notificação imediata (dentro do prazo de 24 horas), por profissionais e instituições de saúde do setor

público ou privado para a respectiva vigilância epidemiológica municipal e ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS-Bahia) pelo e-mail cievs.notifica@saude.ba.gov.br e/ou pelos telefones (71) 99994-1088 (whatsap) /3116-0030/3116-0018.

## 4 ORIENTAÇÕES AOS HOSPITAIS SOBRE EMISSÃO DE DECLARAÇÃO DE ÓBITO E SEPULTAMENTO DE CORPOS NO PERÍODO DA PANDEMIA DE COVID-19

A Portaria Conjunta Nº 2, DE 28 DE ABRIL DE 2020 estabelece procedimentos excepcionais para sepultamento de corpos durante a situação de pandemia do Coronavírus, com a utilização da Declaração de Óbito emitida pelas unidades notificadores de óbito, na hipótese de ausência de familiares, de pessoa não identificada, de ausência de pessoas conhecidas do obituado e em razão de exigência de saúde pública, e dá outras providências. (Anexo III)

Para atender essa normativa, recomenda-se:

**Pacientes com identificação**:

Fazer o prontuário do paciente observando: a identificação correta do paciente; anotação dos números dos documentos de identificação apresentados pelo paciente/acompanhante (Ex: RG, CPF, cartão SUS, carteira de habilitação, título de eleitor, carteira profissional, entre outros); Inclusão de cópias dos referidos documentos no prontuário; Inclusão de declarações emitidas pelo paciente ou seu acompanhante, referentes à sua identidade;

**Pacientes sem identificação:**

Fazer o prontuário com o maior número possível de informações: estatura ou medida do corpo, sinais aparentes, vestuário e qualquer outra indicação que possa auxiliar de futuro o seu reconhecimento, além de providenciar fotografia da face e identificação decadactilar, com orientações do Instituto de Identificação/SSP

**Emissão de Declaração de Óbito/DO de pessoa não identificada:**

Para emissão da Declaração de Óbito/DO de pessoa não identificada ou que não apresente documento de identidade previsto na Lei 12.037/2009, devem as unidades notificadoras de óbito consignar, no local destinado ao nome do obituado, a expressão “pessoa não identificada” e anotar na declaração de óbito a cor da pele e idade presumida.

**Encaminhamento para sepultamento no caso de pessoa não identificada:**

- O serviço de saúde designará um agente público (vinculado à unidade de saúde da ocorrência do óbito) para acompanhamento do sepultamento;

- Ao agente público designado para acompanhar o sepultamento, será entregue a via amarela da Declaração de Óbito – DO;

- Para a retirada da via amarela da Declaração de Óbito – DO, o agente público deverá registrar seus dados pessoais (Nome completo, Matrícula e RG), em um livro de protocolo da unidade, específico para esse fim;

- Após o sepultamento, o agente público deverá anotar na via amarela da DO o local do sepultamento ou cremação;

- O agente público deverá devolver a via amarela para a unidade de saúde que emitiu a DO, registrando a entrega, no livro de protocolo específico para esse fim;

- A unidade de saúde anexará a via amarela da DO ao Prontuário do obituado.

**Na ausência de familiares ou de pessoas conhecidas do obituado, a unidade de saúde poderá emitir a DO e encaminhar o corpo para sepultamento.**

- Considera-se a ausência de familiar ou conhecido, em razão da situação pandêmica, a impossibilidade do seu comparecimento no local do óbito, podendo a unidade de saúde o aguardar em até 24 horas. Deve-se conservar o corpo em câmara refrigerada, observando-se as recomendações no item 6.2 desse anexo

**Encaminhamento do obituado para sepultamento, no caso de ausência de familiar ou responsável:**

- O serviço de saúde designará um agente público (vinculado à unidade de saúde da ocorrência do óbito) para acompanhamento do sepultamento;

- Ao agente público designado para acompanhar o sepultamento, será entregue a via amarela da Declaração de Óbito – DO;

- Para a retirada da via amarela da Declaração de Óbito – DO, o agente público deverá registrar seus dados pessoais (Nome completo, Matrícula e RG), em um livro de protocolo da unidade, específico para esse fim;

- Após o sepultamento, o agente público deverá anotar na via amarela da DO o local do sepultamento ou cremação;

- O agente público deverá devolver a via amarela para a unidade de saúde que emitiu a DO, registrando a entrega, no livro de protocolo específico para esse fim;

- A unidade de saúde anexará a via amarela da DO ao Prontuário do obituado.

**Após o sepultamento do obituado o serviço de saúde deverá:**

Enviar a Declaração de Óbito, a cópia do prontuário e demais documentos necessários à identificação do obituado para a Corregedoria Geral de Justiça do Estado da Bahia, através do e-mail **declaracaodeobito@tjba.jus.br,** de acordo orientação da Portaria Conjunta CGH/CCI, Nº 09/2020-GASEC, em até 60 (sessenta) dias. (Anexo IV)

Na presença de familiar ou responsável, ficará este responsável pelo registro do óbito e demais providências, consoante normativa já estabelecida.

## 5 MANEJO DO CORPO APÓS O ÓBITO

A dignidade dos mortos, sua cultura, religião, tradições e suas famílias devem ser respeitadas. O preparo e o manejo apressados de corpos de pacientes com COVID-19 devem ser evitados. Todos os casos devem ser avaliados, equilibrando os direitos da família, a necessidade de investigar a causa da morte e os riscos de exposição à infecção.

## 6 ORIENTAÇÕES POR LOCAL DE OCORRÊNCIA DO ÓBITO

### 6.1 ÓBITOS EM DOMICÍLIO E INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

Os gestores municipais devem disponibilizar pelo menos um médico para constatação de óbito por COVID-19 e emissão de declaração de óbito, para os horários noturnos, finais de semana e ou áreas de saúde que não possuem equipes de saúde da família ou para instituições de longa permanência que não possuem médico de referência.

Caso o paciente, seja acompanhado pelo serviço de home care ou por médico da instituição de longa permanência, este deverá ser acionado de imediato e emitir a DO, bem como realizar a notificação à vigilância epidemiológica do município.

A Secretaria Municipal de Saúde deve dispor de um número de telefone em que as famílias ou instituições de longa permanência possam acionar o médico que irá constatar o óbito e emitir a DO.

A emissão da Declaração de Óbito e as orientações legais/sepultamento devem ser realizadas no domicílio ou nas Instituições de longa permanência.

Todos os casos suspeitos e confirmados de COVID-19 devem ser notificados à vigilância municipal e seguir o recomendado quanto à coleta de amostras pós morte.

Os familiares/responsável ou a direção das instituições de moradia devem reportar o óbito ao médico de plantão e não realizar manejo no corpo. O município deverá estabelecer o fluxo para manejo do óbito.

A retirada do corpo deverá ser feita por agente funerário observando as medidas de proteção individual. Durante a manipulação do cadáver, só devem estar presentes na área os profissionais estritamente necessários, todos devidamente equipados com gorro, óculos de proteção ou protetor facial, máscara cirúrgica, avental impermeável e luvas.

Os residentes no domicílio deverão receber instruções de desinfecção dos ambientes e objetos (uso de solução clorada 0,5% a 1%) e seguir as orientações da equipe de vigilância epidemiológica do município.

Não deverá haver preparo do corpo para os óbitos ocorridos em residência e instituições de moradia

O transporte do corpo até o necrotério deverá ser feito preferencialmente em carro mortuário/rabecão, observando as medidas de precaução individual.

Formolizações e embalsamamento não devem ser realizados.

No necrotério ou casas funerárias, a liberação do corpo devem seguir as recomendações descritas para o manejo de corpos conforme consta neste protocolo.

### 6.2 ÓBITOS OCORRIDOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Durante os cuidados com corpos de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, devem estar presentes no quarto ou qualquer outra área, apenas os profissionais estritamente necessários.

a- Os EPIs recomendados para toda a equipe que maneja os corpos nessa etapa são:
- Gorro;
- Óculos de proteção ou protetor facial;
- Avental impermeável de manga comprida;
- Máscara cirúrgica (Se for necessário realizar procedimentos que gerem aerossol, como extubação ou coleta de amostras respiratórias, será necessário usar a N95, PFF2 ou equivalente);
- Luvas (Usar luvas nitrílicas para o manuseio durante todo o procedimento);
- Botas impermeáveis.

Remover os tubos, drenos e cateteres do corpo com cuidado, devido à possibilidade de contato com os fluidos corporais. O descarte de todo o material e rouparia deve ser feito imediatamente e em local adequado.

Higienizar e tapar/bloquear os orifícios de drenagem de feridas e punção de cateter com cobertura impermeável.

Limpar as secreções nos orifícios orais e nasais com compressas.

Tapar/bloquear orifícios naturais (boca, nariz, ouvido, ânus) para evitar extravasamento de fluidos corporais.

Limitar o reconhecimento do corpo a um único familiar/responsável. Sugere-se que não haja contato direto entre o familiar/responsável e o corpo, mantendo uma distância de dois metros entre eles.

O reconhecimento do corpo, a depender da estrutura existente no serviço de saúde, pode ser feito através de fotografias, a fim de evitar contato ou exposição.

Quando houver necessidade de aproximação de um familiar/responsável, deve-se manter uma distância mínima de um metro entre ele e o falecido. O familiar/responsável deverá fazer uso de máscara cirúrgica, luvas e avental de proteção.

O Ministério da Saúde recomenda que a comunicação do óbito, bem como as informações sobre os procedimentos referentes à despedida do ente, seja realizada aos familiares/responsáveis, preferencialmente, por equipes da atenção psicossocial e/ou assistência social.

Durante a embalagem no local de ocorrência do óbito, manipular o corpo o mínimo possível, evitando procedimentos que gerem gases ou extravasamento de fluidos corpóreos.

Preferencialmente, identificar o corpo com nome, número do prontuário, número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), data de nascimento, nome da mãe e CPF, utilizando esparadrapo, com letras legíveis, fixado na região torácica.

Caso o obituado não tenha documentação, deve-se tirar uma fotografia para incluir no prontuário, além de registrar os dados acerca de todos os sinais externos e marcas de nascença/tatuagens, órteses, próteses que possam identificar o corpo.

NÃO é recomendada a realização de tanatopraxia (formolização e embalsamamento);

Acondicionar o corpo em saco impermeável próprio (esse deve impedir que haja vazamento de fluidos corpóreos).

O saco deve ser desinfetado externamente com álcool a 70% ou solução clorada 0,5% a 1% ou outro saneante regularizado pela ANVISA, compatível com o material do saco.

Colocar etiqueta com identificação do falecido e informação relativa ao risco biológico de contaminação pelo Coronavírus.

Recomenda-se usar a maca de transporte do corpo apenas para esse fim. Antes e após o uso desinfetá-la com álcool a 70%, ou solução clorada 0,5% a 1% ou outro saneante regularizado pela Anvisa.

Na chegada ao necrotério, alocar o corpo em compartimento refrigerado e sinalizado como COVID-19.

O corpo deve ser acomodado em urna a ser lacrada antes da entrega aos familiares/ responsáveis;

Na presença de familiar ou responsável, ficará este responsável pelo registro do óbito e demais providências, consoante normativa já estabelecida.

Deve-se limpar a superfície da urna lacrada com solução clorada 0,5%;

Depois de lacrada, a urna NÃO deverá ser aberta;

Os profissionais que atuam no transporte, guarda e alocação do corpo no caixão também devem adotar as medidas de precaução, aqui expostas, até o fechamento do caixão;

O transporte do corpo até o necrotério deverá observar as medidas de precaução e ser realizado em carro mortuário/rabecão;

O serviço funerário/transporte deve ser informado de que se trata de vítima de COVID-19;

Registrar os nomes, data, e atividade de todos os trabalhadores que participaram dos cuidados post mortem, incluindo a limpeza do quarto/enfermaria, para acompanhamento futuro, se necessário.

Após a manipulação do corpo, retirar e descartar luvas, máscara, avental (se descartável) em lixo infectante;

Higienizar as mãos antes e após o preparo do corpo, com água e sabão;

Não há necessidade de uso de EPI por parte dos motoristas dos veículos que transportarão o caixão com o corpo. O mesmo se aplica aos familiares que acompanharão o traslado, considerando que eles não manusearão o corpo.

### 6.3 ÓBITOS OCORRIDOS NO SISTEMA PRISIONAL

Na ocorrência de óbito com suspeita de COVID-19, os profissionais de saúde das equipes de saúde prisional devem seguir os trâmites preconizados pelo Departamento de Polícia Técnica – DPT. Por questões de saúde pública, sugere-se a coleta após a morte de swab naso orofaringe nos casos não confirmados laboratorialmente.

### 6.4 ÓBITOS OCORRIDOS EM ESPAÇO PÚBLICO

Para óbito ocorrido em espaço público, com assistência médica, o profissional de saúde que realizar o atendimento deve seguir as recomendações descritas neste plano no item de emissão de Declaração de Óbito, Coleta de amostras e manejo de corpo após o óbito.

Para óbito ocorrido sem assistência médica, o município deve seguir os trâmites preconizados pelo Departamento de Polícia Técnica – DPT. Por questões de saúde pública sugere-se a coleta após a morte de swab naso orofaringe nos casos não confirmados laboratorialmente.

## 7 SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO – SVO

O Serviço de Verificação de Óbito - SVO é uma unidade destinada a realizar necropsias em caso de óbito por causas naturais, ocorrido sem elucidação diagnóstica ou sem assistência médica ou de interesse de saúde pública.

O SVO da Capital e RMS, pertence à Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde do Estado da Bahia e está localizado no prédio do Instituto Médico Legal Nina Rodrigues. No momento, realiza algumas necropsias de causas naturais de corpos encaminhados ao IML e utiliza atualmente os serviços de transporte, identificação e liberação dos corpos, além do laboratório de anatomopatologia deste Instituto. A utilização dessa infraestrutura e fluxo do IML é temporária e deve permanecer até que o SVO seja inaugurado.

O SVO da Capital e RMS realizará, em alguns casos, procedimento minimamente invasivo neste momento de pandemia de COVID-19, evitando realização de necropsia seguindo recomendação do Ministério da Saúde, evitando expor a equipe a riscos adicionais.

Os serviços de saúde públicos, privados e filantrópicos NÃO devem enviar casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 para o SVO. Entretanto, caso a necropsia seja necessária, deve haver comunicação prévia ao gestor do serviço, para certificação de capacidade para o recebimento do corpo.

Os procedimentos de biossegurança no SVO, em caso suspeito de COVID-19, devem ser os mesmos adotados para quaisquer outras doenças infecciosas de biossegurança 3, vide NT GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020.

Se houver necessidade de realização da necropsia minimamente invasiva (coleta de amostras), esta pode ser realizada na sala de necropsia atualmente existente no serviço. O número de pessoas na sala de necropsia deve ser limitado e estritamente necessário aos procedimentos. O ideal é ter apenas um técnico/auxiliar de necropsia e um médico patologista.

Se houver necessidade excepcional de realização de necropsia, o procedimento deve ser realizado em salas de necropsia que possuam sistemas de tratamento de ar adequados. Essas salas devem possuir sistemas que mantêm pressão negativa em relação às áreas adjacentes e que fornecem um mínimo de 6 trocas de ar (estruturas existentes) ou 12 trocas de ar (nova construção ou reforma) por hora. O ar ambiente deve sair diretamente para o exterior ou passar por um filtro HEPA. As portas da sala devem ser mantidas fechadas, exceto durante a entrada e saída do patologista e do auxiliar de necropsia. O ar dos sistemas de exaustão ao redor da mesa de autopsia deve ser dirigido para baixo e para longe dos trabalhadores que realizam os procedimentos. Atualmente, o SVO da capital e RMS encontra-se em reforma e adequação da infra-estrutura da sala de necropsia.

Neste momento, é necessário restringir ao mínimo necessário os procedimentos geradores de aerossóis e evitar que secreções respinguem ou se disseminem pelo ar, dando-se preferência a equipamentos manuais. Caso sejam usadas, as serras oscilantes, por exemplo, devem ser equipadas com capas de vácuo para conter aerossóis.

Os EPI indicados para os profissionais durante a realização da necropsia, incluindo aquela minimamente invasiva, são:

- Gorro
- Luvas cirúrgicas duplas interpostas com uma camada de luvas de malha sintética à prova de corte;
- Macacão resistente a fluidos ou impermeável (para necropsia completa);
- Avental impermeável;
- Óculos ou protetor facial;
- Botas impermeáveis;
- Máscaras tipo N95 ou superior.

Antes de sair da área de autópsia ou da antecâmara adjacente, retirar o EPI atentamente para evitar a contaminação e realizar a higienização das mãos imediatamente.

Os EPI não descartáveis devem passar por processo de limpeza e desinfecção e os resíduos devem ser enquadrados na categoria A1, conforme a RDC 222/2018.

Computadores, telefones e outros itens que, porventura, estejam na sala de necropsia devem ser considerados como artigos contaminados e devem ser limpos e desinfetados de acordo com as recomendações do fabricante.

Os instrumentos usados durante a autópsia devem ser limpos e desinfetados imediatamente após a autópsia, como parte do procedimento de rotina e de acordo com as orientações dos fabricantes dos produtos;

Devem ser usadas cabines de biossegurança para a manipulação e exame de amostras, sempre que possível.

Os sistemas de tratamento de ar devem permanecer ligados enquanto é realizada a limpeza do local.

**Atenção**: Não é recomendado que pessoas acima de 60 anos, com comorbidades (como doenças respiratórias, cardíacas, diabetes) ou imunosuprimidas sejam expostas a atividades relacionadas ao manejo direto do cadáver.

Para emissão da declaração de óbito, o médico patologista do SVO deverá observar as seguintes situações:

**CASOS POSITIVOS DE COVID-19**

Nestes casos, os óbitos não deveriam ser encaminhados ao SVO. Caso isso ocorra, a Declaração de Óbito será emitida:

Parte I: A – COVID-19

Parte II: Autópsia verbal em decorrência de pandemia

**CASOS SUSPEITOS DE COVID-19**

Óbitos com suspeita de COVID-19 oriundos de hospitais, clínicas, UPA, home care, verificar se já houve coleta de material junto à equipe de vigilância.

Dado clínico (exemplo: insuficiência respiratória)

Parte II: **Se houve coleta de amostra** (swab nasal/faríngeo), fazer autópsia verbal e emitir a DO. A Declaração de óbito será emitida:

Parte I: A – Autópsia verbal em decorrência de pandemia

* **Se não houve coleta de amostra**, fazer autópsia verbal, coletar amostra (swab nasal/faríngeo) conforme orientações do LACEN e emitir a DO. A Declaração de óbito será emitida:

Parte I: A – Dado clínico (exemplo: insuficiência respiratória)

Parte II: Autópsia verbal em decorrência de pandemia

**PARA TODOS OS DEMAIS CASOS**

Para todos os óbitos que chegarem ao SVO deverá ser realizada entrevista com familiares (autópsia verbal), coleta de amostras, conforme orientações, e utilização de procedimentos minimamente invasivos para a emissão da DO. A Declaração de óbito será emitida:

Parte I: A – exemplo: infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral hemorrágico, etc

Parte II: Autópsia verbal em decorrência de pandemia.

### 7.1 ORIENTAÇÕES LEGAIS À FAMÍLIA PARA REALIZAÇÃO DO SEPULTAMENTO

Entende-se por Sepultar o ato de enterrar, encovar, inumar, tumular (https://www.dicio.com.br/). A Portaria Conjunta do CNJ/MS Nº 02 de 28 de abril de 2020, estabelece procedimentos excepcionais para **sepultamento** de corpos durante a situação de pandemia do Coronavírus. Portanto, entende-se que o óbito por Covid19 pode ser sepultado tanto em covas abertas no chão, como em jazigos, túmulos e gavetas.

A entrega da via amarela da DO com orientações sobre o registro civil e o funeral deverá ser realizado para apenas um familiar/responsável, para evitar aglomeração e disseminação do COVID-19.

Os procedimentos administrativos estão sendo realizados de forma compartilhada entre o setor de liberação de corpos do IMLNR e o SVO. Sugere-se as seguintes normas de biossegurança:

Entrega dos documentos apenas a um familiar ou responsável, de forma rápida e sem contato físico;

Atendimento em salas arejadas, quando possível;

Disponibilização de álcool em gel a 70%, água, sabão e papel toalha para higienização das mãos de todos os frequentadores do ambiente;
Ao manusear prontuários e laudos de necropsia usar máscara e luvas.

ORIENTAÇÕES PARA AS FUNERÁRIAS
O manuseio do corpo deve ser o menor possível. Tratando-se de óbito ocorrido em unidades de saúde não há necessidade de preparação do corpo pelos agentes funerários, vide item – manejo do corpo deste protocolo.

Os óbitos ocorridos em domicílio ou em instituição de longa permanência não deverão ser preparados (tamponamento dos orifícios naturais).

Todos os profissionais que atuam no transporte, guarda do corpo e colocação do corpo no caixão também devem adotar as medidas de precaução para evitar possíveis acidentes biológicos.

Os agentes funerários que forem manipular o corpo devem usar gorro e proteção facial/óculos de proteção; máscara cirúrgica, avental impermeável, comprido e de mangas compridas; luvas descartáveis e botas impermeáveis de cano longo. Após o uso, deve fazer o descarte adequado e lavar as mãos com água e sabão imediatamente após remover o EPI.

A maca/urna de transporte de cadáveres deve ser exclusiva, de fácil limpeza e desinfecção. A desinfecção da maca/urna deverá ser realizada com álcool a 70º ou solução clorada 0,5% a 1%, feita simultaneamente com a desinfecção externa do saco.

Para cremação, os caixões devem ser adequados a este tipo de procedimento.

Os funcionários, os responsáveis pelo funeral e os familiares devem ser informados sobre o risco biológico classe de risco III.

O veículo utilizado para o transporte do cadáver, preferencialmente carro mortuário/rabecão, deve ser submetido à limpeza e desinfecção de rotina após cada utilização, observando-se as medidas de precaução.

A prática de tanatopraxia (formolização e embalsamamento) do corpo não é permitida para evitar a manipulação excessiva.

O corpo deve ser acomodado em urna a ser lacrada e limpa com álcool líquido a 70% ou solução clorada 0,5%, antes da entrega aos familiares/ responsáveis. Após lacrada, a urna não deverá ser aberta.

O translado dos cadáveres das unidades hospitalares, domicílios ou demais locais de ocorrência do óbito ao local de sepultamento deve seguir as orientações de biossegurança.

**9 ORIENTAÇÕES SOBRE O FUNERAL**

NÃO será permitida a realização de velórios.

Para os funerais recomenda-se a participação do menor número possível de pessoas. Sugerimos a participação de, no máximo, 10 pessoas, com distância mínima de 2 metros entre elas, visando evitar a disseminação do Coronavírus;

O caixão deve permanecer fechado durante o funeral, para evitar contato físico com o corpo;

Recomenda-se que as pessoas dos grupos mais vulneráveis (crianças, idosos, grávidas e pessoas com imunossupressão ou com doença crônica), não participem dos funerais;
Para o comparecimento ao funeral, torna-se imprescindível o uso de máscara pelos presentes durante a permanêcia no local;

Não deverão ser disponibilizados alimentos durante o velório. Para bebidas, deve-se utilizar copos descartáveis;

Devem ser evitados apertos de mão e outros tipos de contato físico entre os participantes do funeral;

As medidas de higiene das mãos e de etiqueta respiratória devem ser seguidas em todas as circunstâncias;

Devem ser disponibilizados água, sabonete líquido, papel toalha e álcool gel a 70% para higienização das mãos;

Registrar os nomes, data, e atividade de todos os trabalhadores que participaram dos cuidados post mortem, para acompanhamento futuro, se necessário.

**10- Orientações aos Cemitérios**

**10.1- Quanto aos trabalhadores:**

Os encarregados de colocar o corpo na sepultura, em mausoléus, covas, etc. devem usar luvas e higienizar as mãos com água e sabonete líquido, após retirada das luvas;

Após remover os EPIs, todos os profissionais devem realizar a higiene das mãos.

**10.2- EPI para agentes de sepultura**

- Protetor solar (Com repelente de insetos)

- Calçado de segurança tipo Bota de Borracha: proteção contra umidade e produtos químicos;

- Luvas de procedimento

- Óculos de segurança: proteção dos olhos contra gotículas;

- Macacão impermeável

- Máscara

## 10 TRASLADO DE CORPOS

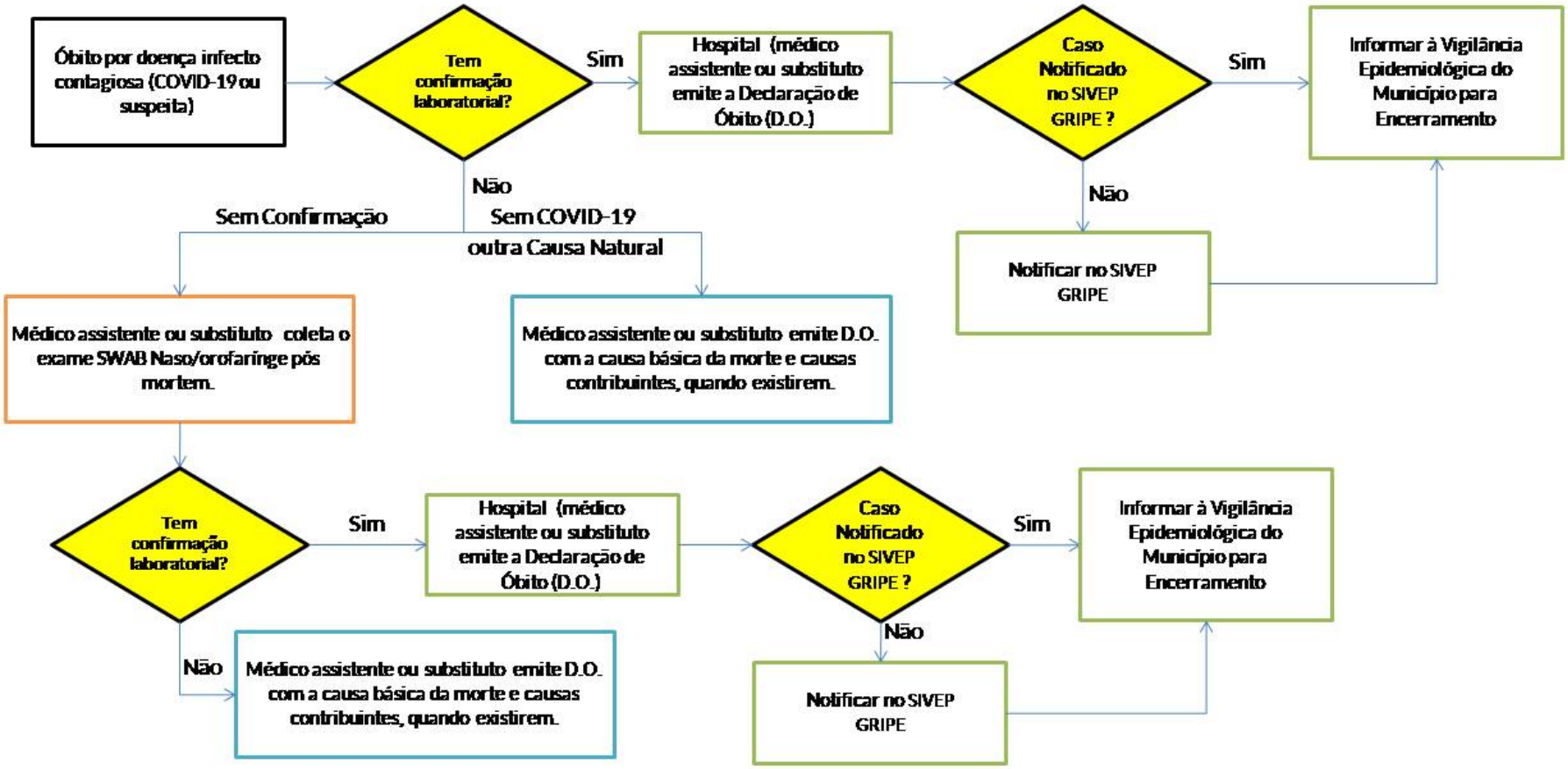
Tratando-se de doença infecto contagiosa, fica vedado o traslado de restos mortais humanos em portos, aeroportos e fronteiras, nos termos do art. 10 do RDC/ANVISA nº 33 de 08 de julho de 2011.

O traslado de corpos entre municípios, entretanto, seguirá o quanto disposto na Portaria GASEC/BA nº 168 de 30/04/2020 que o permite, desde que assegurado que o corpo será sepultado em até 24 horas da ocorrência do óbito.(Anexo v)

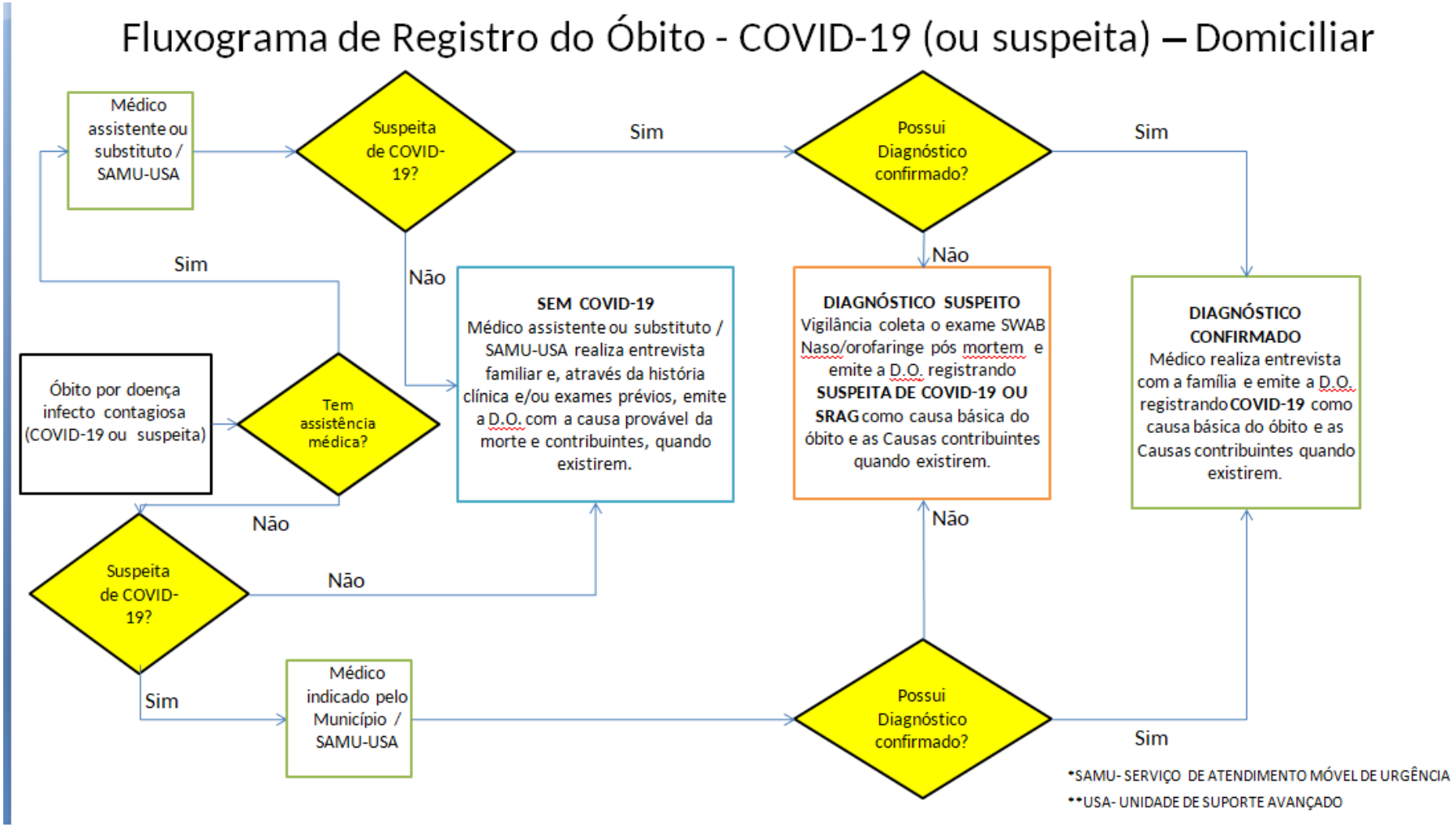
**ANEXO II**

**FLUXOS DE EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO**

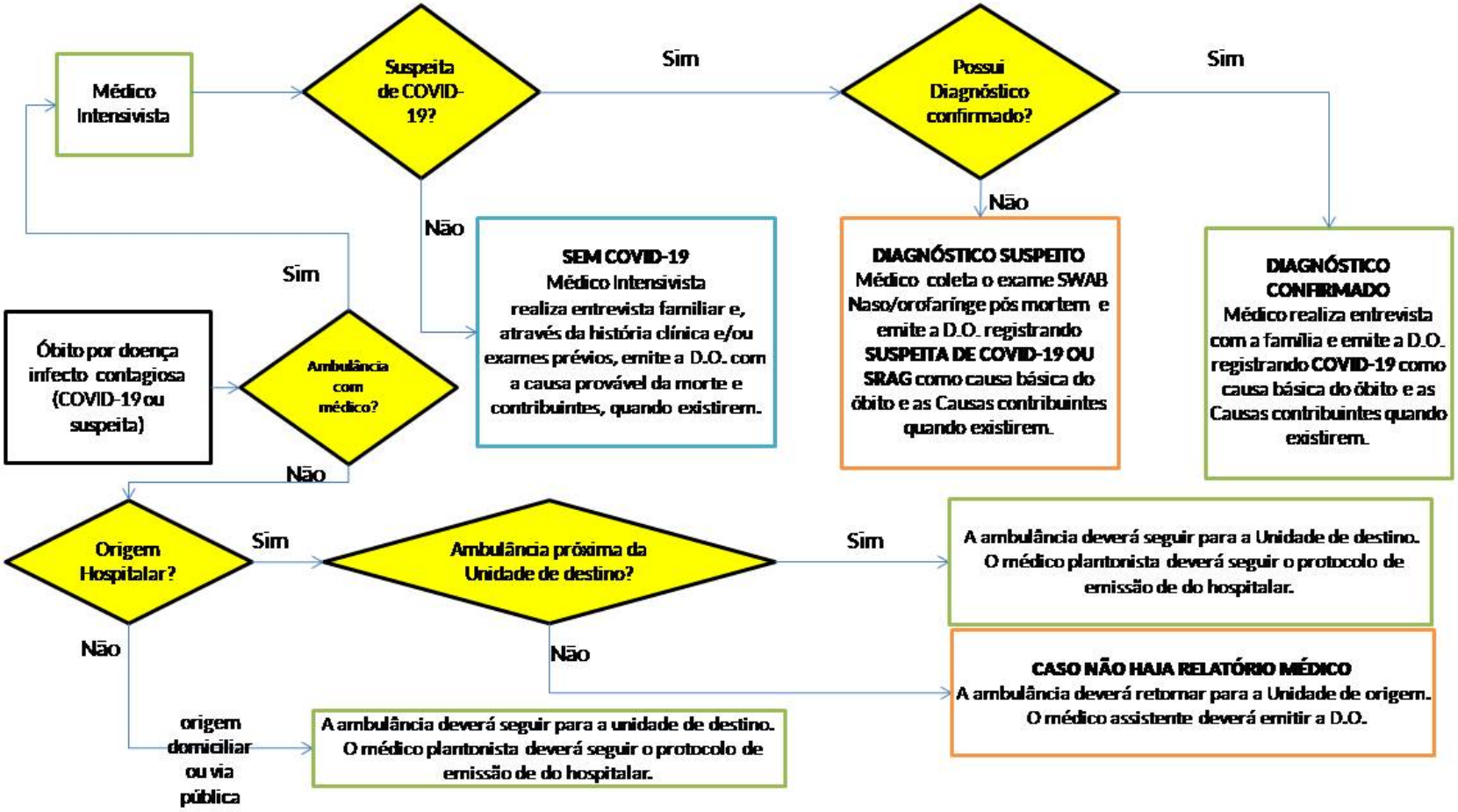
## Fluxograma de Registro do Óbito - COVID-19 (ou suspeita) – Hospitalar



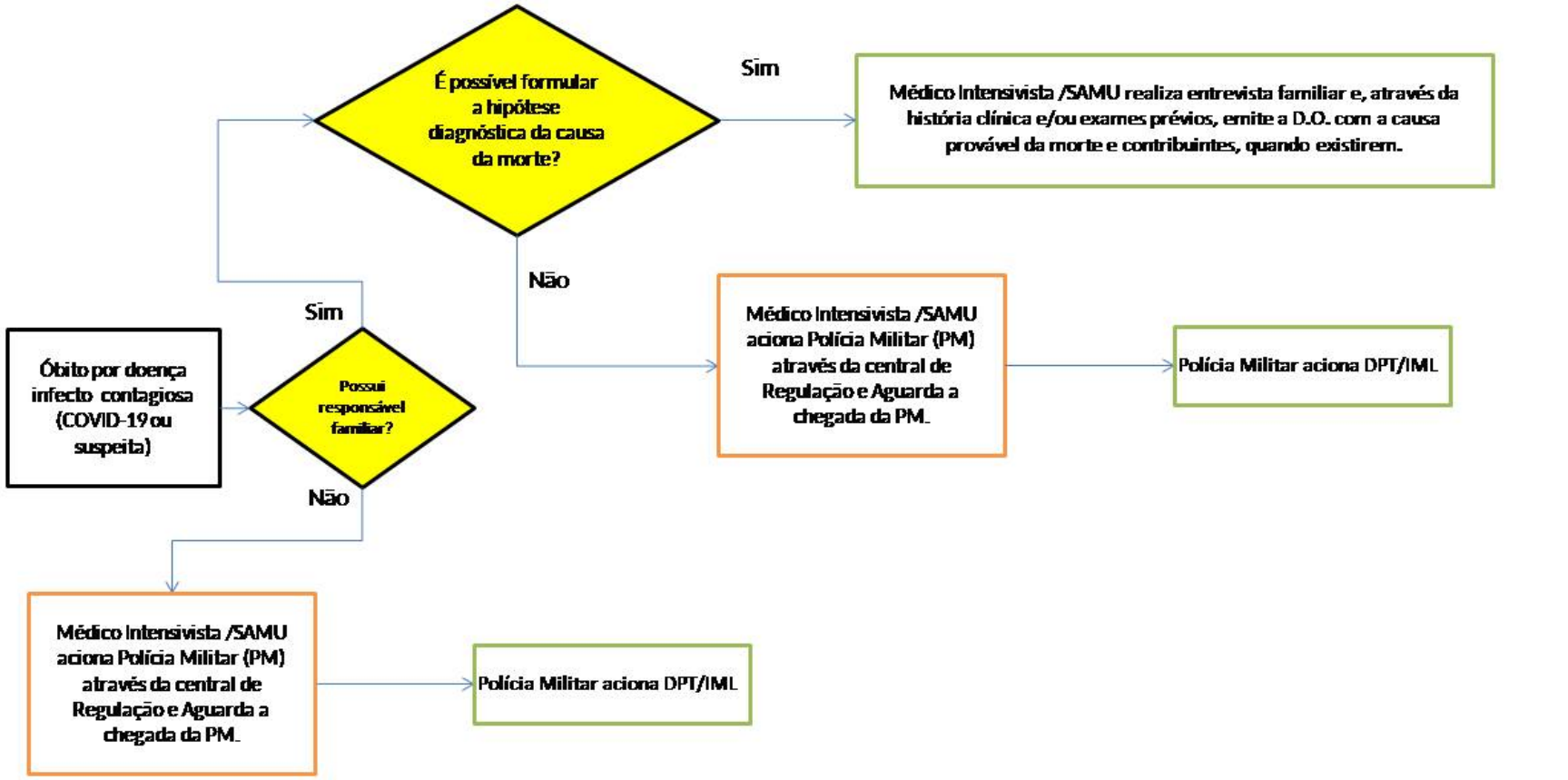
# Fluxograma de Registro do Óbito - COVID-19 (ou suspeita) – Domiciliar



# Fluxograma de Registro do Óbito - COVID-19 (ou suspeita) – Em Trajeto/Ambulância



# Fluxograma de Registro do Óbito - COVID-19 (ou suspeita) – Em Via Pública



**ANEXO III**

**PORTARIA CONJUNTA Nº 2, DE 28 DE ABRIL DE 2020**

**Estabelece procedimentos excepcionais para sepultamento de corpos durante a situação de pandemia do Coronavírus, com a utilização da Declaração de Óbito emitida pelas unidades notificadores de óbito, na hipótese de ausência de familiares, de pessoa não identificada, de ausência de pessoas conhecidas do obituado e em razão de exigência de saúde pública, e dá outras providências.**

O CORREGEDOR NACIONAL DE JUSTIÇA, usando de suas atribuições legais e regimentais e o MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, tendo em vista o disposto na Lei n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020,

CONSIDERANDO que cabe ao Conselho Nacional de Justiça a fiscalização e a normatização do Poder Judiciário e dos atos praticados por seus órgãos (art. 103-B, § 4º, I, II e III, da CF);

CONSIDERANDO a declaração pública de pandemia em relação ao novo Coronavírus– Covid-19 pela Organização Mundial da Saúde – OMS, de 11 de março de 2020, assim como a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional da OMS, de 30 de janeiro de 2020;

CONSIDERANDO a Lei n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre medidas para enfrentamento da situação de emergência em saúde pública de importância internacional decorrente do novo Coronavírus, bem como a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN veiculada pela Portaria n. 188/GM/MS, em 4 de fevereiro de 2020;

CONSIDERANDO a edição do Decreto Legislativo n. 06/2020, em que o Congresso Nacional decretou a ocorrência do estado de calamidade pública, aprovando a Mensagem Presidencial n. 93/2020;

CONSIDERANDO o estabelecido no artigo 77, da Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, que dispõe sobre os registros públicos decorrente de óbitos;

CONSIDERANDO o relatório apresentado pelo Mecanismo Nacional de Combate e Prevenção da Tortura e pelo Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, em 28 de novembro de 2018, indicando a ocorrência de desaparecimentos no sistema prisional brasileiro, sendo necessário garantir a plena identificação de pessoas no sistema carcerário e a identificação correta dos corpos das pessoas privadas de liberdade;

CONSIDERANDO as diretrizes internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICIV) previstas no documento “Gestão de Cadáveres após Desastres: /Manual para Equipes de Primeira Resposta no Terreno”, de 2009;

CONSIDERANDO a necessidade de esclarecer e zelar pela adequada identificação dos mortos cujo óbito ocorrerem no curso da pandemia, sendo que tais óbitos devem ser anotados regularmente no Registro Civil de Pessoas Naturais e em sistemas administrativos do Governo Federal;

CONSIDERANDO a necessidade de resguardar os direitos dos familiares, dependentes e herdeiros da pessoa falecida com a emissão da certidão de óbito a partir de um registro civil de óbito com informações corretas sobre a identificação do de cujus e sua qualificação;

CONSIDERANDO a experiência em tragédias nacionais em que se tornou impossível apresentação de documentos dos obituados para o registro civil de óbito, mas a necessidade de providenciar o sepultamento em razão dos cuidados de biossegurança, a manutenção da saúde pública e respeito ao legítimo direito dos familiares do obituado providenciarem a inumação;

CONSIDERANDO a suspensão ou redução do atendimento presencial ao público dos cartórios do Registro Civil de Pessoas Naturais que estão trabalhando em regime de plantão em conformidade com o Provimento n. 91/2020 da Corregedoria Nacional de Justiça;

CONSIDERANDO a possibilidade de os serviços de saúde não cumprirem o trâmite estabelecido pelo Provimento n. 93/2020, da Corregedoria Nacional de Justiça, dada a situação de estrangulamento que poderá ocorrer pela alta demanda da população;

CONSIDERANDO a impossibilidade de o Poder Judiciário expedir a autorização para cada sepultamento ou cremação que não atenda as formalidades impostas pela Lei n. 6.015/73;

CONSIDERANDO a Política Nacional de Busca de Pessoas Desaparecidas instituída pela Lei n. 13.818/2019;

CONSIDERANDO o que determina o art. 78 da Lei n. 6.015/73, no sentido de que o registro civil de óbito poderá ser lavrado de forma diferida ante a existência de motivo relevante;

CONSIDERANDO o que determina o art. 81 da Lei n. 6.015/73, no sentido de que, sendo o obituado desconhecido, o registro civil de óbito deverá conter declaração da estatura ou medida, se for possível, cor, sinais aparentes, idade presumida, vestuário e qualquer outra indicação que possa auxiliar de futuro o seu reconhecimento;

CONSIDERANDO a Nota Técnica n° 2/2020 – CDDF COVID-19 da Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais do Conselho Nacional do Ministério Público, que trata da divulgação e ampliação do uso do Sistema Nacional de Localização e Identificação de Desaparecidos (SINALID) diante da Pandemia de COVID-19;

CONSIDERANDO os termos do Ofício nº 114/2020/PFDC/MPF, encaminhado pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão ao Corregedor Nacional de Justiça e ao Ministro de Estado da Saúde;

CONSIDERANDO a necessidade de uniformização nacional do protocolo de anotação da causa mortis relacionada às doenças respiratórias no preenchimento das Declarações de óbitos por todos os serviços de saúde do País;

RESOLVE:

Art. 1º Autorizar as unidades notificadoras de óbito, na hipótese de ausência de familiares ou pessoas conhecidas do obituado ou em razão de exigência de saúde pública, a encaminhar à coordenação cemiterial do município, para o sepultamento, os corpos com a prévia lavratura do registro civil de óbito e quando não for possível, apenas com a declaração de óbito (DO) devidamente preenchida.

§1º O prontuário de atendimento, em casos de internação hospitalar no período da pandemia, deverá ser feito com especial cuidado com a identificação do paciente anotando-se os números dos documentos disponíveis, juntando-se suas cópias e declarações corretas do paciente ou de seu acompanhante quanto a sua identidade.

§2º Quando da emissão da Declaração de Óbito/DO de pessoa não identificada ou que não apresente documento de identidade previsto na Lei 12.037/2009, devem as unidades notificadoras de óbito consignar, no local destinado ao nome do obituado, a expressão “pessoa não identificada” e anotar na declaração de óbito a cor da pele e idade presumida.

§3º Informações como estatura ou medida do corpo, sinais aparentes, vestuário e qualquer outra indicação que possa auxiliar de futuro o seu reconhecimento, além de providenciar fotografia da face e identificação decadactilar (10 dedos) deverão ser anexados ao prontuário do paciente e/ou laudo de necropsia e serem arquivados juntamente com a Declaração de Óbito (2a e 3a vias) e de eventuais documentos.

§4º Diante da necessidade de posterior averiguação do local do sepultamento para que conste tal informação do registro civil de óbito, será entregue ao agente público responsável a via amarela da Declaração de Óbito, com a qual será possível providenciar o sepultamento sendo o responsável por essa providência obrigado a anotar na referida via o local de sepultamento e devolver, em até 48 horas, tal via à unidade notificadora de óbito em que foi emitida a DO.

§ 5º No caso de pessoa não identificada ou que não apresente documento legal de identidade quando da internação hospitalar, sempre que for possível e de acordo com fluxo de trabalho ajustado entre o sistema de saúde e as secretarias de segurança pública dos Estados e Distrito Federal, caberá ao estabelecimento de saúde viabilizar a identificação do corpo em parceria com o serviço de polícia cientifica mantido pelas secretarias de segurança pública a fim de que seja feita a colheita das impressões digitais, fotografia, swab gengival e/ou outro procedimento indicado como mais seguro e que auxiliarão a confirmação da identidade do obituado.

§6º Nos casos previstos no parágrafo anterior, serão os dados da pessoa não identificada inseridos, pelo servidor da unidade notificadora de óbito, nas bases de dados do SINALID – Sistema Nacional de Localização e Identificação de Desaparecidos/CNMP, desde que a mesma esteja disponível.

§7º Os restos mortais de pessoas não identificadas ou que, identificadas, não tiverem seus corpos reclamados por familiares, não deverão ser levados a cremação, mas sepultados, o que possibilitará exumação para eventual posterior confirmação de identidade.

Art. 2º Os registros civis de óbito dos casos de que trata o presente ato terão seu prazo de lavratura diferido, e deverão ser realizados em até sessenta dias após a data do óbito, cabendo às unidades notificadoras de óbito, o envio, preferencialmente, por meio eletrônico, das Declarações de Óbito, cópia de prontuários e demais documentos necessários à identificação do obituado para as Corregedorias-Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal, a fim de que estas providenciem a devida distribuição aos cartórios de Registro Civil competentes para a lavratura do registro civil de óbito.

Parágrafo único. Em até 48 horas da publicação do presente ato, as Corregedorias-Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal deverão criar e-mail exclusivo para o recebimento eletrônico das Declarações de Óbito, comunicando, no mesmo prazo, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Art. 3º Respeitados os acordos e fluxos de trabalhos ajustados entre o sistema de saúde e as Secretarias de Justiça dos Estados e Distrito Federal, o corpo do obituado será submetido a necropsia pelo Instituto Médico-Legal nos seguintes casos:

I – suspeita de morte violenta;

II – em caso de morte natural, inclusive por COVID-19, de pessoas que estavam sob custódia do Estado, em estabelecimento penal, unidade socioeducativa, hospital de custódia, tratamento psiquiátrico e outros espaços correlatos.

Parágrafo único. Na hipótese de óbito confirmado para a COVID-19 ou casos suspeitos, a necropsia será realizada somente em IML`s dotados de medidas que atendam às normas de biossegurança de risco biológico tipo 3.

Art. 4º Enquanto viger esta portaria, ficam estabelecidas as seguintes diretrizes para o sepultamento dos corpos de pessoas não identificadas:

I - os restos mortais devem ser enterrados com etiqueta de identificação a prova d'água afixada ao cadáver e a um envoltório do cadáver, que deve seguir acompanhado de suas roupas e bens portáteis que carregava quando do óbito;

II - os serviços funerários devem inserir, no livro ou sistema próprio de registro de inumações, a informação de que se trata de sepultamento realizado no contexto da pandemia, com anotação dos dados da etiqueta de identificação;

III - os serviços funerários devem manter identificação precisa das sepulturas, com informação de fácil cruzamento de dados com o registro de sepultamentos; e

IV - nos casos de exumação para liberação de espaço nos cemitérios, não devem ser destruídos os despojos das pessoas previstas neste artigo, devendo-se acondicioná-los, individualmente, em ossários ou locais equivalentes, com possibilidade de rastreamento posterior."

Art. 5º Quando da lavratura do registro civil de óbito, os registradores civis deverão consignar tudo o que constar no Campo V da Declaração de Óbito, ou seja, causa básica, antecedências e diagnóstico que levaram à morte, bem como todas as observações quanto à identificação do obituado que constem dos campos específicos ou no verso da referida declaração.

Parágrafo único. Havendo morte por doença respiratória suspeita para Covid-19, não confirmada por exames ao tempo do óbito, deverá ser consignado na Declaração de Óbito a descrição da causa mortis como "suspeito para Covid-19".

Art. 6º Procedimentos e outras especificidades relativas à execução do presente ato deverão ser regulamentadas pelas Corregedorias Estaduais de Justiça e do Distrito Federal, pelas Secretarias estaduais e municipais de Saúde e pelos órgãos cemiteriais municipais.

Art. 7º Ficam revogadas as disposições constantes da Portaria Conjunta n. 01 de 30 de março de 2020.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação e terá vigência por 180 dias.

Ministro HUMBERTO MARTINS Corregedor Nacional de Justiça

Ministro NELSON TEICH Chefe de Estado da Saúde

**ANEXO IV**

PORTARIA CONJUNTA Nº CGJ/CCI- 09/2020-GSEC
Torna público o endereço de *e-mail* criado, exclusivamente, para o recebimento eletrônico de Declarações de Óbitos, nos termos do parágrafo único do art. 2º da Portaria Conjunta nº 1, de 30 de março de 2020, do Conselho Nacional de Justiça e do Ministério da Saúde.

O DESEMBARGADOR JOSÉ ALFREDO CERQUEIRA DA SILVA, CORREGEDOR-GERAL DA JUSTIÇA E O DESEMBARGADOR OSVALDO DE ALMEIDA BOMFIM, CORREGEDOR DAS COMARCAS DO INTERIOR, DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DA BAHIA, conjuntamente, no uso das suas atribuições legais e regimentais,

CONSIDERANDO a declaração pública de pandemia em relação ao *Coronavírus* – Covid 19 – pela Organização Mundial da Saúde – OMS, a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, bem como a edição do Decreto Legislativo nº 06/2020, que decretou a ocorrência do estado de calamidade pública;

CONSIDERANDO que, em razão disto, o Conselho Nacional de Justiça e o Ministério da Saúde editaram a Portaria Conjunta nº 1, de 30 de março de 2020, por via da qual autorizaram os estabelecimentos de saúde, na hipótese de ausência de pessoas conhecidas do obituado ou razão de exigência de saúde pública, a encaminhar à coordenação cemiterial do município, para o sepultamento ou cremação, os corpos sem prévia lavratura do registro civil de óbito;

CONSIDERANDO que a referida Portaria Conjunta estabeleceu que os registros civis de óbitos, nesses casos, terão o seu prazo diferido, e que deverão ser realizados em até sessenta dias após a data do óbito, cabendo aos serviços de saúde, o envio, preferencialmente, por meio eletrônico, das Declarações de Óbitos;

**RESOLVEM:**
Art. 1º – Determinar a disponibilização do endereço de *e-mail* **declaracaodeobito@tjba.jus.br**, gerenciado pelo Núcleo Extrajudicial da Corregedoria Geral da Justiça e da Corregedoria das Comarcas do Interior, exclusivamente para o recebimento de Declarações de Óbito, na hipótese de que trata a Portaria Conjunta nº 1, de 30 de março de 2020, do Conselho Nacional de Justiça e o Ministério da Saúde.

Parágrafo único – O endereço de *e-mail* mencionado no *caput* deste artigo deve ser imediatamente disponibilizado no *site* das Corregedorias e informado às Secretarias do Estado e dos Municípios deste Estado da Bahia.

Art. 2º – Deve o Núcleo Extrajudicial promover a distribuição das Declarações de Óbito e dos documentos recebidos por meio eletrônicos, aos Cartórios de Registro Civil competente, para a lavratura dos respectivos registros.

Art. 3º – Os registradores, quando da lavratura do registro civil de óbito, deverão consignar tudo o que constar do Campo V da Declaração de Óbito, ou seja, causa básica, antecedências e diagnóstico que levaram à morte, bem como todas as observações quanto à identificação do obituado que constem dos campos específicos ou no verso da declaração.

Art. 4º – Esta Portaria Conjunta entrará em vigor na data de sua publicação.

Secretaria das Corregedorias, 1º de abril de 2020.
**Des. José Alfredo Cerqueira da Silva**
**Corregedor Geral da Justiça**
**Des. Osvaldo de Almeida Bomfim**
**Corregedor das Comarcas do Interior**

**ANEXO V**

DIÁRIO OFICIAL
República Federativa do Brasil - Estado da Bahia
EXECUTIVO 23
SALVADOR, SEXTA-FEIRA, 1º DE MAIO DE 2020 • ANO CIV • Nº 22.893

to de 10.430,4m³, distribuída em doze tanques aéreos armazenamento, na Rodovia Estadual BA-523, km 6,93, Centro, no município de São Francisco do Conde. **Art. 2º** - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação. **MÁRCIA CRISTINA TELLES DE ARAÚJO LIMA - Diretora Geral**

**PORTARIA Nº 20.564 DE 30 DE ABRIL DE 2020.** O **INSTITUTO DO MEIO AMBIENTE E RECURSOS HÍDRICOS - INEMA**, com fulcro nas atribuições e competências que lhe foram delegadas pela Lei Estadual nº 12.212/11 e Lei Estadual nº 10.431/06, alterada pela Lei nº 12.377/11, regulamentada pelo Decreto Estadual nº 14.024/12 e, tendo em vista o que consta do Processo nº **2019.001.006029/INEMA/LIC-06029**, **RESOLVE: Art. 1.º** - Conceder **RENOVAÇÃO DA LICENÇA DE OPERAÇÃO**, válida pelo prazo de 4 (quatro) anos, à **CIVIL INDUSTRIAL E COMERCIAL LTDA**, inscrita no CNPJ sob nº 15.120.702/0004-29, com sede na Via Ipitanga, s/n, CIA Sul, Centro Industrial de Aratu, no município de Simões Filho, para fabricação de artefatos de concreto, com capacidade instalada de 477 t/dia, nas coordenadas geográficas em décimo de grau Lat./Long.: -12,844138/ -38,424307, Datum SIRGAS2000, nesse mesmo local e município, mediante o cumprimento da legislação vigente e dos condicionantes constantes da integra da Portaria que se encontra no referido Processo. **Art. 2º** - Esta portaria contempla a ampliação da unidade industrial, objeto do processo de Licença de Alteração nº 2019.001.005855/INEMA/LIC-05855. **Art. 3º** - Esta Licença refere-se à análise de viabilidade ambiental de competência do Instituto do Meio Ambiente e Recursos Hídricos - INEMA, cabendo ao interessado obter a Anuência e/ou Autorização das outras instâncias no âmbito Federal, Estadual ou Municipal, quando couber, para que a mesma alcance seus efeitos legais. **Art. 4º** - Estabelecer que esta Licença, bem como cópias dos documentos relativos ao cumprimento dos condicionantes, sejam mantidos disponíveis à fiscalização do INEMA e aos demais órgãos do Sistema Estadual de Meio Ambiente - SISEMA. **Art. 5º** - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação. **MÁRCIA CRISTINA TELLES DE ARAÚJO LIMA - Diretora Geral**

**PORTARIA Nº 20.565 DE 30 DE ABRIL DE 2020.** O **INSTITUTO DO MEIO AMBIENTE E RECURSOS HÍDRICOS - INEMA**, com fulcro nas atribuições e competências que lhe foram delegadas pela Lei Estadual nº 12.212/11 e Lei Estadual nº 10.431/06, alterada pela Lei nº 12.377/11, regulamentada pelo Decreto Estadual nº 14.024/12 e, tendo em vista o que consta do Processo nº **2019.001.000826/INEMA/LIC-000826**, **RESOLVE: Art. 1.º** - Conceder **AUTORIZAÇÃO DE SUPRESSÃO DA VEGETAÇÃO NATIVA**, válida pelo prazo de 02 (dois) anos, a **JONAS GRATIERI COSTA**, inscrito no CPF sob nº 029.851.811-27, com sede na Avenida José Ribeiro e Silva, Setor Augusto José Valente Qd. 62, LT.04 no município de Posse - GO, para implantação de Agricultura de Sequeiro, em uma área de 302,4361 ha, na Fazenda Arizona, Estrada COCOC X MAMBAI, Zona Rural no município de Jaborandi, delimitada conforme poligonal formada pelos pontos sob coordenadas geográficas (14º 25' 07"S / 45º 47'27"W) sob coordenadas UTM X/Y informadas no certificado, constando a poligonal completa no processo, mediante o cumprimento da legislação vigente e dos condicionantes constantes da integra da Portaria que se encontra no referido Processo. **Art. 2.º** - O rendimento de material lenhoso foi estimado em 2.146,437m³ ou 3.219,6555st ou 1.073,2185 mdc. **Art. 3.º** - Esta portaria aprova o Plano de Salvamento de Fauna, incluindo seu manejo e transporte, quando necessário; **Art. 4.º** - Os produtos e subprodutos originados de atividade autorizada, nas coordenadas de referência geográficas (14º 25' 07"S / 45º 47'27"W) deverão ser aproveitados conforme estabelecido no Art. 115 da Lei 10.431/2006 sujeitando-se o transporte ao Art. 144 da mesma, bem como à Portaria MMA nº 253/2006, que dispõe sobre a necessidade de registro de tais produtos no "Sistema - DOF" para o controle informatizado do transporte e de seu armazenamento. **Art. 5.º** - Estabelecer que esta Autorização, bem como cópias dos documentos relativos ao cumprimento dos condicionantes, deve ser mantida disponível à fiscalização dos órgãos do Sistema Estadual de Meio Ambiente - SISEMA. **Art. 6.º** - Esta portaria não dispensa nem substitui a obtenção de certidões, alvarás ou licenças exigidas pela legislação pertinente, federal, estadual ou municipal. **Art. 7.º** - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação. **MÁRCIA CRISTINA TELLES DE ARAÚJO LIMA - Diretora Geral**

**PORTARIA Nº 20.566 DE 30 DE ABRIL DE 2020.** O **INSTITUTO DO MEIO AMBIENTE E RECURSOS HÍDRICOS - INEMA**, com fulcro nas atribuições e competências que lhe foram delegadas pela Lei Estadual nº 12.212/11 e Leis Estaduais nº 10.431/06 e 11.612/09, e suas alterações, regulamentadas pelo Decreto Estadual nº 14.024/12 e, tendo em vista o que consta do Processo nº **2019.001.007606/INEMA/LIC-07606, RESOLVE: Art. 1º** - Publicar a **ERRATA** da Portaria nº 20.477, publicada no D.O.E de 18/04/2020, que concedeu Autorização do direito de uso dos recursos hídricos. **Onde se lê:** "...a **CORPER INDÚSTRIA E COMÉRCIO DE PRODUTOS ALIMENTÍCIOS E BEBIDAS LTDA**..." leia-se: "...a **CARPER INDÚSTRIA E COMÉRCIO DE PRODUTOS ALIMENTÍCIOS E BEBIDAS LTDA**...". **Art. 2º** - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação. **MÁRCIA CRISTINA TELLES DE ARAÚJO LIMA - Diretora Geral**

**A DIRETORA GERAL DO INSTITUTO DO MEIO AMBIENTE E RECURSOS HÍDRICOS - INEMA**, no uso de suas atribuições, **RESOLVE:**

**PORTARIA Nº 20.567/2020 -** Tornar público a designação dos servidores abaixo na função de Fiscais do Contrato, sendo responsáveis pelo mesmo, acompanhando o desenvolvimento das atividades nele previstas e demais incumbências pertinentes à sua execução.

| Nº do Contrato | Empresa | Fiscais |
|---|---|---|
| 010/2020 | ELLU TERCEIRIZAÇÃO EIRELI | ISABEL CRISTINA MATTOS CONCEIÇÃO FONSECA (FISCAL TITULAR)<br>MARCOS MAURICIO DE SOUZA (FISCAL SUBSTITUTO) |

**GABINETE DA DIRETORIA GERAL**, em 30 de abril de 2020. Ass.: **MARCIA CRISTINA TELLES DE ARAÚJO LIMA** - Diretora Geral

## SECRETARIA DA SAÚDE

**RESOLUÇÃO CIB Nº 050/2020**

Aprova *ad referendum* a nova atualização dos anexos 2 e 3 referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavirus - SARS nCoV2 no estado da Bahia.

O Coordenador e a Coordenadora adjunta da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia no uso de suas atribuições e considerando:

A Resolução CIB nº 029/2020, de 27 de março de 2020, que aprova o Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavirus- SARS nCoV2 no estado da Bahia;

A Portaria nº 237, de 18 de março de 2020, inclui leitos e procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS), de Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico, para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19;

A Portaria MS/SAES nº 245, de 24 de março de 2020, que inclui procedimento na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS), para atendimento exclusivo de pacientes com diagnóstico de infecção pelo COVID-19;

A Portaria nº 568, de 26 de março de 2020, que autoriza a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19;

A recomendação da SAES/MS por meio de reuniões por webconferência com as Secretarias de Saúde dos Estados de atualização da Planilha de leitos nas regiões destinados aos pacientes acometidos pelo coronavirus, para acompanhamento do processo de ampliação da rede de atenção à saúde e enfrentamento do SARS nCoV2.

**RESOLVE**

Art. 1º Aprovar *ad referendum* a nova atualização dos anexos 2 e 3 referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavirus- SARS nCoV2 no estado da Bahia, conforme Anexo I desta Resolução, disponível no site www5.saude.ba.gov.br/portalcib.

Parágrafo único Este Plano está sujeito a ajustes constantes decorrentes das atualizações práticas e das mudanças observadas no cenário epidemiológico e considerando às constantes atualizações disponibilizadas pela OMS e MS.

Art. 2º Revogar a Resolução CIB nº 049/2020 a partir da data de publicação desta Resolução.

Art. 3º A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Salvador, 30 de abril de 2020.

Fábio Vilas-Boas Pinto
Secretário Estadual da Saúde
Coordenador da CIB/BA

Stela dos Santos Souza
Presidente do COSEMS/BA
Coordenadora Adjunta da CIB/BA

**SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL**

**Portaria nº 168 DE 30 DE ABRIL 2020**

**O SECRETÁRIO DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA** no uso de suas atribuições, na condição de autoridade de vigilância em saúde do Estado da Bahia, e

**Considerando** a situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, em razão da pandemia do COVID-19, declarada pela OMS em 11 de março de 2020;

**Considerando** o Decreto nº 19.549 de 18 de março de 2020 que declara situação de emergência em todo o território baiano afetado por Doença Infecciosa Viral, para fins de prevenção e enfrentamento à COVID-19, ratificado por meio do Decreto nº 19.586 de 27 de março de 2020;

**RESOLVE**

**Art. 1º.** Em caso de óbito ocorrido no período de pandemia da COVID-19, somente será permitido o translado intermunicipal quando assegurado que o corpo chegue ao local de destino do sepultamento em até 24 (vinte e quatro) horas da ocorrência do óbito.

**Parágrafo único.** O custeio do serviço funerário, incluído a remoção, ficará a cargo dos familiares ou pessoas conhecidas do obituado.

**Art. 2º.** Em caso de corpo não identificado, ou na hipótese de ausência de familiares ou de pessoas conhecidas do obituado, proceder-se-á o enterro no local do óbito.

**Art. 3º.** A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia apoiará, em articulação com os Sistemas da Assistência Social e da Defesa Civil, o traslado do corpo da pessoa hipossuficiente, assim entendida aquela que possui cadastro no CADUNICO, desde que limitado à distância máxima de 500km do local do óbito.

**Art. 4º.** Esta Portaria entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

**FÁBIO VILAS-BOAS PINTO**
**Secretário**

## ANEXO VI

## ANÁLISE DOS DADOS POR REGIÃO DE SAÚDE

### Região Centro Leste

(72 Municípios com total de 2.289.988 habitantes) - Resposta de 11 (15,27%) municípios até a presente data

Dos onze municípios que responderam ao questionário, apenas dois informam ter cemitério com capacidade ajustada (30/dia), os outros municípios propuseram a construção de novos túmulos verticais e de novos cemitérios públicos.

Quanto à escala de médicos para emissão da DO de óbitos ocorridos em domicílios e instituições de moradia, em horário administrativo, quatro municípios estão preparados para atender a demanda de segunda a sexta feira, enquanto apenas dois municípios estão preparados para atender a demanda, inclusive em finais de semana e feriados.

### Região Centro Norte

(38 Municípios com total de 835.126 habitantes) - Resposta de 18 (47,36%) municípios até a presente data

Dos 18 municípios que responderam ao questionário, oito informam que possuem cemitérios com taxa de ocupação excedida ou com capacidade ajustada para situações consideradas normais; oito municípios apontam a necessidade ou possibilidade de ampliação no caso de situação de emergência.

Quanto à escala de médicos para emissão da DO de óbitos ocorridos em domicílios e instituições de moradia, nenhum município informa estar preparado para atender a demanda em finais de semana e feriados, mas propuseram trabalhar com plantonista de Hospital ou com médicos de Unidades Básicas de Saúde (UBS) residentes no município.

### Região Leste

(47 Municípios com total de 4.863.025 habitantes) - Resposta de 17 (36,17%) municípios até a presente data

Dos 17 municípios que responderam ao questionário, 16 têm cemitérios com boa capacidade de sepultamento para rotina, mas apontam a necessidade/possibilidade de ampliação dos cemitérios

Quanto à emissão da DO de óbitos ocorridos em domicílios e instituições de moradia, dois municípios informam não ter organizado o serviço para óbitos ocorridos fora de horário administrativo. Para essa situação, houve também proposta de articulação com profissionais dos serviços de urgência, contratação de médicos para emitir DO durante a pandemia, articulação com os médicos das

unidades básicas de saúde, aporte financeiro para contratação de médicos (sobreaviso) e utilização de profissionais do quadro.

**Região Norte**

(28 Municípios com total de 1.117.090 habitantes) - Resposta de 17 (60,71%) municípios até a presente data

Dos 17 municípios avaliados, 12 informam ter cemitérios com capacidade instalada dentro do limite para rotina, e cinco municípios sinalizam não ter nenhuma capacidade para sepultamento. Quanto à ampliação, quatro municípios informam não ser necessário e 13 ressaltam essa necessidade. Para tanto, propõe-se a aquisição e ampliação em terrenos próximos, solicitam recursos para ampliação e contratação de coveiros e mão de obra.

Quanto à emissão de DO, apenas 01 município não possui médico em nenhum momento, mas pretende contratar. Para os finais de semana e horário noturno, 09 municípios não possuem médicos para emitir DO. Propostas: aguardar dia útil para emissão da DO; contratação de médico; normativa do CREMEB para que os médicos atestem os óbitos em domicílio e regulamentação para que os médicos do hospital emitam a DO de óbitos ocorridos em domicílios e instituições de moradia.

**Região Nordeste**

(33 Municípios com total de 890.973 habitantes) - Resposta de 25 (75,75%) municípios até a presente data

Dos 25 municípios que responderam ao questionário, 15 municípios informam ter capacidade instalada dentro do limite para a rotina, enquanto outros dez indicam possibilidade de ampliação dos cemitérios. Destes, Oito municípios têm construção de cemitério em andamento e dois tem necessidade de recursos para ampliação. Apenas três municípios relatam não ter médico para emissão da DO no fim de semana e à noite, os demais descrevem ter médicos em quantidade suficiente para emissão de DO.

**Região Sudoeste**

(74 Municípios com total de 1.828.341 habitantes) - Resposta de 58 (78,37%) municípios até a presente data

Dos 58 municípios que responderam ao questionário, 23 relatam que seus cemitérios têm a capacidade dentro do limite para rotina, ou baixa capacidade para sepultamentos/ dia, em sua maioria. Alguns municípios relatam a necessidade de ampliação, com possibilidade para execução. Outros referem grande número de cemitérios, a exemplo de Malhada de Pedra e Guanambi, em zona rural com capacidade instalada para a população de referência.

Como propostas, há a possibilidade de construção de ossuário; possibilidade de remoção de catacumbas para favorecer novos sepultamentos; construção de novos cemitérios a partir de compra de terrenos e/ou ampliação de novas áreas já pertencentes ao cemitério; necessidade de recursos financeiros para intervenção em novas ampliações.

Sobre a Declaração de Óbito, apenas 01 município não possui médico para emissão da DO no horário administrativo. Nos finais de semana e à noite, 10 municípios também não possuem o médico para atestar a DO.

Propostas dos municípios: transporte do corpo pelas funerárias até o hospital para ser atestado o óbito pelo médico plantonista; Acionamento do Ministério Público (MP) com o objetivo de acordar que em finais de semana, horário extra comercial e feriados, as D.O deverão ser emitidas pelo médico plantonista da unidade Hospitalar Municipal; Ampliação do número de declarações de óbito enviadas para os municípios; Regulamentação para que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) básico transporte os corpos até a unidade hospitalar para verificação dos óbitos ocorridos no período da noite, nos finais de semana e feriados; Existência de médicos de plantão na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da cidade que fazem a DO em caso de mortes naturais/residenciais; Os médicos se encontram em alerta monitorando e cuidando dos casos e se precisar, emitem a DO; Contam com médicos no município com escala de 24h e médicos de sobreaviso para atender necessidades que surjam no momento, podendo assim atender ao município; Tem médicos para emissão de DO durantes 24 horas e 7 dias por semana

**Região Oeste**

(36 Municípios com total de 975.021 habitantes) - Resposta de 25 (69,44%) municípios até a presente data

Dos 25 municípios que responderam ao questionário, dez citam a existência de cemitérios com capacidade reduzida de sepultamentos dia, quatro municípios relatam capacidade ampliada para mais de 100 sepultamentos. 01 município relata já ter capacidade preenchida e não ter mais espaço para ampliação e os demais citam capacidade ajustada.

Como propostas, 07 municípios relatam possibilidade de expansão dos cemitérios através de aquisição de terrenos ou que já se encontram em processo de construção de novos espaços. Relatam presença de pequenos cemitérios nos distritos e povoados. Alguns também citam financiamento do Estado e auxílio funeral do Ministério da Saúde (MS) como possibilidade de apoio para os municípios.

Sobre a emissão da DO: 03 municípios não possuem médicos para preenchimento da DO, mesmo em horário administrativo. Para os finais de semana e horário noturno, 08 municípios não possuem médico de referência. 04 municípios propõem a contratação de médicos e 03 relatam dificuldade de acesso a médicos.

**Região Sul**

(68 Municípios com total de 1.691.844 habitantes) - Resposta de 16 (23,52%) municípios até a presente data

Dos 16 municípios que responderam ao questionário, seis citam baixa capacidade instalada e que estão trabalhando com capacidade dentro do limite para rotina. Nove municípios apontam possibilidade de ampliação do cemitério no próprio terreno ou por aquisição de novas áreas, assim como a abertura de novas valas e construção de novas gavetas;

Quanto à emissão da DO: 05 municípios relataram não ter médico de referência para se responsabilizar pela D.O nos finais de semana, feriados e período noturno. 01 município relata dificuldade de contratar profissional médico plantonista de final de semana e feriado. Relato de equipe composta por enfermeira e técnico de enfermagem para os finais de semana e feriados, com o objetivo de estabilizar o paciente para encaminhamento à unidade hospitalar de referência. Há também a proposta de emissão de DO também pelo SAMU.

**Região Extremo Sul**

(21 municípios com total de 853.039 habitantes) - Resposta de 09 (42,85%) municípios até a presente data

Dos nove municípios que responderam ao questionário, oito municípios apontam capacidade ajustada para sepultamentos, com possibilidade de ampliação. Três citam a necessidade de recursos financeiros para execução. Apenas um município relata impossibilidade de ampliação, sem elencar medidas possíveis de resolução da capacidade instalada.

## ANEXO VII

| UNIDADES DE REFERÊNCIA COVID-19 - ESTADO DA BAHIA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Macrorregião** | **CIR / Região de Saúde** | **Município** | **CNES** | **Nome Hospital** |
| **Leste** | Santo Antonio de Jesus | Santo Antonio de Jesus | 6414702 | Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus |
| | Salvador | Salvador | 5428 | Instituto Couto Maia - ICOM |
| | | | 4073 | Hospital Geral Ernesto Simões Filho |
| | | | 106526 | Hospital de Campanha COVID-19 - Espanhol |
| | | | 106496 | Hospital de Campanha COVID-19 - Fonte Nova |
| | | | 6595197 | Hospital do Subúrbio |
| | | | 103497 | Hospital de Campanha COVID-19 - WET Wild |
| | | | 3832 | Hospital Santa Isabel |
| | | | 9443665 | Hospital Municipal de Salvador |
| | | | 4251 | Hospital Português |
| | | | 4278 | Hospital Martagão Gesteira |
| | | | | Hospital Sagrada Família |
| | | | 4502 | INSBOT Barbalho |
| | | | 103594 | Hospital de Campanha COVID-19 - Itaigara Memorial |
| | | | 3956369 | Maternidade de Referência José Maria |
| | | Lauro de Freitas | s/CNES | Hospital Metropolitano |
| **Centro Leste** | Feira de Santana | Feira de Santana | 2799758 | Hospital Geral Cleriston Andrade |
| | | | 6602533 | Hospital Estadual da Criança |
| | | | 2802031 | Hospital Mater Dei |
| | Seabra | Seabra | 9383298 | Hospital Regional da Chapada |
| | Serrinha | Serrinha | 2801914 | Hospital Municipal de Serrinha |
| **Nordeste** | Alagoinhas | Alagoinhas | 2487438 | Hospital Dantas Bião |
| | Ribeira do Pombal | Ribeira do Pombal | 2799790 | Hospital Santa Tereza |
| **Norte** | Juazeiro | Juazeiro | 4028155 | Hospital Regional de Juazeiro |
| | Paulo Afonso | Paulo Afonso | 2533480 | Hospital Nair Alves de Souza |
| **Centro Norte** | Jacobina | Jacobina | 2470748 | Hospital de Campanha - Vicentina Goulart |
| | Irecê | Irecê | 4026896 | Hospital Regional Mario Dourado Sobrinho |
| **Oeste** | Barreiras | Barreiras | 3972925 | Hospital do Oeste |
| **Sudoeste** | Guanambi | Guanambi | 2804034 | Hospital Regional de Guanambi |
| | Vitória da Conquista | Vitória da Conquista | 2402076 | Hospital Geral de Vitória da Conquista |
| **Sul** | Ilhéus | Ilhéus | 9388133 | Hospital Regional Costa do Cacau |
| | Itabuna | Itabuna | 2772280 | Hospital Calixto Midlej Filho |
| | | | 2525569 | Hospital Manoel Novaes |
| | Jequié | Jequié | 2400693 | Hospital Geral Prado Valadares |
| **Extremo Sul** | Porto Seguro | Porto Seguro | 2802090 | Hospital Regional Dep. Luís Eduardo Magalhães |
| | Teixeira de Freitas | Teixeira de Freitas | 2301318 | Hospital Municipal de Teixeira de Freitas |

## ANEXO VIII

**Tabela: Estratificação da capacidade instalada para manejo de óbito por Regional de Saúde**

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Centro Leste** | **Pé de Serra** | | | | Nem para a POPULAÇÃO local | Sim, mais 1 | Cemitério público | SIM | SIM | |
| | **Governador Mangabeira** | 30 | 30 | | | | | SIM | NÃO | |
| | **Laje** | | | | | | | NÃO | NÃO | |
| | **Nazaré** | 0,7/dia. Só temos 4 carneiras novas livres + 16 carneiras no prazo para retirada dos restos mortais em abril | 100 novas carneiras/Não temos recursos, mas temos área para ampliação | Temos mais de 200 m² de área para construção vertical de carneiras | 7/dia se construir mais 200 carneiras | 200 novas carneiras | 219 m² vertical (50 carneiras de largura X 4 carneiras de altura) | SIM | NÃO | Montagem de escala em rodízio de médicos |
| | **Quijingue** | | | | | | | NÃO | | |
| | **Feira de Santana** | | | | | | | SIM | SIM | DO só durante o dia, todos os dias da semana |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Centro Leste** | **Baixa Grande** | 1 | 0 | | | | | SIM | SIM | |
| | **Riachão do Jacuípe** | 01/ 273 gavetas | Sim | Ampliar o número de gavetas no mesmo cemitério | | | | SIM | NÃO | Transportar o corpo até a unidade hospitalar para atestar o óbito |
| | **Banzaê** | 1.000 | 00 | Não é necessário | | | | SIM | NÃO | o município esta avaliando a possibilidade de contratação de médicos para plantão de 24 horas nos finais de semana e feriados. |
| | **Teodoro Sampaio** | 01 cemitério na sede com capacidade para 70 sepultamentos, 01 cemitério no Distrito de Lustosa com capacidade para 40 sepultamentos e 01 cemitério no Distrito de Buracica com capacidade para 30 sepultamentos. | No cemitério da sede tem possibilidade de ampliação | Não | | | | SIM | SIM | Não |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Região de saúde | Município | Capacidade para sepultamento municípios | Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo) | Medidas propostas | Capacidade para sepultamento município de referência | Necessidade de ampliação (em quanto tempo) | Medidas propostas | Horário administrativo | Noite, finais de semana e feriados | Medidas propostas |
| Centro Norte | Mirangaba | 180 | Não é necessário | - | - | - | - | SIM | NÃO | Estamos montando um Pronto atendimento com Equipe médica 24h nos próximos 15 dias. |
| | Morro do Chapéu | Somente 01 cemitério, que não tem mais capacidade para sepultamento. | Sim. Já existe projeto de ampliação em área vizinha ao próprio cemitério. | O município já está providenciando a ampliação do cemitério. | Sem capacidade de sepultamento no momento. | Sim, o município já está providenciando a ampliação. | Ampliação do cemitério. | SIM | NÃO | |
| | Ourolândia | | Ampliado recentemente | | Ampliado recentemente | Não | | SIM | SIM | |
| | São José do Jacuípe | 8 | 2 | | | | | SIM | NÃO | Suporte das cidades pólo |
| | Saúde | Mínima | Sim | Dois cemitérios pequenos, 01 só uso dos jazigos já estamos avaliando ampliação ou outro terreno! | | | | SIM | NÃO | Quem disponibiliza DO nos domicílios são os médicos das unidades básicas |
| | Umburanas | 200 | Não há necessidade ampliação | | | | | SIM | SIM | |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Centro Norte** | **Caém** | 04 | Sim | Ampliação do cemitério municipal | 04 | 10 | Ampliação do cemitério municipal | SIM | SIM | |
| | **Central** | 4 | Sim | Aumentar espaço físico | 4 | 500 metros | | SIM | SIM | Pactuação UBS |
| | **Caldeirão Grande** | Total de 7 cemitérios, sendo 1 na sede e 6 em povoados. Capacidade 12 por dia e cerca de 300 no total. | Há possibilidade de ampliação em todos. | | | | | | | O médico de uma UBS reside no município e se disponibiliza a fazer esses atendimentos fora do horário de funcionamento |
| | **Capim Grosso** | 800 | Não | | | | | | | |
| | **Irecê** | **30/dia/5 cemitérios** | 40/dia/5 cemitérios | | | | | | | |
| | **Jussara** | **Insuficiente** | Oito mil metros quadrados | Articulação com as secretarias de administração e infra-estrutura para:<br>* Discussão e definição de espaço, metragem, pesquisa de lençol freático etc.<br>* Visita in loco com pessoal de engenharia e construção. | Não, apenas para os munícipes locais | Não se aplica | Não se aplica | SIM | SIM | O cemitério Central localizado na sede foi ampliado recentemente. |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Centro Norte** | **Mairi** | Não | 1 | Ampliação, isolamento para doenças transmissíveis. | | | | SIM | NÃO | |
| | **Miguel Calmon** | O município tem 10 cemitérios na zona rural e 01 cemitério na sede. A sede tem capacidade ainda para 50 sepultamentos em média. E zona rural tem área disponível para construção de novas covas. | O município tem projeto a curto prazo de construção de novo cemitério, com capacidade para 500 sepultamentos. | Viabilização de sala de preparação de corpo; Construção de novo cemitério. Desapropriação / ampliação do cemitério da sede | | | Quando construído novo cemitério, poderá ser utilizado para sepultamento de casos suspeitos de COVID-19. | SIM | NÃO | |
| | **Lapão** | 5 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | SIM | NÃO | Profissional de plantão no hospital preencherá a DO |
| | **Serrolândia** | 10 por dia | Capacidade de aumentar para receber mil corpos | Existe uma área em anexo ao cemitério na sede que foi desapropriada e poderá ser utilizada para este fim | | | | SIM | SIM | |
| | **Várzea do Poço** | 10 | Não | Prevenção ao Coronavírus | | | | SIM | SIM | |
| | **Várzea da Roça** | 1.020 adultos / 70 crianças | Sim. Capacidade para crescimento para aproximadamente 3.000 novas vagas | | | | | NÃO | NÃO | |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Leste** | **Aratuípe** | | | | 300 | 300 | Espaço do local | SIM | SIM | ? |
| | **Camaçari** | Cerca de 10 por dia. | Há possibilidade a depender da demanda. | Intervenção de obras para ampliação de espaço para sepultamento e contratação de coveiros. | | | | SIM | SIM | Articulação com profissionais dos serviços de urgência. |
| | **Castro Alves** | Um cemitério na zona urbana e outros em zona rural; atualmente conta com 42 espaços (gavetas) para sepultamento na zona urbana. | Sim | Existem cemitérios na zona rural do município, caso necessário, será realizado nesses cemitérios. | | | | SIM | SIM | Médico contratado para emitir DO durante a pandemia. |
| | **Conceição do Almeida** | 1 cemitério na sede do município (capacidade de 5 sepultamentos/mês) + 7 cemitérios Zona Rural (capacidade 1 sepultamento/mês cada) | Todos os cemitérios têm necessidade e possibilidade de ampliação, porém, no momento o município não dispõe de recursos financeiros. | Aporte financeiro por parte do governo estadual/federal aos municípios para esta finalidade. | | | | SIM | NÃO | Aporte financeiro para contratação de médicos (sobreaviso). |
| | **Elísio Medrado** | Sim<br>Sede 20, zona rural 170 | SIM<br>20 | | NÃO | SIM | | SIM | SIM | |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Leste** | **Muritiba** | 10 | Sim, caso haja positividade de COVID-19 - média 100 a 200 novas gavetas | Ampliação do cemitério | 100 | Mais 100 a 200 gavetas | Ampliação para poder assistir as cidades vizinhas (caso seja necessário) | NÃO | SIM | |
| | **Salinas da Margarida** | 04 cemitérios com capacidade para 6.100 óbitos | 04 cemitérios | Sala para velórios | | | | SIM | SIM | |
| | **São Miguel das Matas** | 02 por dia | 50 | | | | | SIM | SIM | |
| | **Sapeaçu** | 2 por dia | Sem possibilidade | | Não temos capacidade para absorver esta demanda. | Sem possibilidade | | SIM | SIM | |
| | **Presidente Tancredo Neves** | Capacidade mínima | SIM | Implantação de novo cemitério | | SIM | Implantação de novo cemitério | SIM | SIM | Utilizar profissionais do quadro. |
| | **Cabaceiras do Paraguaçu** | Existem 4 cemitérios: 1 na zona urbana e os demais na zona rural; porém, 2 destes estão lotados. | O espaço destinado ao cemitério não comporta ampliação, o gestor está avaliando a construção de um novo cemitério | Aquisição de terreno para construção de novo cemitério | | | Construção de novo cemitério | | | |
| | **Coração de Maria** | 03 | 03 | | 0 | 03 | | SIM | NÃO | |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Leste** | **Salvador-BA** | 10 cemitérios municipais - parte continental são 06 (Brotas, Itapuã, Pirajá, Paripe, Periperi e Plataforma, parte insular (Ilha de Bom Jesus dos Passos, Ilha de Maré, Paramana e Ponta de Nossa Senhora). Média de 13 sepultamentos pra dia distribuídos nas dez unidades administradas pela SEMOP (Secretaria municipal de Ordem Pública). | Estamos ampliando a capacidade com a construção de 1.060 novas gavetas, desse quantitativo já estão prontas 460 no cemitério de Brotas (35 já utilizadas), e mais 120 em Paripe e 480 em Plataforma que estão sendo construídas. | | A capacidade média diária é de 13 sepultamentos. O quantitativo de vagas diárias é variável, pois depende do número de exumações a medida que vence o prazo legal pra realização de um novo sepultamento. Os cemitérios municipais de Salvador estão em funcionamento há décadas e suas covas já foram utilizadas na totalidade. | | | SIM | NÃO | |
| | **Santo Amaro** | 3 sepultamentos, 800m². | NÃO | Sem medidas propostas | Não somos referência | Não somos referência | Não somos referência | SIM | SIM | Não temos proposta. |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Leste** | **São Francisco do Conde** | 5 cemitérios - 1 na sede, 1 no Distrito do Socorro, 1 no Distrito de Santo Estevão, 1 no Distrito do Monte Recôncavo e 1 em Paramirim. Temos uma média de 5 vagas por cemitério hoje. Apenas o cemitério da sede tem autonomia maior. | Ampliação em 30% em cada um dos 4 distritos. | Ampliação de 15 vagas para cada cemitério dos Distritos. Ampliação de 20% para a sede. | | | | SIM | SIM | |
| | **Amargosa** | 5 | 40 | Construção de 40 carneiras | 20 | 40 | Construção de 40 carneiras | SIM | NÃO | Conduzir o médico da Unidade de Saúde de referência para atestar o óbito em domicilio. |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Nordeste** | **Ribeira do Amparo** | Temos 4 cemitérios, com capacidade de sepultar 16 corpos ao dia. | Possibilidade de construir mais 1 cemitério. | Ampliação dos cemitérios existentes e contratação de novos coveiros para realizar os sepultamentos. | | | | SIM | SIM | Se necessário, contratar mais médicos para os finais de semana e o turno da noite. Durante a semana, temos um número maior de médicos trabalhando (do Hospital de Pequeno Porte + da Atenção Básica). |
| | **Rio Real** | 30 | O3 | Ampliação da área/ andamento da construção do novo cemitério | 10 | 04 | Construção do novo cemitério já em andamento | SIM | SIM | Deixar um profissional médico do PSF sobre aviso |
| | **Sátiro Dias** | Sim | Sim | | | | | SIM | SIM | |
| | **Sítio do Quinto** | Nossos cemitérios estão lotados. | Construção de novo espaço ou ampliação para no mínimo 100 covas | A prefeitura já está fazendo levantamento da área para compra de terreno para ampliação ou construção de um novo. | 00 | Novo espaço. | | SIM | SIM | |
| | **Itanagra** | | | | | | | SIM | SIM | |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Nordeste** | **Jandaira** | 05 por dia | Não tem possibilidade de ampliação | Planejar possibilidade de aquisição de terreno complementar; mas, no momento, inviável por falta de recursos. | | | | SIM | NÃO | Município não dispõe de serviço 24h. Como tem 100% de cobertura da APS, os médicos das ESF que fornecem as DO |
| | **Crisópolis** | 25 por dia | Não, temos necessidade neste momento | | Não temos capacidade de atendimento para paciente grave de COVID 19 | | | SIM | NÃO | |
| | **Cipó** | 150 | Foi ampliado recentemente | | | | | SIM | SIM | |
| | **Heliópolis** | Em dois dos nove cemitérios estamos com capacidade mínima para sepultamento, nos outros sete temos capacidade de 90% para sepultar. | no momento não há necessidade de ampliação | Todos os profissionais que realizam atividades nos cemitérios utilizam todos os EPIs necessários para realizar o seu trabalho de forma protegida. | | | | | | |
| | **Itapicuru** | Mínima | Nenhuma | Viabilizamos um cemitério com capacidade mínima para demanda exclusiva de óbitos por COVID-19 | Mínima | Nenhuma, pois não possui estrutura e não a espaço para ampliação | | SIM | NÃO | Providenciar profissional médico para sobre aviso, pois o que tem no momento são plantonistas de Unidades Hospitalar. |
| | **Itanagra** | 2 cemitérios com capacidade total para 11 sepultamentos por dia. | Sim | Em discussão | | | | SIM | SIM | |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Nordeste** | **Pedrão** | 1 cemitério com capacidade para 2 sepultamento por dia, com espaço físico de 900 metros quadrados | Ampliação em andamento, aumentando o espaço físico para uma área que comporte 500 covas horizontais em um espaço de 900 metros quadrados | Ampliação em andamento, baseado no número de habitantes | | | | SIM | SIM | |
| | **Cardeal da Silva** | O município hoje tem 01 cemitério com 90% da sua capacidade preenchida conta também com 02 funcionários. | O município dispõe de uma área 2.400 metros quadrados localizado no fundo do cemitério que se por ventura houver necessidade de ampliação poderá ser usado, pois esse terreno está preparado para uma futura ampliação. | As medidas adotadas foram treinamento dos funcionários, disponibilização de EPI | | | | SIM | SIM | Todos já foram treinados e Capacitados e com uso de EPIs. |
| | **Sátiro Dias** | 300 sepultamentos | 3 cemitérios tem terreno para ampliação. | | | | | SIM | SIM | |
| | **Catu** | | 350 | Construção emergencial de um cemitério em terreno sob titularidade da prefeitura. construção imediata de 15 gavetas no distrito de Pau lavrado. | | | | SIM | NÃO | Em negociação com médicos que residem no município para esse tipo de serviço. |
| | **Alagoinhas** | 50 | SIM | | 50 | Dois | De acordo a necessidade | SIM | NÃO | |
| | **Olindina** | **437** | **396** | **396** | | | | **SIM** | **SIM** | |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Nordeste** | **Inhambupe** | 08 | Não | Não se aplica | Não se aplica | Não se aplica | Não se aplica | SIM | SIM | Não se aplica |
| | **Paripiranga** | Atualmente, existe 5 cemitérios no município de Paripiranga. Sendo um (01) na zona urbana e quatro (04) na zona rural (povoados: Maritá, Conceição de Campinas, Quixaba e Lagoa Preta). | Existe necessidade de ampliação do cemitério sede. | A engenheira da prefeitura está elaborando o projeto de ampliação. | Cemitério da sede do município tem capacidade para realizar cinco (5) sepultamentos dia. Já os povoados: Maritá, Conceição de Campinas, Quixaba e Lagoa Preta têm capacidade de realizar dois (02) sepultamentos dia. | Atualmente, não existe necessidade de ampliar a capacidade de sepultamento dia. | Caso venha a existir necessidade de ampliar a capacidade de sepultamento dia será contratado novos coveiros. | SIM | SIM | |
| | **Cicero Dantas** | 180 | 600 | Os cemitérios de zona rural estão quase todos lotados, necessitando aquisição de terrenos para construção de novos cemitérios | | | | SIM | NÃO | Aumento de recursos para contratação de médicos apenas para esta finalidade |
| | **Adustina** | Regular | Sem necessidade de ampliação | | | | | SIM | SIM | |
| | **Alagoinhas** | Cemitérios 06 praça da saudade cemitério municipal Estevão fechado cemitério municipal boa União cemitério municipal riacho da guia cemitério municipal jardim paraíso da saudade | O2 cemitério municipal riacho da guia cemitério municipal jardim paraíso da saudade | Aumentar o número de vagas urgente | Até o momento mim encontro com 50 vagas | 8.848,39 metros quadrados | Fazer ampliação para atender a demanda | SIM | SIM | |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Norte** | **Andorinha** | 700 | 1.000 | | | | | SIM | NÃO | |
| | **Antônio Gonçalves** | Mínimo | Necessidades de ampliar até 2000 m2 | Analisando compras de terrenos com intuito de aumentar a capacidade do terreno. | Não temos | Não temos capacidade | | NÃO | NÃO | Procurando contratação |
| | **Campo Alegre de Lourdes** | Até 03 sepultamentos | Sim, um cemitério. | Recursos financeiros | | | | SIM | NÃO | |
| | **Canudos** | 04 | 0 | Boa | 0 | Sim | Construir local adequado para esse tipo de sepultamento | SIM | NÃO | Aguardar o dia útil para emissão da DO |
| | **Casa Nova** | Existem hoje 12 cemitérios entre a sede e os distritos, com capacidade de ocupação estimada em 500 corpos. | Existe a necessidade de ampliar 3 cemitérios nos maiores distritos (Santana do Sobrado, Bem-Bom e Pau-a-Pique) | Ajuda financeira do governo do Estado para custear a ampliação faz-se necessária. O espaço para a ampliação está disponível, mas falta a verba. | Na sede (Casa Nova), a capacidade fica em torno de 350 corpos. | Na sede não há necessidade de ampliação no momento. | Encaminhamento de verbas para ampliação dos cemitérios nos distritos. | SIM | SIM | Nessa questão, está sob controle. |
| | **Coronel João Sá** | NÃO | SIM | Construção de um novo cemitério | | | | SIM | SIM | |
| | **Jaguarari** | **300** | **5** | Aquisição de áreas limites, para possibilitar a ampliação | 300 pessoas | 5 cemitérios | Adquirir áreas limites para ampliação de cemitério | **Sim** | **Sim** | |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Norte** | **Filadélfia** | 02 | Não. Capacidade física para 100 óbitos e com espaço disponível para ampliação caso tenha necessidade. | Recurso financeiro para:<br>->contratação de mão de obra;<br>-> aquisição de equipamentos necessários para abrir covas;<br>-> aquisição de EPI | | | | SIM | NÃO | Normativa do Cremeb que obriguem os médicos a atestar óbitos em domicílio |
| | **Itiúba** | 2 | Novo espaço | Recurso financeiro para construção de um novo cemitério | | | | SIM | SIM | À noite tem médico somente no hospital. Normativa do Cremeb obrigando o profissional da Atenção Básica atestar óbito domiciliar, inclusive feriado e final de semana. |
| | **Jeremoabo** | Insuficiente | Construção de um novo cemitério | Construção de um novo cemitério | | | | | | |
| | **Macururé** | 1.000 | Nenhuma necessidade | Nenhuma | 1.000 | Nenhuma | Nenhuma | SIM | SIM | Nenhuma |
| | **Paulo Afonso** | 5 por dia | Sim, mais 2 cemitérios | 2 cemitérios em zona rural | 5 por dia | 2 cemitérios | Implementação de 2 cemitérios na zona rural | SIM | SIM | A declaração de óbito poderá ser emitida no próprio local. |
| | **Pedro Alexandre** | 40% | 20% | Aumentar em 50% e comprar um terreno e construir um novo cemitério | | | | SIM | NÃO | Contratação para médico plantonistas 24 horas e nos finais de semanas. |
| | **Abaré** | 05 | 01 | Apenas 01 cemitério da zona rural com capacidade de ampliação | | | | | | |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Norte** | **Curaçá** | 3 cemitérios com capacidade para 53 sepultamentos | Sim 2.000 metros | 50 x 40 | | | | SIM | SIM | |
| | **Juazeiro** | 10 sepultamento diários | 10 mil metros quadrados | 10 mil metros quadrados | 10 Sepultamentos diários | 10 mil metros quadrados | 10 mil metros quadrados | SIM | SIM | 10 mil metros quadrados |
| | **Antas** | 02 cemitérios. Um já atingiu sua capacidade máximo e o outro ainda não atingiu 10%de sua capacidade. | Não temos necessidade de ampliação | | Não sei informar o número exato, mas trata-se de um cemitério novo c grande capacidade e que pode ser ampliado se houver necessidade. | Não sei precisar a medida exata | Por enquanto estamos c um cemitério grande e praticamente vazio...e temos outro já lotado. | SIM | SIM | Estamos organizando uma unidade básica com carga horária ampliada e o município possui dois hospitais filantrópicos conveniados ao SUS. |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Oeste** | **Angical** | 5 | 2 | | | | | SIM | SIM | |
| | **Baianópolis** | 00 | 01 | Construção de outro cemitério | | | | SIM | SIM | |
| | **Bom Jesus da Lapa** | Temos 3 cemitérios . Capacidade de até 10 a 15 | Estamos inaugurando um cemitério para até 10.000 pessoas | Estamos inaugurando um cemitério | 20 | Estamos inaugurando o cemitério para até 10000 pessoas | Contratação de mais pessoal para trabalhar no cemitério | SIM | SIM | Estamos planejando médicos para ficarem de sobre aviso |
| | **Brejolândia** | 05 cemitérios em todo o município | SIM/ SEDE | NÃO | NÃO | Sim /01 da sede | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO |
| | **Buritirama** | 100 | NÃO | Fazer outro cemitério | 100 | SIM | Fazer outro ou ampliar | SIM | SIM | |
| | **Catolândia** | 700 | | | 700 | | | SIM | NÃO | Recursos para contratações de médicos |
| | **Cocos** | | NÃO | | | | | SIM | SIM | |
| | **Cotegipe** | 400 pessoas | 100 pessoas | | | | | SIM | SIM | Se necessário ampliação da equipe de saúde. |
| | **Ipupiara** | | NÃO | NÃO | | | | SIM | NÃO | |
| | **Jaborandi** | 4 | 300 | Possibilidade que desapropriar terreno para novas edificações. | | | | SIM | SIM | |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Norte** | **Andorinha** | 700 | 1.000 | | | | | SIM | NÃO | |
| | **Antônio Gonçalves** | Mínimo | Necessidades de ampliar até 2000 m2 | Analisando compras de terrenos com intuito de aumentar a capacidade do terreno. | Não temos | Não temos capacidade | | NÃO | NÃO | Procurando contratação |
| | **Campo Alegre de Lourdes** | Até 03 sepultamentos | Sim, um cemitério. | Recursos financeiros | | | | SIM | NÃO | |
| | **Canudos** | 04 | 0 | Boa | 0 | Sim | Construir local adequado para esse tipo de sepultamento | SIM | NÃO | Aguardar o dia útil para emissão da DO |
| | **Casa Nova** | Existem hoje 12 cemitérios entre a sede e os distritos, com capacidade de ocupação estimada em 500 corpos. | Existe a necessidade de ampliar 3 cemitérios nos maiores distritos (Santana do Sobrado, Bem-Bom e Pau-a-Pique) | Ajuda financeira do governo do Estado para custear a ampliação faz-se necessária. O espaço para a ampliação está disponível, mas falta a verba. | Na sede (Casa Nova), a capacidade fica em torno de 350 corpos. | Na sede não há necessidade de ampliação no momento. | Encaminhamento de verbas para ampliação dos cemitérios nos distritos. | SIM | SIM | Nessa questão, está sob controle. |
| | **Coronel João Sá** | NÃO | SIM | Construção de um novo cemitério | | | | SIM | SIM | |
| | **Jaguarari** | **300** | **5** | Aquisição de áreas limites, para possibilitar a ampliação | 300 pessoas | 5 cemitérios | Adquirir áreas limites para ampliação de cemitério | **Sim** | **Sim** | |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Oeste** | **Ipupiara** | | NÃO | NÃO | | | | SIM | NÃO | |
| | **Jaborandi** | 4 | 300 | Possibilidade que desapropriar terreno para novas edificações. | | | | SIM | SIM | |
| | **Paratinga** | 1 cemitério - já está com a capacidade preenchida. | Não tem espaço para ampliar | Ainda não tem | | | | SIM | NÃO | Os médicos têm resistência em declarar óbito de pacientes que eles não acompanham. |
| | **Santa Rita de Cássia** | 2 | 1 | O gestor está providenciando um novo cemitério | | | | SIM | | |
| | **Santana** | SIM | SIM | | | | | SIM | SIM | |
| | **São Félix do Coribe** | Pouco (1 por dia) | Um completo | Construção, liberação de área | Não existe | Um completo | Construção e liberação de área | SIM | NÃO | Contratar um médico extra para estes casos; complexo, pois não é fácil contratar médico |
| | **Serra do Ramalho** | 01 cemitério; 30 sepultamentos/dia | | | Não temos capacidade | 27 sepultamentos/dia | | NÃO | NÃO | Não temos médicos suficientes para atender a demanda |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Oeste** | **Tabocas do Brejo Velho** | 2 | | | | | | SIM | NÃO | |
| | **Ibotirama** | | | | | | | SIM | SIM | |
| | **Mansidão** | Cinco mil a mais pessoas | NÃO | | Cinco mil pessoas | NÃO | | SIM | SIM | |
| | **Morpará** | | | | | | | | | |
| | **Riachão das Neves** | Temos um cemitério por distrito, alguns cemitérios em povoados mais populosos e um cemitério central na sede, totalizando dez unidades, além de inúmeros cemitérios pequenos em povoados menores. Sem número exato de capacidade diária. | | | | | | SIM | SIM | |
| | **Serra Dourada** | SIM | NÃO | | | | | SIM | SIM | |
| | **Formosa do Rio Preto Ba** | 2 | | | SIM | SIM | | SIM | SIM | |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Oeste** | **Wanderley** | Quantidade razoável de sepultamento. | SIM | Aumentar a quantidade de cemitérios e extensão de área dos já existentes | Necessita da ampliação dos cemitérios | Dois na sede | Aumentar em quantidade e extensão dos já existentes | SIM | NÃO | Rever a questão com os profissionais que atuam no município |
| | **Correntina** | 02 cemitérios | Sim, em cerca de 50% da área atual | Cooperação da Secretaria de Infraestrutura do município | | | | SIM | NÃO | Pagamento de Hora extra |
| | **Brotas de Macaúbas** | Brotas tem extensão territorial imensa, 130 povoados, e a maioria deles conta com um cemitério pequeno. O principal está na sede do Município, sem capacidade de ampliação. | Necessidade de averiguação de outro local apropriado pois este não tem capacidade de ampliação devido presença de riacho em um dos seus lados de abrangência. | Estruturação de outro local apropriado | Não Temos | ZERO | Estruturação de outro local apropriado | SIM | NÃO | Criação de Comitê técnico para resolução dessas problemáticas |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Sudoeste** | **Anagé** | 82 sepulturas | NÃO | Aquisição de novo cemitério | | | | SIM | SIM | |
| | **Belo Campo** | 04 | Temos necessidade de ampliar em mais 01 cemitério. | Está em tramitação a construção de um novo cemitério, com 19.900 $m^2$ de área. | | | | SIM | NÃO | O município, acordou com o MP, que em finais de semana, horário extra-comercial e feriados, as DO devem ser emitidas pelo médico plantonista da unidade Hospitalar Municipal. |
| | **Bom Jesus da Serra** | 20 | 20 | Preparo de novo espaço | | | | SIM | SIM | |
| | **Botuporã** | Sem capacidade dia (90% preenchido) | NÃO | 0 | 0 | 3.600 metros quadrados | 60x60 | SIM | NÃO | Desapropriação/indenização de áreas para construção de cemitério |
| | **Caatiba** | 10/dia | 400m2 | | | | | SIM | SIM | |
| | **Caetanos** | 300 | NÃO | | 0 | 0 | 0 | SIM | SIM | |
| | **Cândido Sales** | 1.000 | NÃO | Ativação do novo cemitério | | | | SIM | SIM | Ampliar o número de DO enviadas para os municípios |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Sudoeste** | **Caraíbas** | Hum mil/3.000 | NÃO | | 500 | 1.000 | | SIM | SIM | |
| | **Condeúba** | Na sede são 2 cemitérios ( 1 público 1 particular) | O público há possibilidade de ampliar a capacidade através de compra de terreno. | Compra de terreno para ampliação ou desapropriação. | | | | SIM | SIM | |
| | **Dom Basílio** | 6 cemitérios/ 3 com capacidade 3 sepultamento dia /2 está utilizado em sua capacidade máxima/1 com capacidade 1 sepultamento dia | Necessita de ampliação em 4 cemitérios / construção de 2 novos cemitérios, sendo que o cemitério da sede do município está em sua capacidade máxima de sepultamentos | Construção de 01 cemitério na sede do município o qual está em sua capacidade máxima e ampliação dos 5 cemitérios localizados na zona rural do município | | | | SIM | SIM | Regulamentação para que o SAMU básico transporte os corpos até a unidade hospitalar para verificação dos óbitos ocorridos no período da noite, nos finais de semana e feriados |
| | **Encruzilhada** | 05 | Necessita de ampliação todos | | Não existe capacidade, já super lotado | Todos precisam de ampliação | Ampliação do atual ou construção de novo cemitério | SIM | SIM | Município não tem população SVO |
| | **Érico Cardoso** | 18 | NÃO | Nenhuma | Demanda | NÃO | NÃO | SIM | SIM | NÃO |
| | **Firmino Alves** | | | | | | | SIM | SIM | |
| | | | | | | | | | | |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Sudoeste** | **Guajeru** | 2 | 5 | | | | | SIM | NÃO | |
| | **Ibiassucê** | | 2 na sede | 1.000 x 1.000 | 4 | 1 | 1.000 metro 2 | SIM | SIM | Terminar a obra do cemitério local |
| | **Ibicuí** | Temos 360 covas disponíveis nos 3 cemitérios municipais, o que dar uma média de 02 sepultamentos dia pelo período de 6 meses | Há possibilidade de ampliação caso haja necessidade em mais 50 covas | | | | | SIM | SIM | |
| | **Ibipitanga** | 5 | Não | | | | | SIM | SIM | |
| | **Ibirataia** | 1000 | 500 | Auxílio funerário por parte do Ministério da Saúde | | | | SIM | SIM | |
| | **Igapora** | 1 cemitério na cidade , 3 cemitérios na zona rural | Por enquanto não vejo necessidade | | Capacidade de uns 5 sepultamento por dia | Não precisa | | SIM | SIM | |
| | **Itambé** | 20 | 10 | Construção de gavetas adicionais | 20 | 10 | Construção de novas gavetas de sepultamento | SIM | SIM | Comunicar hospital de referencia |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Sudoeste** | **Itapetinga** | 3 cemitérios municipais, sem disponibilidade para novos sepultamentos, somente após reforma/ampliação. | Sim, existe um cemitério que é possível a construção de ossuário e neste cemitério existe mais de 4000 covas e 600 catacumbas que podem ocorrer remoção em média de 35% pra novos sepultamentos. | Existe a possibilidade de criar novo ossuário e disponibilizar número grande de vagas pra novos sepultamentos. | Existem 15 servidores apropriados pra executarem os serviços de sepultamento, sendo uma média de 30/dia uma quantidade aceitável. | Sim, existe a necessidade de ampliação , cerca de 35% a 50% da capacidade de um dos cemitérios , estimasse que abrira 1500 a 2000 vagas. | Criação de ossuário para remoção de corpos em covas e catacumbas ocupadas. | SIM | SIM | Existem médicos de plantão na UPA da cidade que fazem a DO em caso de mortes naturais/residenciais e etc! Mortes de acidente/assassinato etc são Levados ao IML no qual médico responsável assina, ou morte no hospital da cidade. |
| | **Itarantim** | 07/dia | SIM, em 30% | Ampliação com recursos próprios se precisar | 01/dia | 30% | Ampliação com recursos próprios se precisar | SIM | SIM | Os médicos estão em alerta monitorando e cuidando dos casos e se precisar de DO vão emitir. |
| | **Iuiu** | 200 | 100 | Disponibilizar novos espaços para construção de cemitérios | | | | SIM | SIM | Aumentar quantidade de cemitérios ou construir crematórios de longa escala para tendimento dos municípios da região. |
| | **Jacaraci** | 1 | | | | | | SIM | | |
| | **Livramento de Nossa Senhora** | 20 | 01 | Construção de crematório, salão e salas | | | | SIM | NÃO | Aumentar contigente de médicos e funcionários da VE |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Sudoeste** | Lagoa Real | O Município de Lagoa Real conta com 15 cemitérios na zona rural com a capacidade para 1000 sepultamentos e na cede do município contamos com 1 cemitério público com capacidade para 200 sepultamentos e 1 particular com capacidade para 50 sepultamentos. | No atual momento que vivemos não há necessidade para ampliação já que não foi confirmado nenhum caso ou supletivos de COVID-19 no município | A gestão está atenta a todas as possíveis necessidades provenientes dessa pandemia, e por isso contamos com espaços (terrenos) que a prefeitura pode apropriar para construção de novos cemitérios. | 1250 sepultamentos | Até o momento não necessitamos de ampliação. | Verticalizar os cemitérios e construir novos cemitérios, caso seja necessário. | SIM | SIM | Contamos com médicos no município com scala de 24h e médicos de sobre-aviso para atender necessidades que surjam nesse momento, podendo assim atender o município. |
| | **Macarani** | Capacidade excedida, porém ainda abrimos alguns espaços. | O cemitério atualmente se encontra dentro da cidade e sem possibilidade de ampliação, porém é necessário. | Já se encontra em projeto a construção de novo cemitério em um espaço fora da cidade. | | | | SIM | SIM | |
| | **Poções** | 400 | Não | Até o momento não | | | | SIM | SIM | |
| | **Guanambi** | 144 cemitérios | 01 | Já está sendo providenciado um local | Baixa | 01 | Adquirir outro local | SIM | SIM | No momento não necessidade |
| | **Presidente Jânio Quadros** | 180 | 200 | NÃO | | | | SIM | NÃO | SIM |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Sudoeste** | **Cordeiros** | 24 | Capacidade de dobrar os sepultamentos diários | Contratação de novos coveiros | Não se aplica - município de referência em vitória da conquista | Não se aplica - município de referência em vitória da conquista | Não se aplica - município de referência em vitória da conquista | SIM | SIM | |
| | **Maetinga** | 10 pessoas na atual situação. Temos apenas 1 cemitério no município | Necessitamos de ampliação, mas não temos local definido. | Verificação de um local pelo setor responsável para que possamos ampliar o cemitério. | | | | SIM | SIM | |
| | **Maiquinique** | 3 | 50% | | | | | SIM | NÃO | |
| | **Maiquinique** | 05/dia | Sim, possibilidade de ampliação de 50% | Temos terrenos que na frente que podemos desapropria ou comprar para ampliação. | 01/DIA | SIM, EM 50% | | SIM | SIM | |
| | **Malhada de Pedras** | 50 na zona rural e 0 na sede | 100 | Construção de novo cemitério na sede (já em andamento) | | | | SIM | SIM | |
| | **Mirante** | Mínima | Atualmente já existe necessidade de novo cemitério, visto que os cemitérios estão com capacidade mínima de sepultamento | Preparação de novo cemitério | | | | SIM | SIM | |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Sudoeste** | **Pindaí** | 10 | Sim, o cemitério municipal necessita de uma ampliação | Ampliação do cemitério | | | | SIM | SIM | |
| | **Piripá** | 1000 | 0 | | 1000 | | | SIM | NÃO | |
| | **Planalto** | Capacidade limitada | 1 nova quadra | 100m X 100m | | | | SIM | NÃO | Em caso de óbito por causas naturais, as funerárias removem o corpo até o hospital para o plantonista certificar o falecimento. |
| | **Potiraguá** | Temos dois cemitérios | Não há necessidade. Ampliou recentemente | | | | | SIM | SIM | |
| | **Ribeirão do Largo** | Pouca | Sim | Ampliar | | | | SIM | NÃO | Ampliar o número de médicos |
| | **Rio do Antônio** | 03 | | | | | | SIM | SIM | |
| | **Sebastião Laranjeiras** | | 3 | O Cemitério da sede do Município não tem capacidade de ampliação necessitando assim de construir um novo. | 2 | 3 | Dos 6 cemitérios existentes no município somente 02 tem capacidade para sepultamento. 3 pode ser ampliado e 1 precisa de ser construído. | SIM | SIM | Quando o óbito ocorre no domicílio o médico da unidade saúde da família faz a declaração do óbito. |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Sudoeste** | **Tanhacu** | Nossa capacidade de atendimento dia é de 02 sepultamentos dia. Só temos capacidade para 50 sepultamentos. | O espaço físico já foi ampliado. Neste local não há possibilidade de ampliação. | | | | | SIM | SIM | |
| | **Tremedal** | SIM | NÃO | Não tem necessidade de ampliação. | | | | SIM | SIM | Óbito atestado no hospital, corpo trazido pela funerária. |
| | **Mortugaba** | 04 | 06 | | 00 | 00 | | NÃO | NÃO | |
| | **Barra do Choça** | SIM | NÃO | Funcionamento 24h | SIM | Não há necessidade | | SIM | SIM | |
| | **Caturama** | Baixa | Sim. Mais 1 cemitério | Necessidade em ampliar cemitério diante a pandemia | | | | SIM | SIM | |
| | **Itororó** | Pouca capacidade | Sim. O município só tem um cemitério público o qual o espaço físico é insuficiente mais o | | O cemitério não tem capacidade de atende óbitos de outros municípios | Mais um cemitério | Necessidade de um mais um terreno, aprovado pelo conselho de meio ambiente que contemple as propostas do ministério da saúde e meio ambiente | NÃO | NÃO | Que o ministério do meio ambiente e saúde reveja a questão de implantação de cemitério nos municípios. |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Sudoeste** | **Jussiapé** | Sim, 6 mil pessoas | Sim, 1 no distrito de Caraguataí | Planejamento | Sim | 01 no distrito de Caraguataí | Planejamento | SIM | SIM | Tem médicos para emissão de declaração de óbitos durantes 24 horas e 7 dias por semana |
| | **Licínio de Almeida** | 2 | 3 sepultaras | Pedir o terreno ao lado que pertence à igreja para ampliação | | | | SIM | SIM | |
| | **Malhada** | SIM | NÃO | | | | | SIM | SIM | |
| | **Ibicoara** | 365 | SIM | Continuidade do isolamento social, uso obrigatório de máscaras, excursão de barreiras sanitária e conscientização de toda população. | | | | SIM | SIM | Treinamentos e conscientização |
| | **Urandi** | 200 | 1 | No momento não precisamos ampliar. | 100 | 1 | Sem nenhuma necessidade de ampliação. | SIM | SIM | Temos equipe necessária |
| | **Candiba** | 3 | | | Três por dia | Nenhuma | | SIM | SIM | |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Sudoeste** | **Feira da Mata** | 180 | 0 | Havendo a necessidade de ampliação será a execução da mesma. | 10 | 0 | Havendo a necessidade de ampliação será a execução da mesma . | SIM | SIM | 0 |
| | **Palmas de Monte Alto** | Quase lotado | Estar sendo construído um novo | Construção de novo cemitério | Não há mais capacidade de sepultamento | O novo q estar sendo construído a capacidade é ampla | Construção ampla | SIM | SIM | Estão sem criadas |
| | **Carinhanha** | 1200 | 1 | Ampliar cemitério da sede | 80 | 0 | | SIM | SIM | |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Sul** | **Cravolandia** | 20 | 30 | Alargamento para ampliação do terreno | | | | SIM | SIM | |
| | **Igrapiuna** | 5 | 0 | Identificar uma nova área | 0 | 0 | 0 | SIM | SIM | |
| | **Itagibá** | Diário 3 a 4 | SIM | Na sede não há espaço suficiente, necessitando de ampliação estrutura física, possível encaminhamentos aos distritos. | | | | SIM | SIM | |
| | **Itapitanga** | SIM | NÃO | | | | | SIM | SIM | |
| | **Itaquara** | | | | | | | SIM | SIM | |
| | **Lafaiete Coutinho** | Capacidade reduzida | Necessita ampliar, porem devido a localização do cemitério não há possibilidade de ampliação, no local em que ele está instalado. | Necessidade de construção do cemitério em outra localidade, visando aumentar a capacidade de sepultamento | 0 | 0 | 0 | SIM | NÃO | |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Sul** | **Pau Brasil** | | | | | | | Sim | Não | |
| | **São José da Vitória** | 100 pessoas | Sim, pois só existe 01 há mais de 25 anos | Em caráter de urgência, desapropriar terra para construção de um novo cemitério. | De mais 100 pessoas | 01 | Nenhum até o momento | Sim | Não | Na luta para conseguir um profissional médico que aceite ficar responsável pela DO nos finais de semana e feriado é a noite, já que cada profissionais é responsável por sua demanda descrita. O difícil está sendo contratar esse profissional. Montamos uma equipe enfermeira e técnico, para os finais de semana e feriados, para estabilizar o paciente que precisar ser encaminhado para unidade hospitalar de referência, Itabuna. |
| | **Teolândia** | | | | | | | Sim | Não | |
| | **Ipiaú** | 200 | 300 | Abertura de mais valas | | | | Sim | Sim | Emissão também pelo SAMU |
| | **Lajedo do Tabocal** | 30 | 01 | Adquirir terreno | Não se aplica | Não se aplica | Não se aplica | Sim | Sim | Plano de contingência |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Sul** | **Pau Brasil** | 08 | Não | | Não possui estrutura | Não tem possibilidade | | SIM | SIM | |
| | **Valença** | 5 | Decreto de desapropriação de 5 mil metros. | Construção de 183 gavetas para sepultamento. Desapropriação do terreno anexo em 5 mil metros e construção de mais uma capela para velório. | | | | | SIM | |
| | **Valença** | 30 | Cemitério da sede, e reativação do cemitério de Jiquiriçá | construção de 183 gavetas para sepultamento. desapropriação do terreno anexo em 5 mil metros e construção de mais uma capela para velório. | | | | SIM | SIM | |
| | **Uruçuca** | 05 sepultamento/dia | tem espaço físico disponível para ampliação | avaliar possibilidade de um projeto financiado pelo estado para ampliação do cemitério. | Não somos referência para casos graves de COVID-19 | NSA | NSA | SIM | NÃO | Ampliar o serviço de emissão de do |
| | **Bom Jesus da Serra** | 20/01 | Sim 50% | | | | | SIM | SIM | |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Sul** | **Cravolandia** | 20 | 30 | Alargamento para ampliação do terreno | | | | SIM | SIM | |
| | **Igrapiuna** | 5 | 0 | Identificar uma nova área | 0 | 0 | 0 | SIM | SIM | |
| | **Itagibá** | Diário 3 a 4 | SIM | Na sede não há espaço suficiente, necessitando de ampliação estrutura física, possível encaminhamentos aos distritos. | | | | SIM | SIM | |
| | **Itapitanga** | SIM | NÃO | | | | | SIM | SIM | |
| | **Itaquara** | | | | | | | SIM | SIM | |
| | **Lafaiete Coutinho** | Capacidade reduzida | Necessita ampliar, porem devido a localização do cemitério não há possibilidade de ampliação, no local em que ele está instalado. | Necessidade de construção do cemitério em outra localidade, visando aumentar a capacidade de sepultamento | 0 | 0 | 0 | SIM | NÃO | |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Sul** | **Pau Brasil** | | | | | | | Sim | Não | |
| | **São José da Vitória** | 100 pessoas | Sim, pois só existe 01 há mais de 25 anos | Em caráter de urgência, desapropriar terra para construção de um novo cemitério. | De mais 100 pessoas | 01 | Nenhum até o momento | Sim | Não | Na luta para conseguir um profissional médico que aceite ficar responsável pela DO nos finais de semana e feriado é a noite, já que cada profissionais é responsável por sua demanda descrita. O difícil está sendo contratar esse profissional. Montamos uma equipe enfermeira e técnico, para os finais de semana e feriados, para estabilizar o paciente que precisar ser encaminhado para unidade hospitalar de referência, Itabuna. |
| | **Teolândia** | | | | | | | Sim | Não | |
| | **Ipiaú** | 200 | 300 | Abertura de mais valas | | | | Sim | Sim | Emissão também pelo SAMU |
| | **Lajedo do Tabocal** | 30 | 01 | Adquirir terreno | Não se aplica | Não se aplica | Não se aplica | Sim | Sim | Plano de contingência |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Sul** | **Cravolandia** | 20 | 30 | Alargamento para ampliação do terreno | | | | SIM | SIM | |
| | **Igrapiuna** | 5 | 0 | Identificar uma nova área | 0 | 0 | 0 | SIM | SIM | |
| | **Itagibá** | Diário 3 a 4 | SIM | Na sede não há espaço suficiente, necessitando de ampliação estrutura física, possível encaminhamentos aos distritos. | | | | SIM | SIM | |
| | **Itapitanga** | SIM | NÃO | | | | | SIM | SIM | |
| | **Itaquara** | | | | | | | SIM | SIM | |
| | **Lafaiete Coutinho** | Capacidade reduzida | Necessita ampliar, porem devido a localização do cemitério não há possibilidade de ampliação, no local em que ele está instalado. | Necessidade de construção do cemitério em outra localidade, visando aumentar a capacidade de sepultamento | 0 | 0 | 0 | SIM | NÃO | |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Sul** | **Pau Brasil** | | | | | | | Sim | Não | |
| | **São José da Vitória** | 100 pessoas | Sim, pois só existe 01 há mais de 25 anos | Em caráter de urgência, desapropriar terra para construção de um novo cemitério. | De mais 100 pessoas | 01 | Nenhum até o momento | Sim | Não | Na luta para conseguir um profissional médico que aceite ficar responsável pela DO nos finais de semana e feriado é a noite, já que cada profissionais é responsável por sua demanda descrita. O difícil está sendo contratar esse profissional. Montamos uma equipe enfermeira e técnico, para os finais de semana e feriados, para estabilizar o paciente que precisar ser encaminhado para unidade hospitalar de referência, Itabuna. |
| | **Teolândia** | | | | | | | Sim | Não | |
| | **Ipiaú** | 200 | 300 | Abertura de mais valas | | | | Sim | Sim | Emissão também pelo SAMU |
| | **Lajedo do Tabocal** | 30 | 01 | Adquirir terreno | Não se aplica | Não se aplica | Não se aplica | Sim | Sim | Plano de contingência |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Sul** | **Pau Brasil** | 08 | Não | | Não possui estrutura | Não tem possibilidade | | SIM | SIM | |
| | **Valença** | 5 | Decreto de desapropriação de 5 mil metros. | Construção de 183 gavetas para sepultamento. Desapropriação do terreno anexo em 5 mil metros e construção de mais uma capela para velório. | | | | | SIM | |
| | **Valença** | 30 | Cemitério da sede, e reativação do cemitério de Jiquiriçá | construção de 183 gavetas para sepultamento. desapropriação do terreno anexo em 5 mil metros e construção de mais uma capela para velório. | | | | SIM | SIM | |
| | **Uruçuca** | 05 sepultamento/dia | tem espaço físico disponível para ampliação | avaliar possibilidade de um projeto financiado pelo estado para ampliação do cemitério. | Não somos referência para casos graves de COVID-19 | NSA | NSA | SIM | NÃO | Ampliar o serviço de emissão de do |
| | **Bom Jesus da Serra** | 20/01 | Sim 50% | | | | | SIM | SIM | |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Sul** | **Cravolandia** | 20 | 30 | Alargamento para ampliação do terreno | | | | SIM | SIM | |
| | **Igrapiuna** | 5 | 0 | Identificar uma nova área | 0 | 0 | 0 | SIM | SIM | |
| | **Itagibá** | Diário 3 a 4 | SIM | Na sede não há espaço suficiente, necessitando de ampliação estrutura física, possível encaminhamentos aos distritos. | | | | SIM | SIM | |
| | **Itapitanga** | SIM | NÃO | | | | | SIM | SIM | |
| | **Itaquara** | | | | | | | SIM | SIM | |
| | **Lafaiete Coutinho** | Capacidade reduzida | Necessita ampliar, porem devido a localização do cemitério não há possibilidade de ampliação, no local em que ele está instalado. | Necessidade de construção do cemitério em outra localidade, visando aumentar a capacidade de sepultamento | 0 | 0 | 0 | SIM | NÃO | |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Sul** | **Pau Brasil** | | | | | | | Sim | Não | |
| | **São José da Vitória** | 100 pessoas | Sim, pois só existe 01 há mais de 25 anos | Em caráter de urgência, desapropriar terra para construção de um novo cemitério. | De mais 100 pessoas | 01 | Nenhum até o momento | Sim | Não | Na luta para conseguir um profissional médico que aceite ficar responsável pela DO nos finais de semana e feriado é a noite, já que cada profissionais é responsável por sua demanda descrita. O difícil está sendo contratar esse profissional. Montamos uma equipe enfermeira e técnico, para os finais de semana e feriados, para estabilizar o paciente que precisar ser encaminhado para unidade hospitalar de referência, Itabuna. |
| | **Teolândia** | | | | | | | Sim | Não | |
| | **Ipiaú** | 200 | 300 | Abertura de mais valas | | | | Sim | Sim | Emissão também pelo SAMU |
| | **Lajedo do Tabocal** | 30 | 01 | Adquirir terreno | Não se aplica | Não se aplica | Não se aplica | Sim | Sim | Plano de contingência |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Extremo Sul** | **Apuarema** | 1 | 3 | Desapropriação de terra para instalação de cemitério | | | | SIM | NÃO | Contratar os médicos cubanos que têm possibilidade de residência no município |
| | **Itamaraju** | Atualmente possuímos um cemitério com capacidade para 50 (cinquenta) sepultamentos. | Existe um cemitério em construção, que terá capacidade para 2.500 sepultamentos, cuja obra está em cerca de 40% de conclusão. | | | | | | | |
| | **Porto Seguro** | O município possui 7 cemitérios. Todos com atendimento 24 horas | Já foram construídos 2 cemitérios para dar suporte ao município que estão contabilizados neste total de 7 | Estamos seguindo as normas do Decreto Municipal. | Sim, existe capacidade, pois atualmente há 7 cemitérios no município | Já foi realizada | Estamos seguindo as normas do Decreto Municipal. | SIM | SIM | Fortalecimento de decreto municipal quanto aos óbitos domiciliar e parceria quanto às instituições que fornecemos declaração de óbito. |
| | **Belmonte** | Capacidade para mais de 1 mil sepultamentos. | Não | Sem propostas pra ampliação, mas caso precise a área e bem extensa. | Mais de mil sepultamentos | Não | | Não | Sim | |
| | **Eunápolis** | 02 cemitérios, sendo um de 200m de frente, 81m de lateral, 173m de fundos e o outro, com área total de 55857m². | Um dos cemitérios possui apenas 4,6m para construção de gavetas e o outro, tem área disponível em 1887m². | Ampliação da capacidade funeral, através de construção de gavetas e se necessário, aquisição de novos espaços para sepultamento. | | | | SIM | NÃO | Contratação de profissional médico responsável pela emissão da declaração de óbito em domicílio. |

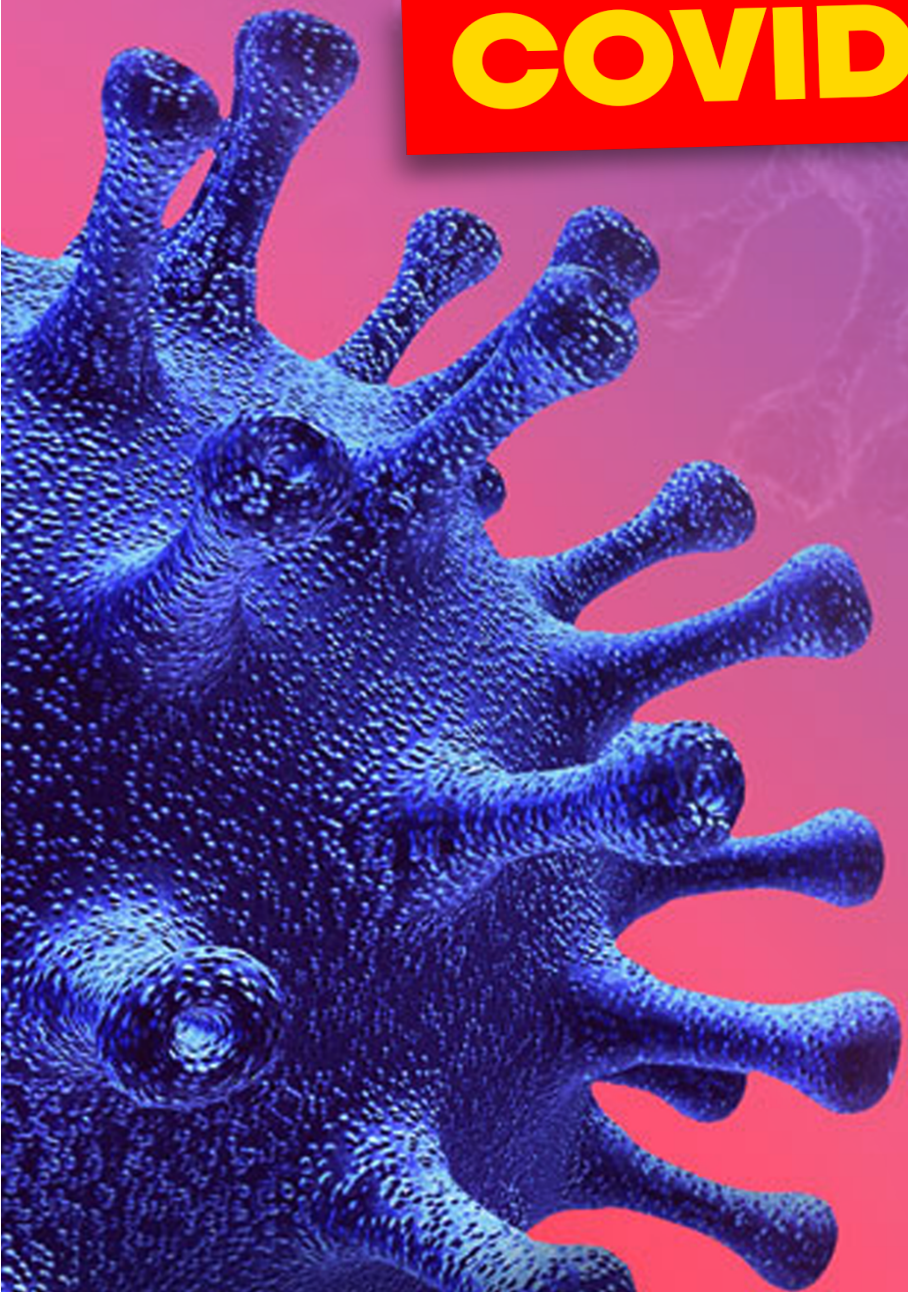
| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Sul** | **Cravolandia** | 20 | 30 | Alargamento para ampliação do terreno | | | | SIM | SIM | |
| | **Igrapiuna** | 5 | 0 | Identificar uma nova área | 0 | 0 | 0 | SIM | SIM | |
| | **Itagibá** | Diário 3 a 4 | SIM | Na sede não há espaço suficiente, necessitando de ampliação estrutura física, possível encaminhamentos aos distritos. | | | | SIM | SIM | |
| | **Itapitanga** | SIM | NÃO | | | | | SIM | SIM | |
| | **Itaquara** | | | | | | | SIM | SIM | |
| | **Lafaiete Coutinho** | Capacidade reduzida | Necessita ampliar, porem devido a localização do cemitério não há possibilidade de ampliação, no local em que ele está instalado. | Necessidade de construção do cemitério em outra localidade, visando aumentar a capacidade de sepultamento | 0 | 0 | 0 | SIM | NÃO | |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Sul** | **Pau Brasil** | | | | | | | Sim | Não | |
| | **São José da Vitória** | 100 pessoas | Sim, pois só existe 01 há mais de 25 anos | Em caráter de urgência, desapropriar terra para construção de um novo cemitério. | De mais 100 pessoas | 01 | Nenhum até o momento | Sim | Não | Na luta para conseguir um profissional médico que aceite ficar responsável pela DO nos finais de semana e feriado é a noite, já que cada profissionais é responsável por sua demanda descrita. O difícil está sendo contratar esse profissional. Montamos uma equipe enfermeira e técnico, para os finais de semana e feriados, para estabilizar o paciente que precisar ser encaminhado para unidade hospitalar de referência, Itabuna. |
| | **Teolândia** | | | | | | | Sim | Não | |
| | **Ipiaú** | 200 | 300 | Abertura de mais valas | | | | Sim | Sim | Emissão também pelo SAMU |
| | **Lajedo do Tabocal** | 30 | 01 | Adquirir terreno | Não se aplica | Não se aplica | Não se aplica | Sim | Sim | Plano de contingência |

| REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO | | NÚMERO DE CEMITÉRIOS MUNICÍPIO | | | NÚMERO DE CEMITÉRIO MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A PACIENTES GRAVES DE COVID-19 | | | MÉDICOS MUNICIPAIS PARA EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR E INSTITUIÇÕES DE MORADIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Região de Saúde** | **Município** | **Capacidade para sepultamento municípios** | **Necessidade/possibilidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Capacidade para sepultamento município de referência** | **Necessidade de ampliação (em quanto tempo)** | **Medidas propostas** | **Horário administrativo** | **Noite, finais de semana e feriados** | **Medidas propostas** |
| **Extremo Sul** | **Itapebi** | 1.750 covas | 500 metros | Há dois anos foi aberto um cemitério novo com espaço de sepultamento para 1500 pessoas em covas ou engavetamento, ha ainda um terreno de 500m inutilizável em casos emergenciais, caso precise a prefeitura tomara medidas de aberturas de covas neste espaço que caberia mais 250 covas. | Porto Seguro | | | SIM | SIM | Tem uma equipe de profissionais de saúde em nosso município para o enfrentamento do novo coronavírus, composta de médico, enfermeiro, fisioterapeuta entre outros técnicos, o médico fica a disposição nos dias de plantão, folgas, e finais de semana para esta demanda em caso de óbitos domiciliar |
| | **Itabela** | 200 por dois anos | 2 hectares para ampliação | Caso aconteça pandemia no município haverá ampliação | | | | SIM | SIM | |
| | **Itagimirim** | 3 | 6 | Realocação de pessoas | 2 | 3 | Realocação de pessoas, e ampliação de espaço fisico | SIM | SIM | Disponibilizar medico plantonista do hospital para atender a demando domiciliar. |
| | **Guaratinga** | Mínima | Zero | Desapropriação de uma nova área, devido a falta de espaço para abertura de novas covas de sepultamento no cemitério ou construção de gavetas na área de lajedo que existe no cemitério atual. | | | | SIM | SIM | |

# Plano de Desmobilização da Rede Assistencial

**COVID-19**



Bahia
Setembro, 2020

GOVERNO DO ESTADO | SECRETARIA DA SAÚDE

**SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**

# PLANO DE DESMOBILIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL DEVOTADA AO ATENDIMENTO DE PACIENTES COM COVID-19 NO ESTADO DA BAHIA

**Bahia**
**setembro/2020**
**1ª Edição**

Governador do Estado da Bahia
Rui Costa

Secretário de Estado da Saúde da Bahia
Fabio Vilas-Boas Pinto

Subsecretária de Saúde
Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho

Sala de Situação do Comitê Estadual de Emergência em Saúde Pública
Izabel Oliva Marcilio de Souza

Assessoria de Comunicação Social
Pablo Vinícius Silva Barbosa

Superintendência de proteção e Vigilância da Saúde
Rívia Mary Barros

Superintendência de Assistência Integral à Saúde
Jassicon Queiroz dos Santos

Superintendência de Gestão dos Sistemas Regulação da Atenção à Saúde
Jerusa Marins Paes Coelho

Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Márcia São Pedro Leal Souza

Diretoria do Laboratório Central Gonçalo Moniz
Arabela Leal e Silva de Mello

Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental
Sandra Helena Pellegrino Marques

Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador
Letícia Coelho da Costa Nobre

Diretoria de Atenção Especializada
Maria Alcina Romero Boullosa

Diretoria Geral da Gestão das Unidades Própria
Igor Lobão Ferraz Ribeiro

Diretoria de Regulação da Assistência à Saúde
Rita de Cássia Silva Santos

## Comissão Técnica de Elaboração

Documento elaborado por:
Adryanna Cardim de Almeida
Cláudia Lemos Vieira Lima
Imeide Pinheiro dos Santos
Izabel Oliva Marcilio de Souza
Karoline Apolonia Castro de Carvalho
Miguel Andino Depallens
Patrícia Alessandra de Almeida
Priscila Soares Macedo
Rejane Andrade Cardoso
Ricardo de Gouvêa Costa

## Equipe de Revisão

Claudia Moura
Manuela Nascimento Ferreira

## Comunicação

Efrén de Melo Ferreira

# PLANO DE DESMOBILIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL DEVOTADA AO ATENDIMENTO DE PACIENTES COM COVID-19 NO ESTADO DA BAHIA.

Este Plano tem como objetivo instrumentalizar gestores e serviços de saúde da rede de atenção à saúde pública a respeito do plano de desmobilização da rede assistencial exclusiva ao tratamento da Covid-19 no Estado da Bahia.

**Considerando** a Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre medidas a serem adotadas para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo Coronavírus (SARS-CoV-2);

**Considerando** a Portaria nº 188/GM/MS, de 4 de fevereiro de 2020, que Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2);

**Considerando** o Decreto nº 19.529, de 16 de março de 2020, que regulamenta no Estado da Bahia as medidas temporárias para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus;

**Considerando** o previsto no Plano Estadual de Contingência para o enfrentamento do Coronavírus em relação a necessidade de reativação de leitos hospitalares bloqueados na Rede Própria Estadual, a ampliação do número de leitos de retaguarda e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em Unidades Hospitalares da Rede Própria Estadual sob gestão direta ou indireta do estado, e a contratualização de leitos de retaguarda e leitos de UTI em Unidades da Rede Públicas e/ou Privadas;

**Considerando** a análise de diversos fatores, especialmente a queda no número de óbitos, reduções no índice de transmissibilidade e de ocupação de leitos hospitalares por Covid-19 no Estado;

**Considerando** a evidência da queda dos indicadores relacionados à incidência de casos e hospitalizações, assim como a constatação das taxas de ocupação de leitos clínicos e de UTI consistentemente abaixo de 60% conforme preconizado no Plano Estadual de Contingência para o enfrentamento do Coronavírus.

O Comitê de Emergência em Saúde Pública - COES decidiu dar início, a partir de 02 de setembro de 2020, ao processo de desmobilização parcial de leitos hospitalares criados emergencialmente para aumentar a oferta de vagas durante a pandemia por Covid-19.

O Plano de Desmobilização é feito a partir do acompanhamento contínuo e sistemático de indicadores epidemiológicos para nortear o retorno de leitos hospitalares para a sua vocação original e desmobilizar a rede assistencial montada exclusivamente para o atendimento de pacientes com COVID-19.

É importante ressaltar que a premência para essa desmobilização se dá, também, pela necessidade de se atender à demanda assistencial para outros agravos, urgentes ou não, que nunca deixaram de incidir sobre a população baiana.

Para dar vazão a essa demanda, o Plano de Desmobilização inicia-se pelo retorno para sua vocação inicial dos leitos de hospitais da rede que compõe a rede SUS no Estado.

Ressaltamos que o COE Saúde irá avaliar semanalmente a evolução do quadro provocado pelo Coronavírus, estudando continuamente o cenário epidemiológico e a taxa de ocupação de leitos e pode rever decisões.

Nesse sentido, se alguma macrorregião do estado registrar crescimento de transmissibilidade ou ocupação de leitos, o Estado pode suspender novas desativações e restabelecer contratos com as Unidades de saúde.

| UNIDADES DE REFERÊNCIA COVID -19 DESMOBILIZADAS NO ESTADO DA BAHIA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MACRORREGIÃO** | **CIR / REGIÃO DE SAÚDE** | **MUNICIPIO** | **CNES** | **NOME HOSPITAL** | **GESTÃO** | **DATA DA EFETIVAÇÃO** | **QUANTITATIVO DE LEITOS CLINICOS REDUZIDOS** | **QUANTITATIVO DE LEITOS UTI REDUZIDOS** |
| LESTE | SALVADOR | SALVADOR | 5428 | Instituto Couto Maia - ICOM | ESTADUAL | 16-set | 0 | 10 |
| | | | 4073 | Hospital Geral Ernesto Simões Filho | ESTADUAL | 16-set | 60 | 79 |
| | | | 106496 | Hospital de Campanha COVID 19- Fonte Nova | ESTADUAL | 14-out | 100 | 80 |
| | | | 3816 | HUPES | | 23-set | 30 | 10 |
| | | | 7160488 | Hospital Alaide Costa | ESTADUAL | 21-set | 20 | 20 |
| | | | 9443665 | Hospital Municipal de Salvador | MUNICIPAL | 16-out | 0 | 10 |
| | | | 103594 | Hospital de Campanha COVID 19-Itaigara Memorial | MUNICIPAL | 15-out | 0 | 27 |
| | | | 103497 | Hospital de Campanha Wet Wild | MUNICIPAL | 14-out | 40 | 50 |
| | | | 3774945 | Hospital Santa Clara | ESTADUAL | 16-set | 35 | 0 |
| | | SANTO ANTONIO DE JESUS | 6414702 | Hospital Regional de Santo Antonio de Jesus | ESTADUAL | 2-set | 5 | 5 |
| | | LAURO DE FREITAS | 131202 | Hospital Costa dos Coqueiros(Riverside) | ESTADUAL | 2-set | 110 | 0 |
| **TOTAL GERAL LESTE** | | | | | | | **400** | **291** |
| CENTRO-LESTE | FEIRA DE SANTANA | FEIRA DE SANTANA | 6602533 | Hospital Estadual da Criança | ESTADUAL | 2-set | 20 | 10 |
| | | | 2799758 | Hospital Geral Clériston Andrade | ESTADUAL | 14-out | 0 | 10 |
| | | | 180505 | Hospital de Feira de Santana | MUNICIPAL | 14-out | 15 | 8 |
| | ITABERABA | ITABERABA | 3245500 | Hospital da Chapada | ESTADUAL | 2-set | 10 | 5 |
| | SEABRA | SEABRA | 9383298 | Hospital Regional da Chapada | ESTADUAL | 2-set | 23 | 0 |
| **TOTAL GERAL CENTRO-LESTE** | | | | | | | **68** | **33** |
| NORTE | JUAZEIRO | JUAZEIRO | 2557509 | Promatre | ESTADUAL | 2-set | 20 | 10 |
| **TOTA GERAL NORTE** | | | | | | | **20** | **10** |
| SUDOESTE | VITÓRIA DA CONQUISTA | VITÓRIA DA CONQUISTA | 2402076 | Hospital Geral de Vitória da Conquista | ESTADUAL | 30-set | 15 | 0 |
| **TOTA GERAL SUDOESTE** | | | | | | | **15** | **0** |
| EXTREMO SUL | PORTO SEGURO | PORTO SEGURO | 2802090 | Hospital Regional Deputado Luis Eduardo Magalhães | ESTADUAL | 13-out | 10 | 10 |
| **TOTAL GERAL EXTREMO SUL** | | | | | | | **10** | **10** |
| **TOTAL GERAL** | | | | | | | **513** | **344** |

# PLANO DE AÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS DA SESAB PARA A PANDEMIA DA COVID-19

GOVERNO DO ESTADO | SECRETARIA DA SAÚDE

@saudegovba
saude.ba.gov.br/coronavirus

GOVERNADOR DO ESTADO
**RUI COSTA**

SECRETÁRIO DE SAÚDE
**FÁBIO VILAS-BOAS**

SUBSECRETÁRIA DE SAÚDE
**TEREZA PAIM**

DIRETORIA DE GESTÃO DA REDE PRÓPRIA (DGRP)
**IGOR LOBÃO**

REALIZAÇÃO:

ELABORAÇÃO DO PROJETO - 2020
**FRANKLIN SANTANA SANTOS**
**KAROLINE APOLÔNIA**

"Os cuidados paliativos assumirão um papel central nos cuidados aos pacientes em uma pandemia de influenza."
- Rosoff (1)

(1) Rosoff, PM (2006) A central role for palliative care in an influenza pandemic Journal of Palliative Medicine, 9 (5), 051-3. DOI: 10.1089/jpm.2006.9.1051

**SUMÁRIO:**

INTRODUÇÃO..... 05

ESTRATÉGIAS DE OTIMIZAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA COVID-19..... 06

TRIAGEM DOS PACIENTES..... 07

COMITÊ GESTOR CENTRAL EM CUIDADOS PALIATIVOS E SUAS FUNÇÕES..... 08

ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DE CUIDADOS PALIATIVOS NAS UNIDADES DE REFERÊNCIA..... 10

CONCLUSÕES..... 10

# INTRODUÇÃO:

Entre novembro e dezembro de 2019, na cidade chinesa de Wuhan, foram registrados os primeiros casos de pacientes acometidos por uma infecção respiratória grave causada por um novo coronavírus até então desconhecido e posteriormente após reuniões do International Committee on Taxonomy of Viruses decidiu que o nome deste novo coronavírus seria Severe Acute Respiratory Syndrome – Related Coronavirus 2 (SARS-CoV-2).(2) Em 11/02/2020 a World Health Organization (WHO) definiu a nomenclatura oficial para a "doença" causada por este vírus como Coronavirus Disease-2019 (COVID-19).(3) A doença que inicialmente estava restrita à China espalhou-se rapidamente e ganhou caráter global e pandêmico com a declaração oficial de pandemia pela WHO no dia 11/03/2020. Até 05/04/2020, já foram registrados 951.901 (novecentos e cinquenta e um mil e novecentos e um) casos e com 48.284 (quarenta e oito mil e duzentos e oitenta e quatro) mortes.(4)

O primeiro caso de COVID-19 diagnosticado no Brasil aconteceu dia 25 de fevereiro de 2020 na cidade de São Paulo e, na Bahia, o primeiro registro ocorreu na cidade de Feira de Santana no dia 06 de março do mesmo ano.

Até o dia 05/04/2020 contamos com 11.264 (onze mil, duzentos de sessenta e quatro) casos de pessoas diagnosticadas no país com 491 (quatrocentos de noventa e uma) mortos, sendo destes casos 401 (quatrocentos e uma) na Bahia com 09 (nove) mortes.(4) A medida que a doença passa de casos isolados de transmissão importada para transmissão comunitária, autoridades governamentais e seus órgãos de saúde começam a elaborar planos e ações para dificultar a disseminação da doença através do fechamento de serviços que aglomeram pessoas, tais como escolas,faculdades, shoppings, praias, entre outros e sugerem que a população permaneça nas suas casas em um isolamento social. Entre os planos de contingenciamentos temos redefinição de mapas das unidades de atendimento da rede de saúde, abertura de novas unidades, criação de novos leitos de UTI, restrições sanitárias e escrita de manuais de normas de procedimentos diante da pandemia, como o uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI, guidelines de fluxograma de atendimento, padronização de medicamentos e outros. Levando em conta a especificidade dos Cuidados Paliativos - CP e do seu imenso potencial em aliviar o sofrimento da população alvo e dos cuidadores familiares e profissionais o Comitê Gestor de Cuidados Paliativos da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia - SESAB, decide, igualmente, por elaborar esse documento de orientação a ser utilizado dentro da Rede Própria da SESAB.

Os CP conforme definição da OMS constituem-se em uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor, e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual. (5)

A importância da prestação de CP eficazes à medida que a pandemia de COVID-19 se desdobra está se tornando cada vez mais reconhecida. Embora seja comum restringir a visão dos CP às necessidades dos doentes que não se recuperarão do vírus, estes cuidados também procuram apoiar as necessidades físicas,

(2) Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, de Groot RJ, Drosten C, Gulyaeva AA,et al. Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: the species and its viruses – a statement of the Coronavirus Study Group. BioRxiv preprint. 2020 Jan 11. doi: 10.1101/2020.02.07.937862

(3) World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV): Situation Report - 22. 2020 Feb 11 [cited 2020 Feb 12]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22-ncov.pdf?sfvrsn=fb6d49b1_2

(4) Coronavirus (COVID-19) mortality rate [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 22]. Disponível em: coronavirus.jhu.edu/map.html

(5) World Health Organization. Disponível em: https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ .

sociais, psicológicas e espirituais dos doentes e dos seus próximos, ao longo de toda a trajetória da doença. Assim, as demandas são enormes e vemos exemplos de correspondência com colegas de todo o mundo de equipes de CP com base hospitalar recebendo enormes responsabilidades em áreas especialmente designadas como Hospital de Referência em Coronavírus. A criação de um plano de CP pandêmico trará enormes benefícios à rede pública de saúde, otimizando o controle de sintomas físicos e diminuindo os sofrimentos nas áreas emocionais, sociais espirituais de pacientes e seus familiares, oferecendo apoio às equipes que estão na linha de frente do combate à epidemia, um melhor gerenciamento e acompanhamento dos casos com perspectivas de óbito a curto e médio prazo por equipes de especialistas. (6)

## ESTRATÉGIAS DE OTIMIZAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA COVID-19

Downar e colegas(7) no artigo intitulado paliar uma pandemia resumem quatro componentes (materiais, recursos humanos, espaço e sistemas) em relação aos Cuidados Paliativos e fornecem uma tabela (adaptada aqui para nossa realidade) muito prática indicando alguns dos elementos de cada um.

| SUMÁRIO DE UM PLANO DE CUIDADOS PALIATIVOS - CP PANDÊMICO | | |
|---|---|---|
| **RECURSOS HUMANOS** | | |
| Identificar todos os clínicos com expertise em cuidados paliativos: | Oferecer educação focada para a equipe da Linha de Frente para manejo de sintomas e cuidados de fim de vida para pacientes com COVID-19. | Envolver profissões aliadas para oferecerem apoio psicossocial, espiritual e aconselhamento ao luto: |
| Médicos | | Psicólogos |
| Enfermeiros | | Assistentes sociais |
| | | Assistentes espirituais/capelães |

| SUMÁRIO DE UM PLANO DE CUIDADOS PALIATIVOS - CP PANDÊMICO | | |
|---|---|---|
| **MATERIAIS** | | |
| Medicamentos de reserva para sintomas comuns observados na COVID-19: | Equipamentos de reserva para oferecer medicações: | Preparar Kits incluindo medicações e equipamentos para oferecer para Serviços de Home Care e Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs. |
| Analgésicos e Opioides – dor e dispneia; | Butterflies subcutâneos | |
| Benzodiazepínicos - ansiedade e sedação; | Bombas de Infusão | |
| Haloperidol ou Levomepromazina - náusea e delirium | Material para Hipodermóclise | |
| Escopolamina - secreções; | | |
| Loperamida - diarreia. | | |

(6) Clark D et all. Palliative Care and COVID-19. Disponível em: http://endoflifestudies.academicblogs.co.uk/author/davidclark/
(7) Downar, James et al. (2010) Palliating a pandemic: 'All patients must be cared for', Journal of Pain and Symptom Management, 39 (2), 291 - 295. Disponível em: https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(09)01143-9/fulltext .

| SUMÁRIO DE UM PLANO DE CUIDADOS PALIATIVOS - CP PANDÊMICO | |
|---|---|
| **ESPAÇO** | |
| Identificar enfermarias e áreas não clínicas em todas as instituições de cuidados de saúde que poderiam ser apropriadas para acomodar um grande número de pacientes com alta probabilidade de mortalidade devido a condição clínica prévia. | Maximizar o uso de uma unidade de Cuidados Paliativos identificada, hospice, assistência domiciliar e leitos de enfermaria. |

| SUMÁRIO DE UM PLANO DE CUIDADOS PALIATIVOS - CP PANDÊMICO | | | |
|---|---|---|---|
| **SISTEMAS** | | | |
| Criar um sistema de **triagem para identificar pacientes** com necessidade de abordagem de especialistas em Cuidados Paliativos. | Criar um sistema de **triagem para transferência** intra-hospitalar, inter-hospitalar e comunidades para unidades dedicadas aos cuidados paliativos, hospice e enfermarias. | Criar um sistema para apoio **através de telefone, telemedicina** para consultas para equipes de hospitais, homecares e ILPIs e a comunidade. | Assegurar que todos os pacientes atualmente **admitidos nas instituições de saúde tenham planos de cuidados avançados claros e atualizados.** |

# TRIAGEM DOS PACIENTES:

Criação de um fluxograma para a triagem dos pacientes que serão priorizados no atendimento pelas equipes avançadas e nas unidades especializadas.

**PRIMEIRA FASE:**

**Objetivos:** Escolha de equipe mínima nas unidades de referência de atendimento COVID-19: ICOM, Hospital Geral Ernesto Simões, Hospital de Campanha Arena Fonte Nova, Hospital do Subúrbio e Hospital Espanhol terão uma equipe mínima, em cada unidade, composta por:

01 médico,

01 enfermeiro;

01 psicólogo; e

01 assistente social.

**Criação da Ficha de Triagem** para identificação dos pacientes com necessidade de assistência paliativa e, se necessário, definição de plano de cuidado.

Os pacientes serão triados através de um software resultante da tese de doutorado em medicina(FMUSP) do Dr João Gabriel Rosa Ramos*, e intitulado : Instrumento de auxílio a tomada de decisão para priorização de vagas em Unidades de Terapia Intensiva(UTI) , associado com critérios específicos de CP. O link de

acesso ao software está em construção e em breve ficará disponível para consulta e uso na plataforma: **http://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/coronavirus/profissionais-de-saude-covid19/**. Os critérios específicos estão disponíveis no documento dois dos protocolos de cuidados paliativos e intitulado: Orientações de Triagem.

**Criação de fluxo de medicações** em parceria com a Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia (Saftec), para controle de sintomas mais críticos associados a dispneia grave e sedação paliativa.

**Criação de vídeo educacional sobre cuidados paliativos** em parceria com a Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto de Magalhães Netto (EESP) para treinamento, via EAD, dos profissionais das unidades de referências de Salvador e Interior, outras unidades da Sesab e ILPIs.

**Início:** Imediato

**Recursos Humanos:** Alocação de mão de obra interna da unidade para formação de equipe, ou se necessário, contratação da equipe mínima (01 médico, 01 enfermeiro, 01 psicólogo, 01 assistente social nas unidades de referência de Salvador). Identificação de enfermeiros nas unidades pré-estabelecidas do interior do Estado. Criação comitê de Cuidados Paliativos.

**SEGUNDA FASE:**

**Objetivos:** Demais localidades pré-estabelecidas pelo comitê COVID-19 da Sesab, com a identificação de profissionais de referência que serão treinados, via EAD, e irão ter contato direto com a equipe de gestão de cuidados paliativos para auxílio na condução dos casos.

**Local:** Hospitais do Interior

**Início:** Maio de 2020

**Recursos Humanos:** Determinação dos profissionais de referência em cada unidade.

**TERCEIRA FASE:**

**Objetivos:** Abertura de uma unidade de referência para pacientes em Cuidados Paliativos e portadores de COVID-19.

**Local:** Hospital Mont Serrat

**Início:** A definir

**Recursos Humanos:** Contratação de profissionais para assistência a um hospital com 60 leitos.

## COMITÊ GESTOR CENTRAL EM CUIDADOS PALIATIVOS E SUAS FUNÇÕES EM CADA FASE

**1ª FASE:**

Criação do comitê gerenciador de crise com especialização em Cuidados Paliativos - CP inicialmente constituído pelos médicos Franklin Santana Santos e Karoline Apolônia podendo ser agregado aumento do comitê de crise.

Elaboração do Plano de Cuidados Paliativos para COVID-19 da SESAB.

Elaborar e oferecer um programa de educação online em CP para profissionais de saúde que estejam tratando de pacientes com COVID-19.

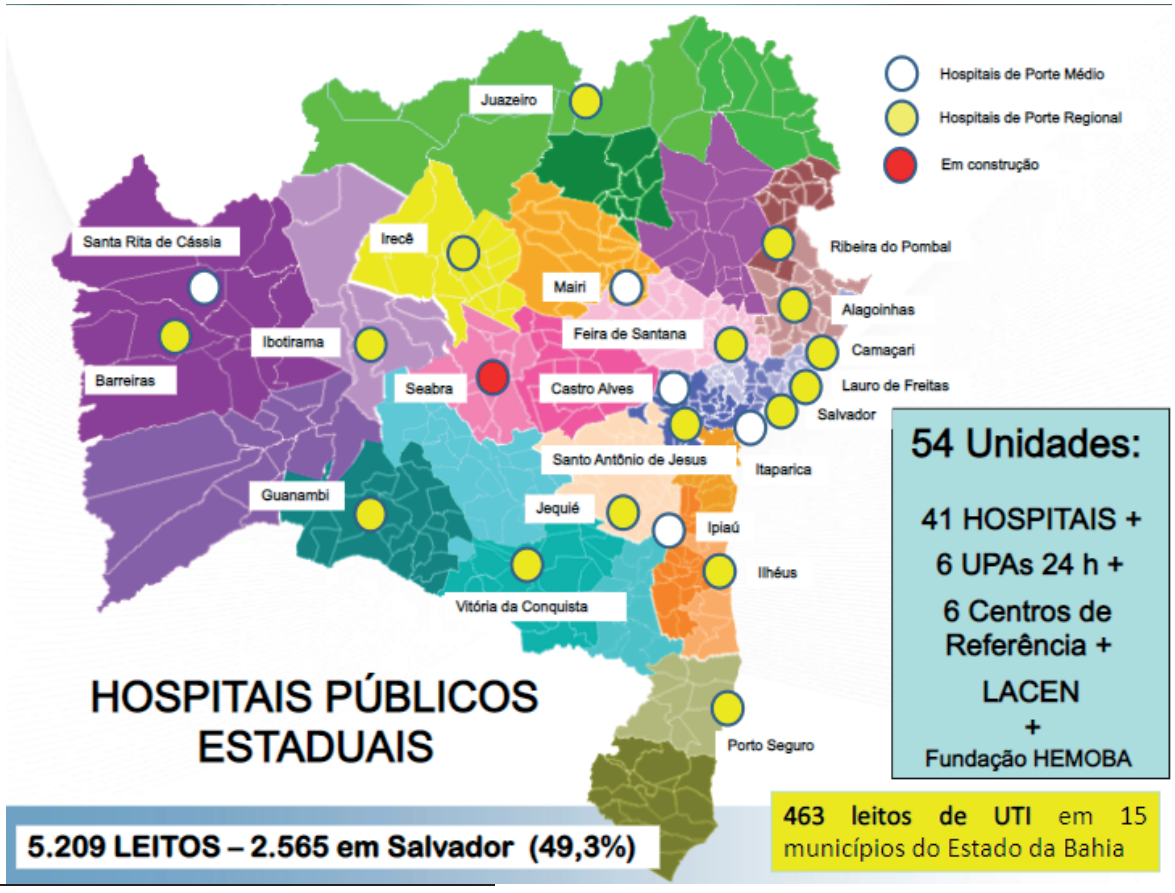
Recrutar da Rede Própria, profissionais treinados em CP pelo curso SESAB, recém-oferecido nos Hospitais Carvalho Luz, HGESF e HGE, ou outros com a comprovada formação na área.

Selecionar, formar banco reserva e criar **cinco equipes,** composta, minimamente, por 01 (um) médico, 01 (um) enfermeiro, 01 (um) psicólogo, 01 (um) assistente social e 01 (um) assistente espiritual, este último a ser recrutado da comunidade, para auxiliar as equipes das unidades de referência (Instituto Couto Maia-ICOM, Hospital de Campanha Arena Fonte Nova, Hospital do Subúrbio, Hospital Espanhol e Hospital Geral Ernesto Simões) para onde serão encaminhados os pacientes com COVID-19 na capital.

**2ª FASE:** Oferecer auxílio através de teleorientação, telemonitoramento, teleinterconsulta, conforme normatização do CFM e Resolução CREMEB Nº 363/2020(8), às coordenações das prestadoras de assistência domiciliar, Homecare da rede SESAB, do Programa Melhor em Casa SESAB, de Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPIs estaduais, Centro de Referência Estadual de Atenção a Saúde do Idoso - CREASI, Centros de Referências em COVID-19 rede SESAB, localizados no interior do Estado da Bahia e as outras diretorias da SESAB.

**3ª FASE:** Coordenar as estratégias, recursos e equipes de CP no Hospital Mont Serrat (unidade central referenciada) e as equipes avançadas das outras unidades em parceria com o comitê gestor da SESAB.

**CENTRO DE REFERÊNCIAS**




***Os dados poderão ser modificados conforme necessidade de plano de ação da SESAB.**

(8) RESOLUÇÃO CREMEB Nº 363/2020 (Publicada no DOU em 30/03/2020, Seção-1, p.253). Disponível em http://www.cremeb.org.br/index.php/normas/resolucao-cremeb-363-2020/

Centros de referência em Cuidados Paliativos: Cada unidade terá, no mínimo, um enfermeiro líder em cuidados paliativos, mas podendo no futuro agregar outros profissionais de saúde junto a sua liderança. As unidades iniciais de referência em cuidados paliativos/COVID-19 da Sesab, do interior do Estado, a serem contempladas nessa etapa do projeto estarão nas seguintes localidades: Barreiras, Irecê, Juazeiro, Ribeira do Pombal, Feira de Santana, Vitória da Conquista, Guananmbi, Ilhéus, Porto Seguro, Chapada Diamantina, Jequié, Ipiaú. As unidades de cuidados paliativos/COVID-19 localizadas na cidade de Salvador contarão com equipes compostas por um enfermeiro, um médico, um psicólogo e um assistente social. As unidades são: Instituto Couto Maia-ICOM, Hospital Espanhol, Hospital Geral Ernesto Simões Filho (HGESF), Hospital do Subúrbio (HS) e o Hospital de Campanha Arena Fonte Nova (HCAFN).

## ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DE CUIDADOS PALIATIVOS NAS UNIDADES DE REFERÊNCIA

É atribuição da equipe:

• Triar pacientes com maiores necessidades de cuidados paliativos nas unidades de referência em COVID-19;

• Auxiliar com sua expertise/orientações os profissionais das unidades de referências, na tomada de decisão sobre os cuidados aos pacientes com critérios de Cuidados Paliativos e ajudá-los no manejo de sintomas físicos com medicações mais adequadas, posologias, etc, assim como em aspectos psicológicos, sociais e espirituais dos pacientes com COVID-19; e

• Oferecer apoio às equipes da linha de frente para a prática de autocuidado, na manutenção de uma boa saúde mental e na prevenção da Síndrome de Burnout nessas equipes.

## CONCLUSÕES

Os Cuidados Paliativos devem ser uma parte central da estratégia global para gerir a pandemia(8), podendo agregar melhorias substanciais na assistência aos pacientes portadores da COVID-19 e seus familiares, além de aliviar o sofrimento e desgastes dos trabalhadores da linha de frente, ao serem cuidados em seus aspectos físicos psicossociais e espirituais. Desta forma podemos contribuir com um melhor gerenciamento e condução dos casos com perspectivas de morte em curto e médio prazos.

GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DA SAÚDE

@saudegovba

saude.ba.gov.br/coronavirus

Revista Baiana
de Saúde Pública

# BOLETINS

# Boletim Epidemiológico
**JANEIRO-FEVEREIRO 2020**

# COVID-19

GOVERNO DO ESTADO | SECRETARIA DA SAÚDE

## SUMÁRIO
**PAG | ITEM**


**1 | Rede de referência hospitalar para os casos suspeitos de infecção pelo Novo Coronavírus 2019-ncov no Estado da Bahia**
- Procedimentos para diagnóstico laboratorial
- Rede hospitalar no âmbito do SUS
- Rede hospitalar suplementar
- Classificação de risco amarelo

**4 | Orientações para o Serviço Móvel de Urgência (SAMU 192): medidas a serem adotadas durante o atendimento aos casos suspeitos ou confirmados pelo Novo Coronavirus (2019/n-CoV)**
- Objetivos
- Orientalções
- Atendimento pré-hospitalar móvel do SAMU 192
- Atendimento secundário

**5 | Atualização de critérios de definição de casos para notificação de Covid 19**
- Definição de caso suspeito
- Definição de caso provável
- Definição de caso confirmado
- Definição de caso descartado
- Definição de caso exccluído
- Notificação



**© 2020. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) - É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada à fonte.**



**Boletim Epidemiológico – COVID - 19**
Monitoramento dos casos de COVID-19
Ano 2019/2020

**Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS)**
Superintendente: Jassicon Queiróz dos Santos

**Diretoria de Atenção Especializada (DAE)**
Diretora: Maria Alcina Romero Boullosa

**Diretora Geral de Gestão das Unidades Próprias (DGGUP)**
Diretora: Wilma Ribeiro de Moreira

**Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde do Estado da Bahia (SUVISA)**
Superintendente: Rívia Barros

**Diretoria de Vigilância Epidemiologica (DIVEP)** Diretora: Jeane Magnavita

**Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN)** Diretora: Arabela Leal


## REDE DE REFERÊNCIA HOSPITALAR PARA OS CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS 2019-NCOV NO ESTADO DA BAHIA

Considerando o cenário de risco atual de doença respiratória, causada pelo novo coronavírus (2019-nCoV) e sua situação epidemiológica no mundo, bem como a necessidade de organização da rede hospitalar para as pessoas com suspeita e casos confirmados de infecção e orientações a gestores e profissionais de saúde com vistas a implementação de ações de respostas rápidas e efetivas, apresenta-se a composição da rede de atenção especializada do estado da Bahia, a fim de contribuir com o Plano de Contingência Estadual, coordenado pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica/ SUVISA/ SESAB.

As pessoas consideradas suspeitas são aquelas que se enquadram nos critérios clínicos e epidemiológicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde. Estas serão atendidas nos diferentes pontos de atenção da rede assistencial e podem ter como primeiro acesso, os seguintes equipamentos de saúde: (i) Unidade de Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde (no âmbito da atenção primária); (ii) Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Serviço de Atenção Domiciliar (Programa Melhor em Casa) e Portas de Urgência e Emergência Hospitalar (no âmbito da atenção especializada).

Com isso, tona-se necessário que seja organizada rede hospitalar de referência, para os casos suspeitos ou confirmados de infecção por coronavírus (2019-nCoV), mediante critérios de classificação de risco baseados no Protocolo de Tratamento da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). No estado da Bahia, no âmbito do Sistema Único de Saúde, esta rede hospitalar de referência para manejo de casos suspeitos ou confirmados, está considerando critérios clínicos de gravidade, estratificados em três cores, conforme disposto no quadro a seguir:

| Gravidade | Quadro Clínico | Conduta |
|---|---|---|
| **VERDE** | Indivíduo com suspeita ou confirmação, estável, sem sinais de piora do estado clínico*. | Acompanhamento em domicílio, com orientações sobre precauções respiratórias e sinais de agravamento, e supervisão da autoridade sanitária local. |
| **AMARELO** | Indivíduo com suspeita ou confirmação, com sinais de gravidade (dispneia; desconforto respiratório; saturação de O2 menor que 95%; ou exacerbação de doença preexistente) e fatores de risco**. | Encaminhamento para hospital de referência secundária regional. |
| **VERMELHO** | Indivíduo com suspeita ou confirmação, com sinais de gravidade (choque; disfunção dos órgãos vitais; insuficiência respiratória; ou instabilidade hemodinâmica). | Encaminhamento para hospital de referência terciária, de acordo com disponibilidade do recurso. |

*__Sinais de piora do estado clínico:__ persistência ou agravamento da febre por mais de três dias; miosite comprovada por CPK (≥ 2 a 3 vezes); alteração do sensório; desidratação e, em crianças, exacerbação dos sintomas gastrointestinais.

**__Fatores de risco:__ população indígena aldeada ou com dificuldade de acesso; gestantes; puérperas (até duas semanas após o parto); crianças <5 anos; adultos (≥60 anos); pneumopatias (incluindo asma); cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica); doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme); distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus); transtornos neurológicos e do desenvolvimento que possam comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção congênita, lesões medulares, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, AVC ou doenças neuromusculares); imunossupressão (medicamentos, neoplasias, HIV/aids); nefropatias e hepatopatias; obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC ≥ 40 em adultos); pacientes com tuberculose de todas as formas.

É importante que se atente para os critérios e sinais de alerta que indiquem a necessidade de encaminhamento para a unidade hospitalar, conforme fluxo e rede assistencial definidos, bem como a especial atenção aos indivíduos idosos, pois são os que possuem maior taxa de letalidade.

## PROCEDIMENTOS PARA DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

A orientação do Lacen é a coleta de secreção de nasofaringe, utilizando swabs de Rayon (1 swab para cada narina e 1 swab para orofaringe). Os 3 swabs devem ser colocados no tubo que contém o meio para transporte de amostras para pesquisa de vírus.

Manter sob refrigeração entre 2-8ºC e encaminhar ao Lacen em até 48h, conforme Nota Técnica para coleta de amostras dos casos suspeitos de COVID19 n.º 01 de 28/02/2020 (do Lacen-Bahia).

**Nota Tecnica para a coleta de amostras para investigação de COVID-19:**
http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/Corona.PDF.pdf.pdf

## REDE HOSPITALAR NO ÂMBITO DO SUS

O Estado da Bahia tem se organizado, a partir de um Plano Diretor Regional (2011), em nove macrorregiões de saúde e 28 regiões de saúde. Nestas, estão localizados serviços de atenção especializada hospitalar de referência em média complexidade para um conjunto de municípios, conforme pactuação nos espaços de gestão do SUS.
As regiões de saúde são: Alagoinhas, Barreiras, Brumado, Camaçari, Cruz das Almas, Feira de Santana, Guanambi, Ibotirama, Ilhéus, Irecê, Itaberaba, Itabuna, Itapetinga, Jacobina, Jequié, Juazeiro, Paulo Afonso, Porto Seguro, Ribeira do Pombal, Salvador, Santa Maria da Vitória, Santo Antônio de Jesus, Seabra, Senhor do Bonfim, Serrinha, Teixeira de Freitas, Valença e Vitória da Conquista.

O estabelecimento de fluxos de acesso e manejo clínico dos indivíduos com suspeição ou confirmação de infecção pelo coronavírus (2019-nCoV), bem como as unidades de saúde para a realização do atendimento, são definidos de acordo com fatores de risco, sinais de agravamento e pela diferenciação dos casos, conforme indicação no protocolo.

• Indivíduos classificados como vermelho, com suspeita ou confirmação da infecção, com sinais de agravamento do quadro clínico (conforme critérios) devem ser encaminhados ao hospital de referência terciária estadual, exclusivamente, através da Central Estadual de Regulação, de acordo com a disponibilidade do recurso, a saber: Instituto Couto Maia (ICOM), localizado em Salvador, após notificação ao CIEVS/DIVEP.

• Indivíduos classificados como amarelo, com sinais de agravamento e fatores de risco (conforme critérios), devem ser encaminhados a hospitais de referência regionais. Considerando que pode ocorrer a piora do quadro clínico, com necessidade de manejo clínico mais especializado, foram considerados os hospitais que possuem leitos de terapia intensiva adulto.

• Indivíduos classificados como verde, após suspeita diagnóstica e a realização de exames, que não apresentem sinais de agravamento e nem fator de risco, devem realizar acompanhamento domiciliar, em conformidade orientações médicas e sob supervisão das autoridades sanitárias locais. É imprescindível que, em caso de sinais de piora do estado clínico ou aparecimento dos sinais de gravidade, seja encaminhado ao serviço de urgência mais próximo da residência.
Neste sentido, a Bahia possui 20 regiões de saúde com rede hospitalar de referência para o tratamento dos casos classificados em amarelo (referência secundária) e 01 referência estadual para os casos classificados como vermelho (referência terciária), conforme dispostas no mapa a seguir:



| CLASSIFICAÇÃO DE RISCO VERMELHO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| REFERÊNCIA ESTADUAL | MUNICÍPIO | ESTABELECIMENTO | DIRETOR | CONTATO |
| | Salvador | Instituto Couto Maia - ICOM | Ceuci Nunes | 71-3103.7150 |

Vale ressaltar que existem oito regiões de saúde que não dispõe de leitos de terapia intensiva. Nestas, os casos classificados como amarelo deverão ser informados ao CIEVS e submetidos à Central Estadual de Regulação (CER/DIREG) para transferência de acordo com a rede hospitalar definida.

Já os casos suspeitos ou confirmados em pediatria, se classificados em vermelho, também deverão ser encaminhados ao Instituto Couto Maia (ICOM), de acordo com a disponibilidade do recurso. Se classificados em amarelo, deverão seguir o mesmo fluxo: informação ao CIEVES e submissão à Central Estadual de Regulação (CER/DIREG) para transferência de acordo com a rede hospitalar existente.

## REDE HOSPITALAR SUPLEMENTAR

Considerando que o estado da Bahia tem uma cobertura populacional, em média de 10%, por usuários de planos de saúde e a região metropolitana de Salvador de 25%, tendo a capital, 31% de cobertura (Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, dez/2019), tornam-se necessárias as seguintes orientações:

1. Indivíduos que chegarem às portas de urgência/ emergência hospitalares privadas com suspeita de infecção por coronavírus devem ser acolhidos e classificados risco conforme Protocolo de Tratamento da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG);

2. Deverá ser realizada a coleta das amostras respiratórias, oral ou nasal, e

encaminhadas conforme fluxo determinado pelo protocolo de vigilância em saúde;

3. A instituição deverá informar ao CIEVS por telefone e e-mail;

4. É imprescindível que o hospital realize o manejo clínico do paciente de acordo com a gravidade do caso e em conformidade com o protocolo estabelecido.

Por fim, ratifica-se a importância dos serviços de saúde implementarem mecanismos e rotinas que contemplem: (i) estratégias de prevenção, (ii) garantia do acolhimento com classificação de risco a todos os indivíduos que procurarem os estabelecimentos de saúde, (iii) atendimento de forma integral e equânime e (iv) acompanhamento dos casos suspeitos com projeto terapêutico singular. Além disso, torna-se fundamental a organização, pelos gestores municipais e hospitalares, de um processo comunicacional com o CIEVS e a SESAB, bem como a divulgação do fluxo de acesso proposto.

| CLASSIFICAÇÃO DE RISCO AMARELO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **REGIÃO DE SAÚDE** | **MUNICÍPIO** | **ESTABELECIMENTO** | **DIRETOR** | **CONTATO** |
| Alagoinhas | Alagoinhas | Hospital Regional Dantas Bião | Flávia Barbosa | 75- 3422.5564 |
| Barreiras | Barreiras | Hospital do Oeste | Ivanildo Santos | 77- 3612.9412 |
| Brumado | Brumado | Hospital Municipal Professor Magalhães Neto | Abdoulaye Coulibaly | 77-3453.8705 |
| Camaçari | Camaçari | Hospital Geral de Camaçari | Mª Del Carmen Moleiro | 71-3621.4388 |
| Cruz das Almas | São Félix | Hospital Nossa Sra. da Pompéia | Edson Barbosa | 75-3438.3900 |
| Feira de Santana | Feira de Santana | Hospital Geral Cleriston Andrade | José Carlos Pitangueiras | 75-3602.3312 |
| | | Hospital Estadual da Criança | Marcio Lima | 75-3602.0320 |
| Guanambi | Guanambi | Hospital Regional de Guanambi | Paula Luisa Barros | 77-3451.6060 |
| Ilhéus | Ilhéus | Hospital Regional Costa do Cacau | Renata Cardoso | 73- 3235.5366 |
| Irecê | Irecê | Hospital Regional Mario Dourado Sobrinho | Celso Rangel | 74-3688.7706 |
| Itabuna | Itabuna | Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães | Juvenal Maynart | 73-3214.1643 |
| Itapetinga | Itapetinga | Hospital Cristo Redentor | Reinaldo Santos | 77-3221.1000 |
| **REGIÃO DE SAÚDE** | **MUNICÍPIO** | **ESTABELECIMENTO** | **DIRETOR** | **CONTATO** |
| Jequié | Jequié | Hospital Geral Prado Valadares | Poliana Oliveira | 73-3528.7108 |
| Juazeiro | Juazeiro | Hospital Regional de Juazeiro | Hucilene Simões | 74-3614.8350 |
| Porto Seguro | Porto Seguro | Hospital Regional Deputado Luís Eduardo Magalhães | Thais Fraga Nunes | 73- 2105.6494 |
| Ribeira do Pombal | Ribeira do Pombal | Hospital Geral Santa Tereza | Danilo Matos | 75-3276.5100 |
| Salvador | Salvador | Hospital Geral Ernesto Simões Filho | Cristiana França | 71-3117.1796 |
| | | Hospital Geral Roberto Santos | José Adimirço Lima | 71-3103.8701 |
| | | Hospital Professor Eládio Lassérie | Ana Paula Xavier | 71-3395.8488 |
| | | Hospital do Subúrbio | Jorge Motta | 71- 3217.8600 |
| | | Hospital Municipal de Salvador | Gustavo Mettig | 71-3202.3500 |
| Santo Antônio de Jesus | Sto Antônio de Jesus | Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus | Fábio Renan | 75- 3162.1402 |
| Seabra | Seabra | Hospital Regional da Chapada | Marcos Antônio Alabi | 75- 3331.9400 |
| Teixeira de Freitas | Teixeira de Freitas | Hospital Municipal de Teixeira de Freitas | Allan Lobo | 73-3011.0950 |
| Vitória da Conquista | Vitória da Conquista | Hospital Geral de Vitória da Conquista | Geovani Moreno | 77-3424.2804 |

## ORIENTAÇÕES PARA O SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192): MEDIDAS A SEREM ADOTADAS DURANTE O ATENDIMENTO AOS CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS PELO NOVO CORONAVIRUS (2019/NCOV)

Como componente pré-hospitalar móvel, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras, que possa levar a sofrimento, as sequelas ou mesmo a morte.

É um serviço territorializado que possibilita a cada vítima um atendimento no menor tempo possível, inclusive com envios de médico conforme a gravidade do caso. Podemos chamá-lo de atendimento pré-hospitalar móvel primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento pré-hospitalar móvel secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento, conforme grade de referência pactuada.

No Estado da Bahia o SAMU 192 apresenta uma cobertura de 81,75% da população, distribuídos em 279 municípios e conta com 19 Centrais de Regulação de Urgência (CRU), conforme disposto em tabela abaixo:

| REGIÃO | CRU | NOME | TELEFONE |
|---|---|---|---|
| NORTE | SAMU Regional de Paulo Afonso | Gessica Alves | (75)3692-1020 |
| | SAMU Regional de Senhor do Bonfim | Patrícia Cândida | (74)3541-8309 /3541-3881 / 991470413 |
| | SAMU Regional de Juazeiro | Lara Oliveira | (74)999366972/3612-3000 |
| OESTE | SAMu Regional de Barreiras/Ibotirama | Kallynka Fonseca | (77)999839978 / 3613-9541 |
| | SAMU Regional Santa Maria da Vitória | Luciano Pereira | 77-348345151 / 991200091 |
| LESTE | SAMU Metropolitano de Salvador | Adielma Nizarala | (71)991610177/32021320 |
| | SAMU Regional de Camaçari | Monica Cardoso | (71)999431955/999812596/ 3362-7772 /7781 /3454-2224 |
| | SAMU Regional de Santo Antônio de Jesus | Fernando Mendonça | (71)991717399 / (75) 36313411/ 6733 |
| EXTREMO SUL | SAMU Regional de Teixeira de Freitas | Rozana Vaz | (73)999782018 / 3291 1551 /3011-9712 |
| | SAMU Regional de Porto Seguro/Eunapolis | Grazielle Cardoso | (73)988159839 / 3268-9652 |
| SUDOESTE | SAMU Regional de Guanambi | Celso Ribeiro | (77)34518739/988284012 / 999025452 |
| | SAMU Regional de Brumado | Regina Coqueiro | (77)999894937 / 34411529 |
| | SAMU Regional de Vitória da Conquista | Geleaide de Oliveira | (77)98829 9734 / 3424-5684 |
| CENTRO-NORTE | SAMU Regional de Irecê/Jacobina | Silvia Claudia | (74)999891226 /39891226 |
| SUL | SAMU Regional de Itabuna | Rafaela Caldas | 73-999449031/ 32148297 |
| | SAMU Regional de Ilhéus | Cyomar Dias | (73)999022236 / 3234-3350 |
| | SAMU Regional de Jequié | Daniel Rabelo | (73)988538024/35287500 |
| CENTRO-LESTE | SAMU Regional de Feira de Santana | Maiza Macêdo | (75)991325672 / 3612-4510 |
| NORDESTE | SAMU Regional de Alagoinhas | Silvia Teles | (75)991392665 / 34238281/34222114 |

Distribuição do SAMU 192 por macrorregião, Bahia 2020

**OBJETIVO**

Apresentar as orientações para o Serviço Móvel de Urgência - SAMU 192 quanto às medidas a serem adotadas durante o atendimento aos casos suspeitos ou confirmados pelo Novo Coronavirus (2019/nCoV).

**ORIENTAÇÕES**
**Atendimento pela CRU do SAMU 192**

Nos casos em que o usuário acionar a CRU relatando queixa relacionada a síndrome gripal, o médico regulador deverá aplicar o protocolo para definição de caso suspeito de infecção humana pelo 2019-nCoV estabelecido pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (MS), conforme Boletim Epidemiológico nº 01 publicado nem janeiro de 2020, qual seja:

**Situação 1:** Febre E pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, batimento das asas nasais entre outros) E histórico de viagem para área com transmissão local, de acordo com a OMS, nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas; OU

**Situação 2:** Febre E pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, batimento das asas nasais entre outros) E histórico de contato próximo de caso suspeito para o Coronavírus (2019-nCoV), nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas; OU

**Situação 3:** Febre OU pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, batimento das asas nasais entre outros) E contato próximo de caso confirmado de Coronavírus (2019-nCoV) em laboratório, nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas.

**Após a aplicação do protocolo, em situação que se caracterize como caso suspeito, o médico regulador deverá avaliar as condições clínicas do paciente, classificando-as por critério de gravidade, procedendo da seguinte forma:**

a)Nos casos sem gravidade clínica classificados como "verde", o paciente poderá ser orientado a procurar um serviço de saúde mais próximo da sua residência, com brevidade. A depender da capacidade operacional de cada sistema regional, o médico regulador poderá decidir pelo atendimento presencial, mediante equipe de suporte básico, objetivando captar precocemente o caso para confirmação diagnóstica em unidade de referência primária da rede de urgência do território;

b)Nos casos com gravidade clínica, classificados como "amarelo" ou "vermelho", o médico regulador poderá decidir pelo atendimento presencial, mediante equipe de suporte básico ou avançado, procedendo regulação para as unidades de referência secundária da rede de urgência do território. Para tanto, o médico regulador deverá comunicar previamente o serviço de saúde de referência para onde o caso suspeito será encaminhado.

**OBS: A notificação do caso suspeito deverá ser feita pelas unidades pré-hospitalares fixas ou hospitalares.**

**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DO SAMU 192:**

No caso do atendimento presencial do paciente com suspeita de infecção humana pelo Novo Coronavirus (2019-nCoV) devem ser utilizadas as seguintes medidas:

• Disponibilizar máscara cirúrgica para os pacientes e acompanhantes;
• Disponibilizar os EPI preconizados pela ANVISA (óculos de proteção ou protetor facial, máscara cirúrgica, avental impermeável e luva de procedimento; no caso de necessidade de procedimentos que gerem aerossóis, a equipe deverá usar máscara N95.
• Realizar a higiene das mãos e orientar possíveis acompanhantes quanto a sua importância;
• Garantir a ventilação da ambulância durante o transporte;
• Limpar e desinfetar todas as superfícies internas após a realização do atendimento, utilizando álcool a 70%, hipoclorito de sódio ou outro desinfetante indicado para este fim, conforme Procedimento Operacional Padrão -POP, utilizado na rotina do serviço.

**ATENDIMENTO SECUNDÁRIO**

Nos casos em que a unidade de saúde ou a Central Estadual de Regulação solicitar apoio do SAMU 192 para o transporte de paciente grave, suspeito ou confirmado de infecção humana pelo 2019-nCoV, seja para unidade hospitalar de referência secundária ou terciária, ou até ponto de embarque aéreo, embora reconhecendo que esta não é uma atribuição estabelecida legalmente, neste momento seria importante este apoio, considerando a expertise das suas equipes profissionais. Neste caso, deverá ser avaliada a distância a ser percorrida e a cobertura d e USA no território regional.

Por fim, ratificamos a importância de que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência esteja organizado e preparado para atendimento de um possível caso suspeito ou confirmado de infecção humana pelo 2019-nCoV.

## ATUALIZAÇÃO DE CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE CASOS PARA NOTIFICAÇÃO DE COVID 19

O atual cenário epidemiológico da circulação do Novo Coronavírus (Covid 19), considerado Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional e Nacional, tem levado as autoridades sanitárias de todo o mundo, a ficarem alertas para aumentar a capacidade de detecção de casos e adoção de mediadas oportunas e adequadas.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, a partir de 24 de fevereiro de 2020, ampliou os critérios de definição de casos suspeitos pela infecção do Novo Coronavírus (Covid 19). Além da China, também estão incluídos dentro da definição de casos, pessoas que apresentem sinais e sintomas de infecção respiratória, oriundos do Pacífico Oriental: Austrália, Coreia do Sul e do Norte, Camboja, Filipinas, Japão, Malásia, Vietnã, Singapura; do Sudoeste Asiático: Tailândia; da Europa: Itália, Alemanha e França; do Mediterrâneo Oriental: Iran e Emirados Árabes Unidos.

Desse modo, a Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, com vistas a aumentar a sensibilidade da vigilância epidemiológica, a partir das orientações da Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde, atualiza os critérios de suspeição de casos:

| Definição de caso suspeito: | | |
|---|---|---|
| **Critérios Clínicos** | | **Critérios Epidemiológicos** |
| **Febre**[1] e pelo menos um sinal/sintoma respiratório.<br>(tosse e dificuldade para respirar, batimento das asas nasais, entre outros) | **E** | Histórico de viagem para área com transmissão **local**[2], de acordo com a OMS nos últimos 14 dias, anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas **OU** histórico de contato **próximo**[3] de caso suspeito de Covid 19 nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas. |
| **Febre**[1] **OU** pelo menos um sinal/sintomas respiratórios<br>(tosse e dificuldades respirar, batimento das asas nasais). | **E** | Contato próximo com caso confirmado de Covid 19 em laboratório nos últimos 14 dias, anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas. |

[1] pode não estar presente em alguns pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou pelo uso de antitérmico. Nessas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração.
[2] define-se como transmissão local a confirmação laboratorial de transmissão de Covid 19 entre pessoas com vínculo epidemiológico comprovado. Até o momento, 24/02/2020, China, Austrália, Coreia do Sul, Coreia do Norte, Camboja, Filipinas, Japão, Malásia, Vietnã, Singapura, Tailândia, Itália, Alemanha, França, Iran e Emirados Árabes Unidos.
[3] estar a aproximadamente 2 metros, dentro do mesmo ambiente, por período prolongado OU contato direto com fluidos corporais, sem uso de equipamento de proteção individual.

| Definição de caso provável: |
|---|
| Caso suspeito que apresente resultado laboratorial inconclusivo para Covid 19 **OU** teste positivo em ensaio de pan-coronavírus. |

| Definição de caso confirmado: |
|---|
| Indivíduo com resultado laboratorial conclusivo para Covid 19, independente de sinais e sintomas. |

| Definição de caso descartado: |
|---|
| Caso suspeito com resultado laboratorial negativo ou confirmação laboratorial para outro agente etiológico. |

| Definição de caso excluído: |
|---|
| Caso notificado que não se enquadrar na definição de caso suspeito. Nessa situação o registro será excluído da base de dados nacional. |

## NOTIFICAÇÃO

Todos os indivíduos que se enquadrem em casos suspeitos, prováveis e confirmados, devem ser notificados **imediatamente, até 24 horas, à CIEVS-Bahia** pelo e-mail: **cievs.notifica@saude.ba.gov.br ou pelos telefones: (71)3116-0018, (71) 99994-1088**, inclusive aos sábados, domingos e feriados.

Destaca-se que as informações devem ser inseridas na ficha de notificação, disponível em: **http://bit.ly/2019-ncov**, utilizando a CID10 - B34.2 - Infecção por Coronavírus de localização não especificada.

**Orientações para Serviços de Saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo Novo Coronavírus (Covid-19).**

**NOTA TÉCNICA Nº 04/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA**:
http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMSGGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28

**NOTA TÉCNICA Nº01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA: orientações gerais para higiene das mãos em serviços de saúde:**
www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/notatecnica-n-01-2018-gvims-ggtes-anvisa-orientacoes-gerais-para-higiene-das-maos-emservicos-de-saude-2

**Protocolo para Enfrentamento do COVID 19 em Portos, Aeroportos e Fronteiras Atualizado em 6 de fevereiro de 2020**
http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/Protocolo+simplificado+Coronavirus+06+02-revisao+final+3_diagramado2+%281%29.pdf/1c97fbd6-8af8-40e9-9cee-56803803c4b4

# Boletim Epidemiológico

# COVID-19

GOVERNO DO ESTADO

**O que o COVID-19 ( NOVO CORONAVÍRUS)**

Coronavírus é uma família de vírus que causam infecções respiratórias. O novo agente do coronavírus (SARS-CoV-2) foi descoberto em 31 de dezembro de 2019, após casos registrados na China, e provoca a doença chamada de coronavírus (COVID-19).

Os coronavírus humanos foram isolados pela primeira vez em 1937. No entanto, apenas em 1965, o vírus foi descrito como coronavírus, em decorrência do perfil na microscopia, parecendo uma coroa.

A maioria das pessoas é infectada com os coronavírus comuns ao longo da vida, sendo as crianças pequenas mais propensas a se infectarem com o tipo mais comum do vírus. Os coronavírus mais comuns que infectam humanos são o alpha coronavírus 229E e NL63 e beta coronavírus OC43, HKU1.

**SINTOMAS**

Os sinais e sintomas do coronavírus são principalmente respiratórios, semelhantes a um resfriado. Podem, também, causar infecção do trato respiratório inferior, como as pneumonias. No entanto, o novo coronavírus (SARS-CoV-2) ainda precisa de mais estudos e investigações para caracterizar melhor os sinais e sintomas da doença.

DIVEP - SUVISA

## Situação Epidemiológica Atual

Considerando o cenário mundial do novo coronavírus (COVID-19), cuja transmissão teve início na China em 31 de dezembro de 2019, a Secretaria de Saúde da Bahia iniciou o processo de articulação das ações de vigilância em saúde e organização da rede de atenção desde janeiro de 2020, visando preparar resposta coordenada para enfrentamento da possível ocorrência de casos na Bahia.

O primeiro caso no estado foi confirmado em 06/03/2020, nove dias após a confirmação do 1º caso do Brasil, que ocorreu em 26/02/2020. A partir de então, já foram confirmados 123 (3,0%) casos, dentre o total de 4.065 notificados, com descarte de 1.240 (30,5%) casos por critério laboratorial. Permanecem em investigação epidemiológica 2.702 (66,5%) casos (Tabela 1).

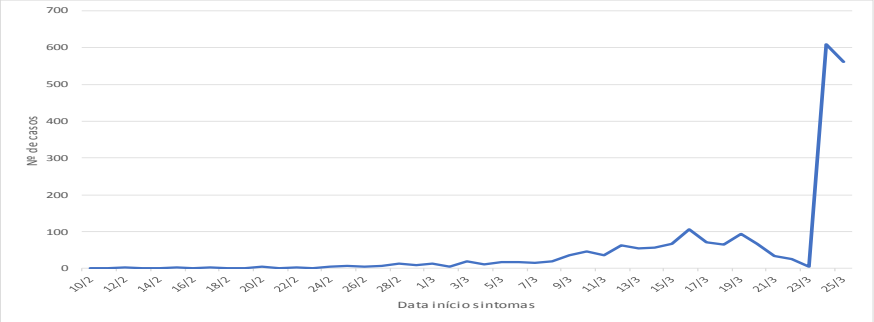
**Tabela 1**. Distribuição dos casos de COVID-19 situação da investigação. Bahia, 2020*.

| Classificação | Casos | |
|---|---|---|
| | N | % |
| Confirmados | 123 | 3,0 |
| Descartados | 1240 | 30,5 |
| Em investigação | 2702 | 66,5 |
| **Total** | **4.065** | **100** |

Fonte: RedeCap/ Divep e GAL/Lacen, dados obtidos em 27/03/2020, sujeitos a alterações.

Os casos notificados obedecem às definições de caso suspeito, conforme orientações do Ministério da Saúde, que foram sendo modificadas ao longo da evolução da epidemia e conforme estágio de transmissão em cada território. Atualmente, a Bahia e todo o país já se encontram no estágio de transmissão comunitária. Desse modo, a distribuição das notificações por dia, apresentam crescimento importante a partir de 09/03/2020, estando em plena expansão neste momento (Figura 1).

**Figura 1.** Distribuição dos casos notificados de COVID-19 por data de início dos sintomas. Bahia, 2020.**




Fonte: RedeCap/ Divep e GAL/Lacen, dados obtidos em 27/03/2020, sujeitos a alterações.

## Casos confirmados

Até 27/03/2020 foram confirmados 123 casos de Covid-19 na Bahia, representando 3,0% do total de casos notificados.

Dentre os casos confirmados, 55,3% são do sexo feminino e 44,7% do sexo masculino. A faixa etária mais acometida foi a de 30 a 39 anos, representando 23,58% do total. Porém, o coeficiente de incidência por 100.000 habitantes foi maior na faixa de 70 a 79 anos (2,15) seguida da faixa de 80 e mais (1,59), indicando o maior risco de adoecer entre os idosos (Tabela 2).

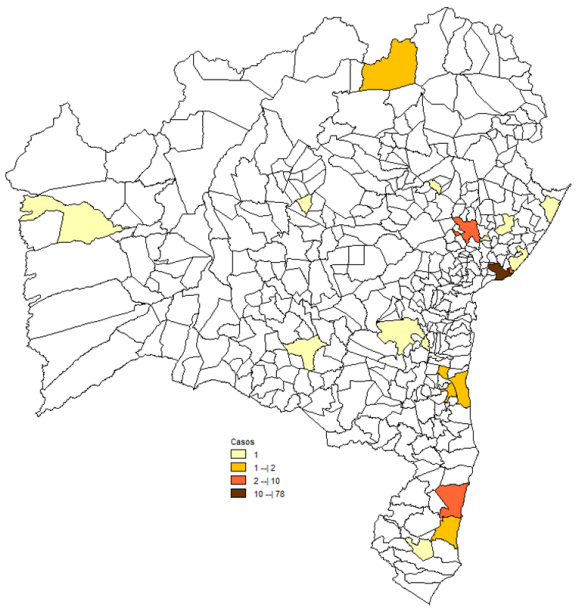
**Tabela 2.** Distribuição do número de casos confirmados, percentual e coeficiente de incidência de COVID-19 por faixa etária. Bahia, 2020*.

| Faixa etária | Casos | % | Pop. | Coef Incid. |
|---|---|---|---|---|
| 1 a 4 | 0 | 0,00 | 902.701 | 0,00 |
| 5 a 9 | 0 | 0,00 | 1.260.143 | 0,00 |
| 10 a 19 | 2 | 1,63 | 2.821.346 | 0,07 |
| 20 a 29 | 21 | 17,07 | 2.781.778 | 0,75 |
| 30 a 39 | 29 | 23,58 | 2.294.120 | 1,26 |
| 40 a 49 | 17 | 13,82 | 1.789.028 | 0,95 |
| 50 a 59 | 16 | 13,01 | 1.266.810 | 1,26 |
| 60 a 69 | 11 | 8,94 | 819.344 | 1,34 |
| 70 a 79 | 10 | 8,13 | 465.073 | 2,15 |
| 80 e+ | 4 | 3,25 | 251.273 | 1,59 |
| ignorado | 13 | 10,57 | ******* | ******* |
| **TOTAL** | **123** | **100** | **14.873.064** | **0,83** |

Fonte: RedeCap/ Divep e GAL/Lacen, dados obtidos em 27/03/2020, sujeitos a alterações.

Os casos confirmados estão distribuídos em 19 municípios do estado, com maior proporção em Salvador (63,41%)(Figura 2). Não há registro de óbitos confirmados para COVID-19 até o momento.

**Figura 2.** Distribuição espacial dos casos confirmados de Covid-19. Bahia, 2020*.



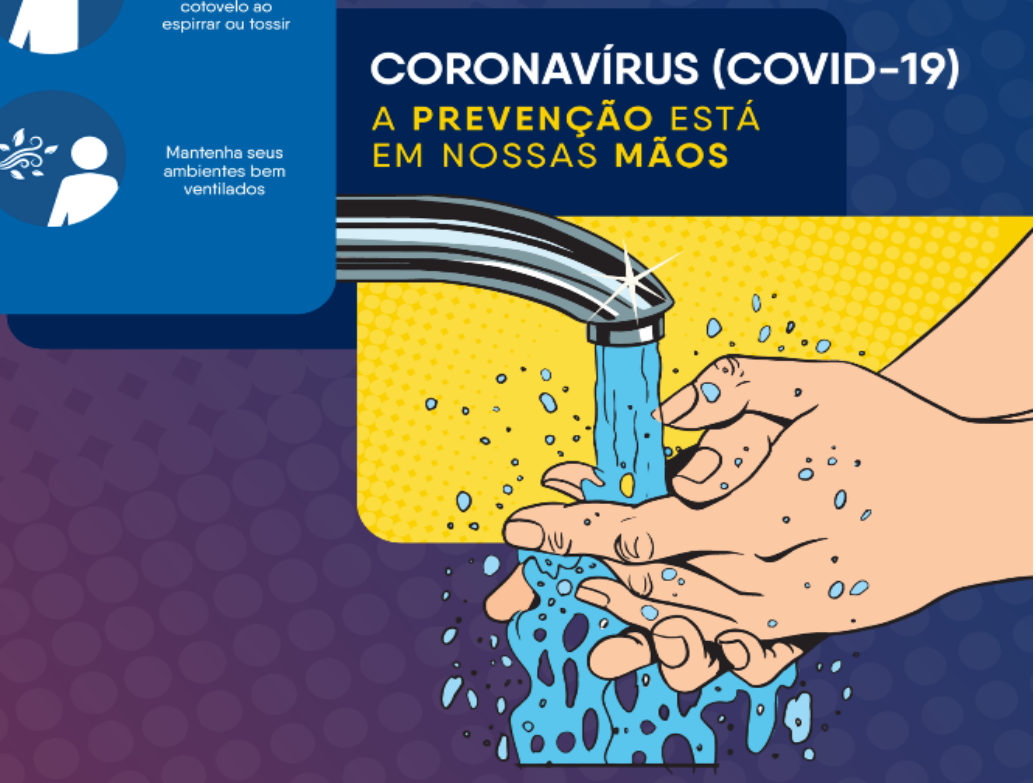

Fonte: RedeCap/ Divep e GAL/Lacen, dados obtidos em 27/03/2020, sujeitos a alterações.

# Boletim Epidemiológico

# COVID-19

## BAHIA




GOVERNO DO ESTADO | SECRETARIA DA SAÚDE

Nº 50 - 14/05/2020

## Situação Epidemiológica Atual

Na Bahia, o primeiro caso foi confirmado em 06/03/2020, nove dias após a confirmação do primeiro caso do Brasil, que ocorreu em 26/02/2020. A partir de então, já foram confirmados laboratorialmente 6.402(29,79%) casos, pelo critério clínico-epidemiológico 464(2,16%) e teste rápido 89 (0,41%) totalizando 6.955(32,36%) casos, dentre o total de 21.494 notificados, com descarte de 10.864 (50,54%) casos por critério laboratorial. Permanecem em investigação epidemiológica 3.675 (17,10%) casos (Tabela 1).

**Tabela 1. Distribuição dos casos de COVID-19, segundo situação da investigação. Bahia, 2020*.**

| Classificação | Casos | |
|---|---|---|
| | N | % |
| Confirmados laboratorialmente | 6402 | 29,79 |
| Confirmados clínico epidemiológica | 464 | 2,16 |
| Confirmados teste rápido | 89 | 0,41 |
| Total confirmados | 6955 | 32,36 |
| Descartados | 10864 | 50,54 |
| Em investigação | 3675 | 17,10 |
| Total | 21494 | 100 |

Fonte: e-SUS-Ve/ Divep e GAL/Lacen, dados obtidos em 14/05/2020, sujeito a alterações.

Os casos notificados obedecem às definições de caso suspeito, conforme orientações do Ministério da Saúde, que foram sendo modificadas ao longo da evolução da pandemia e conforme estágio de transmissão em cada território. Atualmente, a Bahia e todo o país já se encontram no estágio de transmissão comunitária. Desse modo, a distribuição das notificações por dia, apresentam crescimento importante a partir de 09/03/2020. (Figura 1).

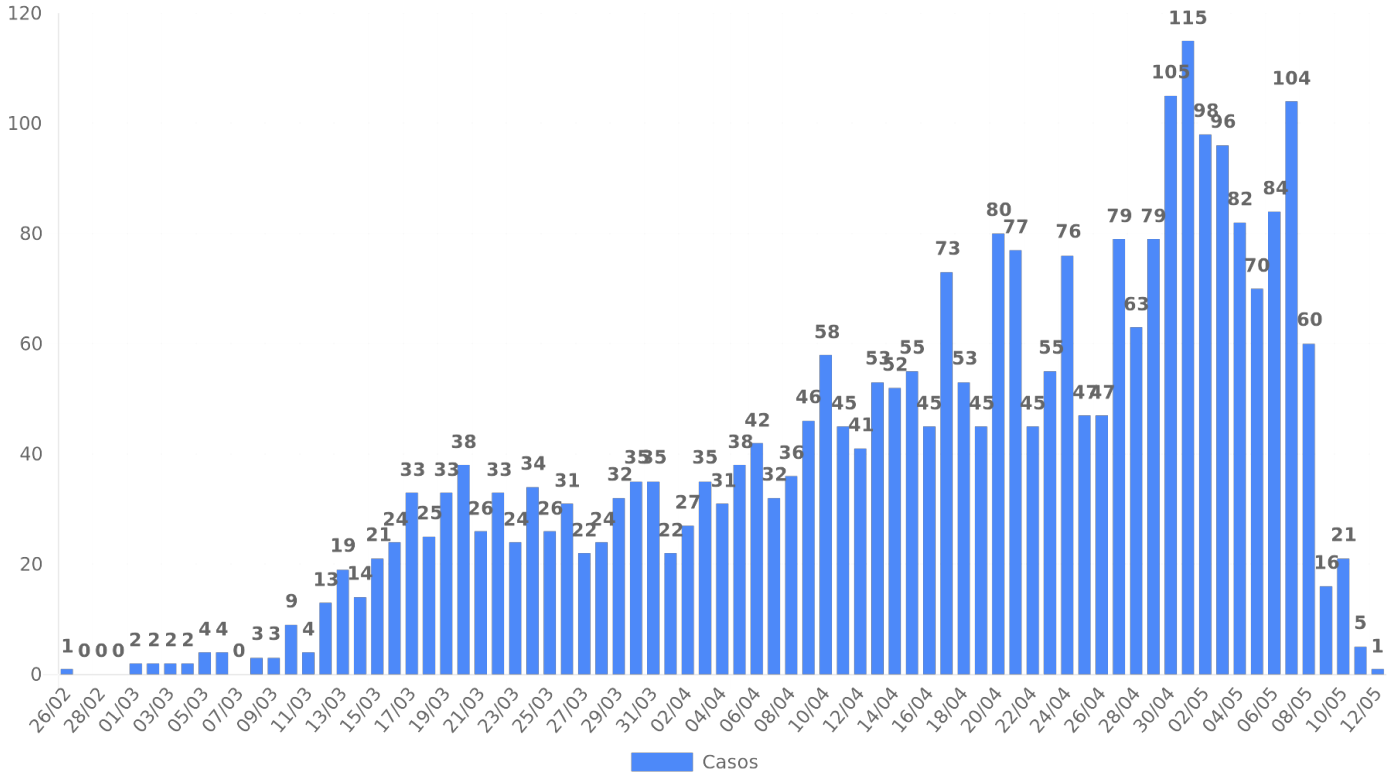
### Limitações

O processo de atualização das informações nos municípios e Estado é dinâmico e complexo. Os dados informados diariamente são sujeitos a alterações. Considerando a pluralidade de cada município no que diz respeito a porte populacional, infraestrutura e organização dos serviços de saúde, além de todos os desafios que a pandemia de COVID-19 impõe, é possível que haja mudanças no número de casos ou óbitos em decorrência de inconsistências ou atrasos no repasse das informações ao Estado.

Os casos notificados entre o município e o Estado podem sofrer alterações. Isso acontece porque o município de notificação não é necessariamente o mesmo local de residência do caso ou óbito notificado. Assim, ao concluir o processo de investigação de cada notificação individualmente, cabe às Secretarias Municipais a atualização do Esus-Ve (https://notifica.saude.gov.br/notificacoes) e posterior comunicação a Secretaria da Saúde do Estado, para que então, após atualização efetuada neste sistema obrigatório Ministerial (Esus-Ve) e a validação dessa secretaria, poderá ser lançado neste boletim.

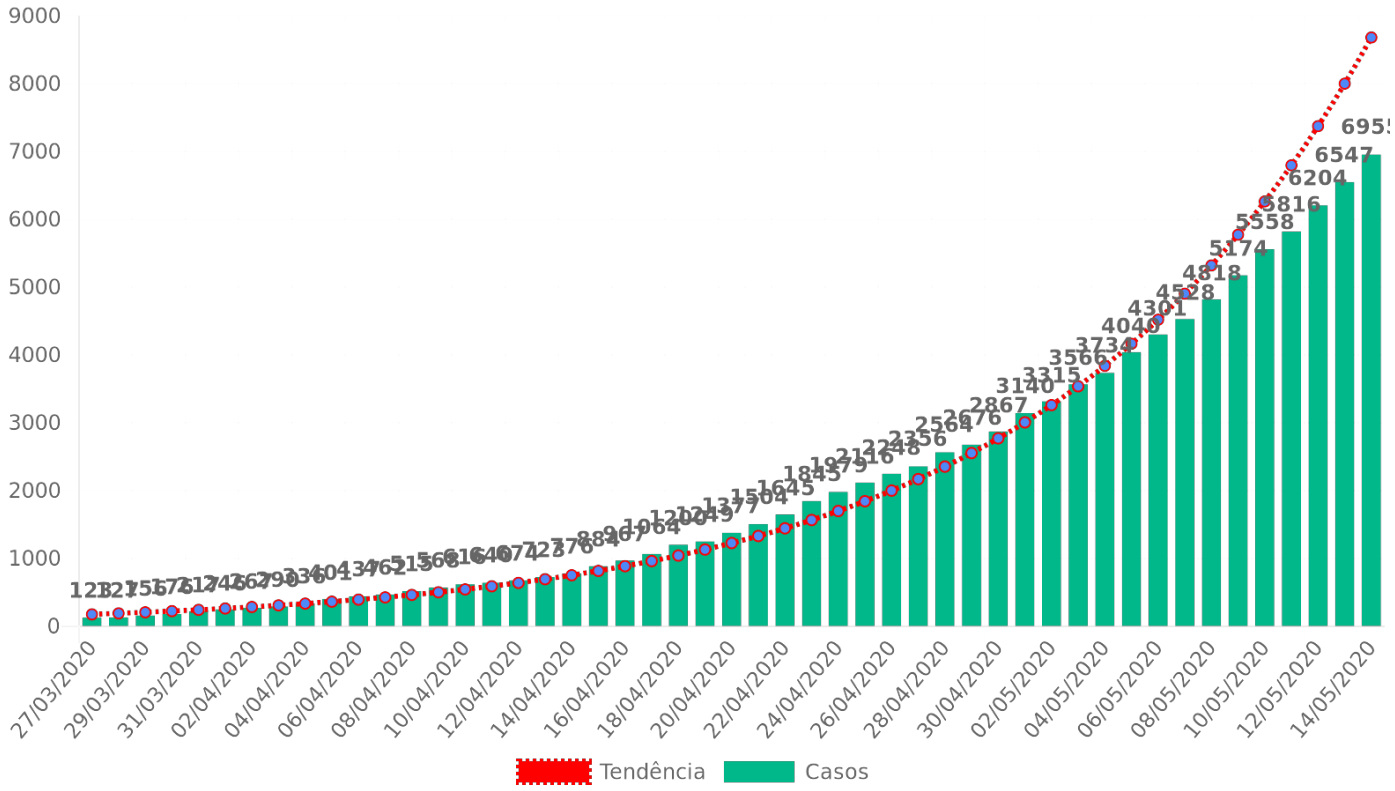
Vale ressaltar que os casos e óbitos registrados são atualizados por data de notificação.

**Figura 1. Distribuição dos casos confirmados de COVID-19 por data de início dos sintomas. Bahia, 2020.****




Na Figura 2, observa-se que no período de 27/03 a 14/05/2020 houve um aumento do número de casos confirmados laboratorialmente de COVID-19 na Bahia, com incremento de 5.482,11 casos no período.

**Figura 2. Distribuição do acumulado de casos confirmados por Covid-19 por data da confirmação laboratorial. Bahia, 27/03/2020 a 14/05/2020.**




Até 14/05/2020, no Estado da Bahia, o coeficiente de incidência foi de 467,62/ 1.000.000 habitantes. Quanto ao sexo dos casos confirmados, 51,27% foram do sexo feminino. A faixa etária mais acometida foi a de 30 à 39 anos, representando 26,25% do total. O coeficiente de incidência por 1.000.000 de habitantes foi maior na faixa etária de 80 anos ou mais (871,56/1.000.000 habitantes), indicando que o risco de adoecer foi maior nesta faixa etária, seguida da faixa de 30 à 39 anos (795,95/1.000.000 habitantes). (Quadro 1). Ressalta-se que os coeficientes de incidência passaram a ser calculados por 1.000.000 de habitantes, conforme padronização recomendada pelo Ministério da Saúde, para possibilitar comparação com dados internacionais dos dados.

**Quadro 1. Distribuição proporcional dos casos confirmados de COVID-19 e coeficiente de incidência (por 1.000.000 hab) por faixa etária. Bahia, 2020*.**

| Faixa etária | Casos | % | Pop. | Coef Incid./1.000.000 |
|---|---|---|---|---|
| < 1 | 11 | 0,16 | 221448 | 49,67 |
| 1 a 4 | 54 | 0,78 | 902701 | 59,82 |
| 5 a 9 | 40 | 0,58 | 1260143 | 31,74 |
| 10 a 19 | 163 | 2,34 | 2821346 | 57,77 |
| 20 a 29 | 803 | 11,55 | 2781778 | 288,66 |
| 30 a 39 | 1826 | 26,25 | 2294120 | 795,95 |
| 40 a 49 | 1367 | 19,65 | 1789028 | 764,10 |
| 50 a 59 | 783 | 11,26 | 1266810 | 618,09 |
| 60 a 69 | 477 | 6,86 | 819344 | 582,17 |
| 70 a 79 | 251 | 3,61 | 465073 | 539,70 |
| 80 e+ | 219 | 3,15 | 251273 | 871,56 |
| ignorado | 961 | 13,82 | 0 | 0,00 |
| **Total** | **6955** | **100** | **14873064** | **467,62** |

Os casos confirmados ocorreram em 194 municípios do Estado, com maior proporção em Salvador (68,85%). Destaca-se que há 24 casos confirmados de outros estados que foram atendidos na Bahia. Os municípios com os maiores coeficientes de incidência por 1.000.000 habitantes foram Ipiaú (2.310,73), Utinga (2.144,35), Ilhéus (2.045,25) , Itabuna (1.974,46)e Salvador (1.607,74) (Quadro 2).

**Quadro 2. Número de casos confirmados, proporção e coeficiente de incidência de Covid-19 por município de residência. Bahia, 2020*.**

| Nº | Município | Confirmados Laboratorialmente | Confirmados Clinico Epidemiologico | Confirmados Teste Rápido | Total confirmados | % | População | Coef. de Incidência/ 1.000.000 hab | Nº de dias após o último caso confirmado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ABAÍRA | 1 | 3 | | 4 | 0,06 | 8739 | 457,72 | 10 |
| 2 | ACAJUTIBA | 1 | 0 | | 1 | 0,00 | 15159 | 65,97 | 22 |
| 3 | ADUSTINA | 1 | 0 | | 1 | 0,01 | 17040 | 58,69 | 38 |
| 4 | ÁGUA FRIA | 1 | 0 | | 1 | 0,00 | 16970 | 58,93 | 21 |
| 5 | AIQUARA | 3 | 0 | | 3 | 0,01 | 4446 | 674,76 | 5 |
| 6 | ALAGOINHAS | 12 | 0 | | 12 | 0,18 | 151596 | 79,16 | 0 |
| 7 | ALMADINA | 1 | 0 | | 1 | 0,00 | 5464 | 183,02 | 21 |
| 8 | AMARGOSA | 3 | 0 | | 3 | 0,04 | 37241 | 80,56 | 0 |
| 9 | AMÉLIA RODRIGUES | 4 | 0 | | 4 | 0,01 | 25102 | 159,35 | 19 |
| 10 | ANAGÉ | 1 | 0 | | 1 | 0,01 | 22005 | 45,44 | 0 |
| 11 | ANGUERA | 1 | 0 | | 1 | 0,00 | 11221 | 89,12 | 4 |
| 12 | ARAÇAS | 1 | 0 | | 1 | 0,01 | 12177 | 82,12 | 0 |
| 13 | ARACATU | 2 | 0 | | 2 | 0,00 | 13135 | 152,26 | 16 |
| 14 | ARACI | 1 | 0 | | 1 | 0,00 | 54379 | 18,39 | 35 |
| 15 | ARATACA | 2 | 0 | | 2 | 0,00 | 11019 | 181,50 | 15 |
| 16 | AURELINO LEAL | 1 | 0 | 0 | 1 | 0,01 | 11531 | 86,72 | 35 |
| 17 | BARRA | 2 | 0 | | 2 | 0,03 | 53578 | 37,33 | 36 |
| 18 | BARRA DO CHOÇA | 4 | 0 | | 4 | 0,01 | 31603 | 126,57 | 5 |
| 19 | BARRA DO ROCHA | 3 | 0 | | 3 | 0,04 | 5714 | 525,03 | 38 |
| 20 | BARREIRAS | 2 | 0 | | 2 | 0,01 | 155439 | 12,87 | 6 |
| 21 | BARRO PRETO | 3 | 0 | | 3 | 0,00 | 5591 | 536,58 | 17 |
| 22 | BARROCAS | 2 | 0 | | 2 | 0,00 | 15978 | 125,17 | 4 |
| 23 | BELMONTE | 2 | 0 | | 2 | 0,03 | 23328 | 85,73 | 35 |
| 24 | BOA VISTA DO TUPIM | 1 | 0 | | 1 | 0,00 | 18576 | 53,83 | 7 |
| 25 | BOQUIRA | 1 | 0 | | 1 | 0,01 | 21508 | 46,49 | 1 |
| 26 | BRUMADO | 8 | 0 | | 8 | 0,12 | 67195 | 119,06 | 34 |
| 27 | BUERAREMA | 21 | 0 | | 21 | 0,31 | 18349 | 1.144,48 | 1 |
| 28 | CACHOEIRA | 3 | 0 | | 3 | 0,01 | 33470 | 89,63 | 5 |
| 29 | CAETANOS | 2 | 0 | | 2 | 0,00 | 14542 | 137,53 | 10 |
| 30 | CAIRU | 1 | 0 | | 1 | 0,01 | 18176 | 55,02 | 2 |
| 31 | CALDEIRÃO GRANDE | 2 | 0 | | 2 | 0,00 | 13327 | 150,07 | 15 |
| 32 | CAMACAN | 14 | 0 | | 14 | 0,21 | 31988 | 437,66 | 1 |
| 33 | CAMAÇARI | 49 | 24 | | 73 | 1,09 | 299132 | 234,01 | 0 |
| 34 | CAMAMU | 2 | 0 | | 2 | 0,00 | 35316 | 56,63 | 10 |
| 35 | CAMPO ALEGRE DE LOURDES | 4 | 0 | | 4 | 0,00 | 28798 | 138,90 | 12 |
| 36 | CAMPO FORMOSO | 1 | 0 | | 1 | 0,01 | 71206 | 14,04 | 37 |
| 37 | CANARANA | 2 | 0 | | 2 | 0,01 | 26176 | 76,41 | 52 |
| 38 | CANAVIEIRAS | 17 | 0 | | 17 | 0,04 | 31099 | 546,64 | 10 |
| 39 | CANDEIAS | 28 | 5 | | 33 | 0,49 | 87076 | 436,40 | 2 |
| 40 | CANSANÇÃO | 1 | 0 | | 1 | 0,01 | 34834 | 28,71 | 34 |
| 41 | CAPELA DO ALTO ALEGRE | 1 | 0 | | 1 | 0,00 | 11637 | 85,93 | 4 |
| 42 | CAPIM GROSSO | 2 | 2 | 4 | 8 | 0,12 | 30662 | 130,45 | 3 |
| 43 | CASTRO ALVES | 3 | 1 | 5 | 9 | 0,13 | 26264 | 152,30 | 1 |
| 44 | CATU | 6 | 0 | | 6 | 0,09 | 54704 | 109,68 | 2 |
| 45 | COARACI | 20 | 0 | | 20 | 0,03 | 16993 | 1.176,96 | 5 |
| 46 | CONCEIÇÃO DA FEIRA | 1 | 0 | 0 | 1 | 0,01 | 22581 | 44,29 | 0 |
| 47 | CONCEIÇÃO DO COITÉ | 4 | 2 | | 6 | 0,03 | 66612 | 90,07 | 4 |
| 48 | CONCEIÇÃO DO JACUÍPE | 2 | 0 | | 2 | 0,03 | 33153 | 60,33 | 28 |
| 49 | CONDE | 1 | 0 | | 1 | 0,01 | 25837 | 38,70 | 48 |
| 50 | CORAÇÃO DE MARIA | 1 | 0 | | 1 | 0,00 | 22605 | 44,24 | 6 |
| 51 | CRAVOLÂNDIA | 2 | 0 | | 2 | 0,00 | 5349 | 373,90 | 23 |
| 52 | CRUZ DAS ALMAS | 6 | 0 | | 6 | 0,09 | 63239 | 94,88 | 2 |
| 53 | CURAÇÁ | 12 | 0 | | 12 | 0,01 | 34700 | 345,82 | 13 |
| 54 | DÁRIO MEIRA | 3 | 0 | | 3 | 0,00 | 10710 | 280,11 | 4 |
| 55 | DIAS DÁVILA | 10 | 1 | | 11 | 0,01 | 81089 | 135,65 | 5 |
| 56 | DOM BASÍLIO | 2 | 0 | | 2 | 0,00 | 12199 | 163,95 | 4 |
| 57 | ENCRUZILHADA | 1 | 0 | | 1 | 0,01 | 17006 | 58,80 | 2 |
| 58 | ENTRE RIOS | 1 | 0 | | 1 | 0,01 | 41780 | 23,93 | 3 |
| 59 | EUCLIDES DA CUNHA | 1 | 0 | | 1 | 0,01 | 60585 | 16,51 | 35 |
| 60 | EUNÁPOLIS | 24 | 6 | 2 | 32 | 0,48 | 113380 | 282,24 | 1 |
| 61 | FEIRA DE SANTANA | 138 | 0 | | 138 | 2,06 | 614872 | 209,80 | 2 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 62 | FLORESTA AZUL | 2 | 0 | | 2 | 0,01 | 10629 | 188,16 | 25 |
| 63 | GANDU | 3 | 0 | | 3 | 0,01 | 32403 | 92,58 | 8 |
| 64 | GONGOGI | 5 | 0 | | 5 | 0,01 | 7128 | 701,46 | 25 |
| 65 | GOVERNADOR MANGABEIRA | 1 | 0 | | 1 | 0,00 | 20722 | 48,26 | 12 |
| 66 | GUARATINGA | 1 | 0 | | 1 | 0,00 | 20843 | 47,98 | 14 |
| 67 | IBICARAÍ | 4 | 0 | | 4 | 0,06 | 21689 | 184,43 | 2 |
| 68 | IBIRAPITANGA | 1 | 0 | | 1 | 0,00 | 23375 | 42,78 | 12 |
| 69 | IBIRATAIA | 8 | 0 | | 8 | 0,12 | 15312 | 522,47 | 2 |
| 70 | IBOTIRAMA | 1 | 0 | | 1 | 0,01 | 26927 | 37,14 | 19 |
| 71 | ILHÉUS | 332 | 0 | | 332 | 4,95 | 162327 | 2.045,25 | 1 |
| 72 | IPIAÚ | 106 | 0 | 10 | 116 | 1,73 | 45873 | 2.310,73 | 2 |
| 73 | IPIRÁ | 4 | 0 | | 4 | 0,00 | 59595 | 67,12 | 22 |
| 74 | IRARÁ | 1 | 0 | | 1 | 0,00 | 29034 | 34,44 | 3 |
| 75 | IRECÊ | 1 | 2 | 2 | 5 | 0,07 | 72967 | 68,52 | 1 |
| 76 | ITABELA | 1 | 0 | | 1 | 0,00 | 30584 | 32,70 | 24 |
| 77 | ITABERABA | 2 | 0 | | 2 | 0,00 | 64489 | 31,01 | 12 |
| 78 | ITABUNA | 421 | 0 | | 421 | 6,28 | 213223 | 1.974,46 | 0 |
| 79 | ITACARÉ | 7 | 0 | | 7 | 0,10 | 28296 | 70,68 | 13 |
| 80 | ITAGI | 2 | 0 | | 2 | 0,01 | 12351 | 161,93 | 35 |
| 81 | ITAGIBÁ | 11 | 0 | | 11 | 0,16 | 14579 | 754,51 | 2 |
| 82 | ITAJUÍPE | 28 | 0 | | 28 | 0,42 | 20491 | 1.366,45 | 0 |
| 83 | ITAMARAJU | 8 | 0 | | 8 | 0,12 | 64486 | 124,06 | 2 |
| 84 | ITAPARICA | 3 | 0 | | 3 | 0,00 | 22228 | 134,96 | 11 |
| 85 | ITAPÉ | 2 | 0 | | 2 | 0,01 | 8761 | 228,28 | 8 |
| 86 | ITAPEBI | 5 | 0 | | 5 | 0,06 | 10259 | 487,38 | 27 |
| 87 | ITAPETINGA | 9 | 0 | | 9 | 0,07 | 76147 | 118,19 | 12 |
| 88 | ITAPICURU | 2 | 0 | | 2 | 0,00 | 35576 | 56,22 | 4 |
| 89 | ITAPITANGA | 2 | 0 | 1 | 3 | 0,04 | 10313 | 193,93 | 0 |
| 90 | ITARANTIM | 2 | 0 | 0 | 2 | 0,03 | 19747 | 101,28 | 0 |
| 91 | ITATIM | 1 | 3 | | 4 | 0,01 | 14487 | 276,11 | 5 |
| 92 | ITORORÓ | 4 | 0 | | 4 | 0,06 | 20382 | 196,25 | 40 |
| 93 | ITUBERÁ | 1 | 1 | | 2 | 0,01 | 28602 | 69,93 | 11 |
| 94 | JACOBINA | 3 | 0 | | 3 | 0,00 | 80518 | 37,26 | 7 |
| 95 | JAGUAQUARA | 6 | 0 | | 6 | 0,09 | 54423 | 110,25 | 2 |
| 96 | JAGUARARI | 2 | 0 | | 2 | 0,00 | 33570 | 59,58 | 8 |
| 97 | JEQUIÉ | 95 | 0 | 47 | 142 | 2,12 | 155966 | 865,57 | 0 |
| 98 | JITAÚNA | 1 | 0 | | 1 | 0,00 | 11166 | 89,56 | 8 |
| 99 | JUAZEIRO | 12 | 0 | | 12 | 0,18 | 216707 | 55,37 | 2 |
| 100 | JUSSARI | 1 | 0 | | 1 | 0,00 | 5833 | 171,44 | 13 |
| 101 | JUSSIAPE | 1 | 0 | | 1 | 0,00 | 6186 | 161,66 | 11 |
| 102 | LAFAIETE COUTINHO | 1 | 0 | | 1 | 0,01 | 3724 | 268,53 | 2 |
| 103 | LAJE | 1 | 2 | | 3 | 0,00 | 23840 | 125,84 | 5 |
| 104 | LAJEDO DO TABOCAL | 6 | 0 | | 6 | 0,09 | 8562 | 700,77 | 2 |
| 105 | LAURO DE FREITAS | 154 | 0 | 0 | 154 | 2,30 | 198440 | 776,05 | 0 |
| 106 | LICÍNIO DE ALMEIDA | 1 | 0 | 4 | 5 | 0,07 | 12388 | 80,72 | 1 |
| 107 | LIVRAMENTO DE NOSSA SENHORA | 2 | 0 | | 2 | 0,00 | 45732 | 43,73 | 12 |
| 108 | LUÍS EDUARDO MAGALHÃES | 4 | 0 | | 4 | 0,06 | 87519 | 45,70 | 2 |
| 109 | MADRE DE DEUS | 3 | 0 | | 3 | 0,04 | 21093 | 47,41 | 9 |
| 110 | MANOEL VITORINO | 2 | 0 | | 2 | 0,03 | 13240 | 151,06 | 2 |
| 111 | MARACÁS | 2 | 0 | | 2 | 0,00 | 20834 | 96,00 | 12 |
| 112 | MARAGOGIPE | 6 | 0 | | 6 | 0,00 | 44677 | 134,30 | 12 |
| 113 | MARAÚ | 2 | 0 | | 2 | 0,00 | 20570 | 97,23 | 9 |
| 114 | MATA DE SÃO JOÃO | 4 | 1 | | 5 | 0,07 | 46583 | 107,34 | 2 |
| 115 | MEDEIROS NETO | 1 | 0 | | 1 | 0,01 | 22688 | 44,08 | 43 |
| 116 | MIRANTE | 1 | 0 | | 1 | 0,00 | 8641 | 115,73 | 23 |
| 117 | MORPARÁ | 5 | 0 | | 5 | 0,00 | 8519 | 586,92 | 5 |
| 118 | MORRO DO CHAPÉU | 1 | 0 | | 1 | 0,01 | 35413 | 28,24 | 1 |
| 119 | MUCUGÊ | 1 | 3 | | 4 | 0,00 | 9062 | 441,40 | 17 |
| 120 | MUCURI | 1 | 0 | 0 | 1 | 0,01 | 41748 | 23,95 | 0 |
| 121 | MURITIBA | 2 | 0 | 0 | 2 | 0,03 | 29399 | 68,03 | 0 |
| 122 | NAZARÉ | 1 | 0 | | 1 | 0,00 | 28525 | 35,06 | 11 |
| 123 | NILO PEÇANHA | 2 | 0 | | 2 | 0,00 | 13997 | 142,89 | 7 |
| 124 | NORDESTINA | 2 | 0 | | 2 | 0,00 | 13130 | 152,32 | 8 |
| 125 | NOVA SOURE | 3 | 0 | | 3 | 0,04 | 26947 | 111,33 | 3 |
| 126 | NOVA VIÇOSA | 2 | 0 | 0 | 2 | 0,03 | 43376 | 46,11 | 0 |
| 127 | OLIVEIRA DOS BREJINHOS | 6 | 0 | | 6 | 0,09 | 21825 | 274,91 | 1 |
| 128 | OURIÇANGAS | 1 | 0 | | 1 | 0,01 | 8564 | 116,77 | 2 |
| 129 | PALMEIRAS | 1 | 0 | | 1 | 0,01 | 9019 | 110,88 | 38 |
| 130 | PARAMIRIM | 3 | 0 | | 3 | 0,01 | 21607 | 138,84 | 5 |
| 131 | PAU BRASIL | 5 | 0 | 0 | 5 | 0,07 | 9831 | 508,60 | 0 |
| 132 | PAULO AFONSO | 10 | 0 | 0 | 10 | 0,15 | 117782 | 84,90 | 0 |
| 133 | PILÃO ARCADO | 1 | 0 | | 1 | 0,00 | 35048 | 28,53 | 11 |
| 134 | PIRIPÁ | 1 | 0 | | 1 | 0,01 | 10707 | 93,40 | 39 |
| 135 | POJUCA | 6 | 0 | 0 | 6 | 0,09 | 39519 | 151,83 | 0 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 136 | PORTO SEGURO | 47 | 0 | 0 | 47 | 0,70 | 148686 | 316,10 | 0 |
| 137 | POTIRAGUÁ | 1 | 0 | | 1 | 0,00 | 7224 | 138,43 | 5 |
| 138 | PRADO | 5 | 0 | | 5 | 0,07 | 28174 | 177,47 | 2 |
| 139 | PRESIDENTE DUTRA | 1 | 0 | | 1 | 0,00 | 15142 | 66,04 | 4 |
| 140 | PRESIDENTE TANCREDO NEVES | 1 | 0 | | 1 | 0,00 | 27719 | 36,08 | 4 |
| 141 | QUEIMADAS | 1 | 0 | 0 | 1 | 0,01 | 25439 | 39,31 | 0 |
| 142 | QUIXABEIRA | 1 | 0 | | 1 | 0,01 | 8972 | 111,46 | 3 |
| 143 | RAFAEL JAMBEIRO | 5 | 0 | | 5 | 0,07 | 22621 | 221,03 | 3 |
| 144 | REMANSO | 4 | 0 | | 4 | 0,06 | 41008 | 97,54 | 2 |
| 145 | RETIROLÂNDIA | 5 | 0 | | 5 | 0,07 | 14396 | 347,32 | 2 |
| 146 | RIBEIRA DO POMBAL | 6 | 0 | | 6 | 0,09 | 53807 | 111,51 | 2 |
| 147 | RIO DO PIRES | 2 | 0 | | 2 | 0,01 | 11655 | 171,60 | 27 |
| 148 | RIO REAL | 2 | 0 | | 2 | 0,00 | 40732 | 49,10 | 14 |
| 149 | RODELAS | 1 | 0 | | 1 | 0,01 | 9331 | 107,17 | 3 |
| 150 | RUY BARBOSA | 1 | 0 | | 1 | 0,01 | 30814 | 32,45 | 1 |
| 151 | SALVADOR | 4224 | 395 | 0 | 4619 | 68,85 | 2872347 | 1.607,74 | 0 |
| 152 | SANTA BÁRBARA | 6 | 0 | | 6 | 0,00 | 20791 | 288,59 | 4 |
| 153 | SANTA CRUZ CABRÁLIA | 15 | 0 | | 15 | 0,09 | 27778 | 540,00 | 10 |
| 154 | SANTA LUZIA | 3 | 0 | | 3 | 0,04 | 12597 | 238,15 | 1 |
| 155 | SANTA MARIA DA VITÓRIA | 2 | 0 | 0 | 2 | 0,03 | 39845 | 50,19 | 0 |
| 156 | SANTA TERESINHA | 2 | 1 | | 3 | 0,03 | 10405 | 288,32 | 12 |
| 157 | SANTALUZ | 2 | 0 | | 2 | 0,03 | 37348 | 53,55 | 2 |
| 158 | SANTANÓPOLIS | 2 | 0 | | 2 | 0,03 | 8943 | 223,64 | 2 |
| 159 | SANTO AMARO | 4 | 0 | | 4 | 0,06 | 60069 | 66,59 | 2 |
| 160 | SANTO ANTÔNIO DE JESUS | 2 | 0 | 0 | 2 | 0,03 | 101512 | 19,70 | 1 |
| 161 | SANTO ESTÊVÃO | 1 | 0 | | 1 | 0,01 | 52850 | 18,92 | 2 |
| 162 | SÃO DESIDÉRIO | 3 | 0 | 0 | 3 | 0,04 | 33742 | 88,91 | 0 |
| 163 | SÃO DOMINGOS | 1 | 0 | | 1 | 0,01 | 9058 | 110,40 | 49 |
| 164 | SÃO FELIPE | 2 | 0 | | 2 | 0,00 | 21074 | 94,90 | 9 |
| 165 | SÃO FRANCISCO DO CONDE | 10 | 0 | | 10 | 0,15 | 39802 | 251,24 | 3 |
| 166 | SÃO GONÇALO DOS CAMPOS | 2 | 0 | | 2 | 0,00 | 37550 | 53,26 | 4 |
| 167 | SÃO JOSÉ DA VITÓRIA | 2 | 0 | | 2 | 0,00 | 5657 | 353,54 | 18 |
| 168 | SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ | 8 | 0 | | 8 | 0,00 | 44300 | 180,59 | 4 |
| 169 | SÁTIRO DIAS | 2 | 0 | | 2 | 0,00 | 17273 | 115,79 | 12 |
| 170 | SAUBARA | 1 | 0 | | 1 | 0,00 | 12043 | 83,04 | 12 |
| 171 | SEABRA | 2 | 0 | | 2 | 0,03 | 44091 | 45,36 | 1 |
| 172 | SENHOR DO BONFIM | 1 | 0 | | 1 | 0,01 | 79015 | 12,66 | 3 |
| 173 | SERRA DO RAMALHO | 2 | 0 | | 2 | 0,01 | 31472 | 63,55 | 12 |
| 174 | SERRA PRETA | 1 | 0 | | 1 | 0,00 | 14878 | 67,21 | 22 |
| 175 | SERRINHA | 6 | 0 | | 6 | 0,09 | 80861 | 74,20 | 3 |
| 176 | SIMÕES FILHO | 29 | 1 | 3 | 33 | 0,49 | 134377 | 223,25 | 2 |
| 177 | SOBRADINHO | 1 | 0 | 0 | 1 | 0,01 | 23191 | 43,12 | 0 |
| 178 | TAPEROÁ | 8 | 0 | | 8 | 0,01 | 21074 | 379,61 | 12 |
| 179 | TEIXEIRA DE FREITAS | 9 | 8 | 7 | 24 | 0,36 | 160487 | 105,93 | 2 |
| 180 | TEOFILÂNDIA | 1 | 0 | 0 | 1 | 0,01 | 22518 | 44,41 | 0 |
| 181 | TUCANO | 1 | 0 | | 1 | 0,00 | 50687 | 19,73 | 8 |
| 182 | UBAITABA | 2 | 0 | | 2 | 0,00 | 19056 | 104,95 | 11 |
| 183 | UBATÃ | 7 | 0 | | 7 | 0,06 | 27035 | 258,92 | 12 |
| 184 | UMBURANAS | 1 | 0 | | 1 | 0,00 | 19222 | 52,02 | 5 |
| 185 | UNA | 5 | 0 | | 5 | 0,01 | 19002 | 263,13 | 8 |
| 186 | URUÇUCA | 44 | 0 | 4 | 48 | 0,72 | 20519 | 2.144,35 | 2 |
| 187 | UTINGA | 1 | 0 | | 1 | 0,01 | 19178 | 52,14 | 39 |
| 188 | VALENÇA | 7 | 2 | | 9 | 0,13 | 96562 | 93,20 | 2 |
| 189 | VALENTE | 4 | 0 | | 4 | 0,01 | 28473 | 140,48 | 6 |
| 190 | VÁRZEA DA ROÇA | 1 | 0 | 0 | 1 | 0,01 | 14104 | 70,90 | 0 |
| 191 | VÁRZEA NOVA | 1 | 0 | | 1 | 0,00 | 12697 | 78,76 | 13 |
| 192 | VERA CRUZ | 6 | 0 | | 6 | 0,01 | 43223 | 138,81 | 4 |
| 193 | VEREDA | 1 | 0 | 0 | 1 | 0,01 | 6205 | 161,16 | 0 |
| 194 | VITÓRIA DA CONQUISTA | 48 | 1 | | 49 | 0,73 | 338480 | 144,76 | 2 |
| 195 | Outros Estados | 24 | 0 | 0 | 24 | 0,36 | 0 | 0,00 | 0 |
| 196 | Municipios novos com LPI diferente da residência* | 14 | 0 | 0 | 14 | 0,21 | 0 | 0,00 | 2 |
| | **TOTAL** | 6402 | 464 | 89 | 6955 | 100 | 205626159 | 33,82 | 0 |

*Os municípios Amargosa (02) , Bom Jesus da Lapa , Cristópolis ,Miguel Calmon, Ponto Novo, Maragojipe, Mirante,Muritiba, Ruy Barbosa, Inhambupe, Saubara e Saúde (01) com Local Provável de Infecção (LPI) em Salvador;

*Vereda (01) caso com (LPI) em Ilhéus; *Alagoinhas com LPI em Recife *Cruz das Almas (01) caso com (LPI) no Rio de Janeiro;
*Após a investigação epidemiológica foi identificado que 01 paciente que foi confirmado no dia 03/05/2020 em Seabra é Residente do Estado do Tocantins;
*O caso confirmado de Guaratinga teve como LPI o município de Ipiaú;

**Figura 3. Número de casos confirmados, de Covid-19 por profissionais de saúde. Bahia, 2020*.**

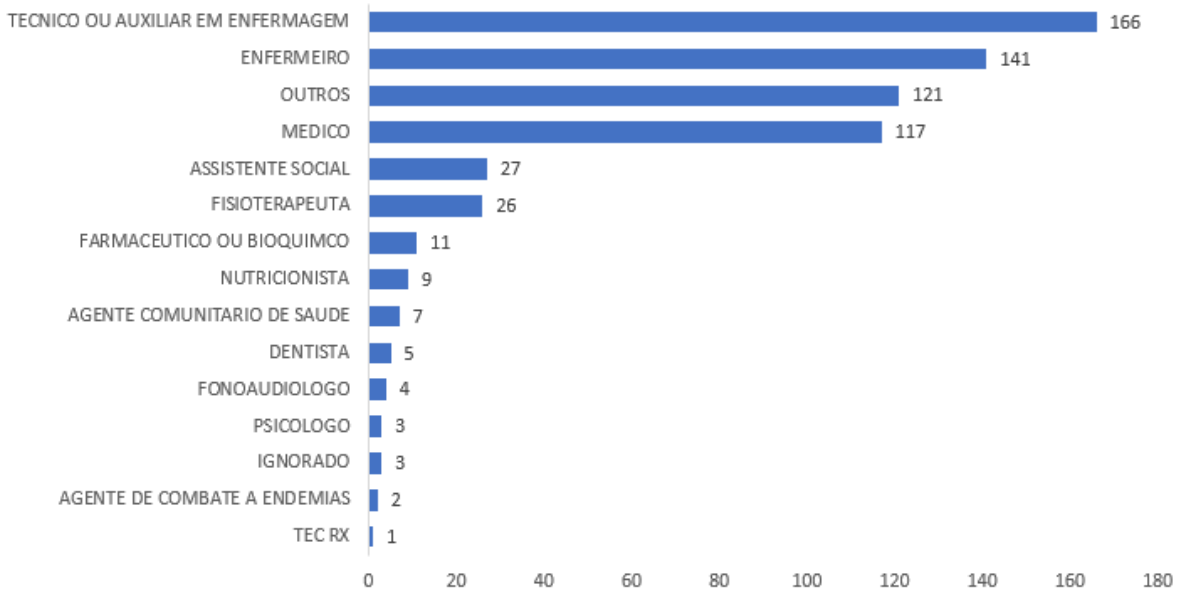
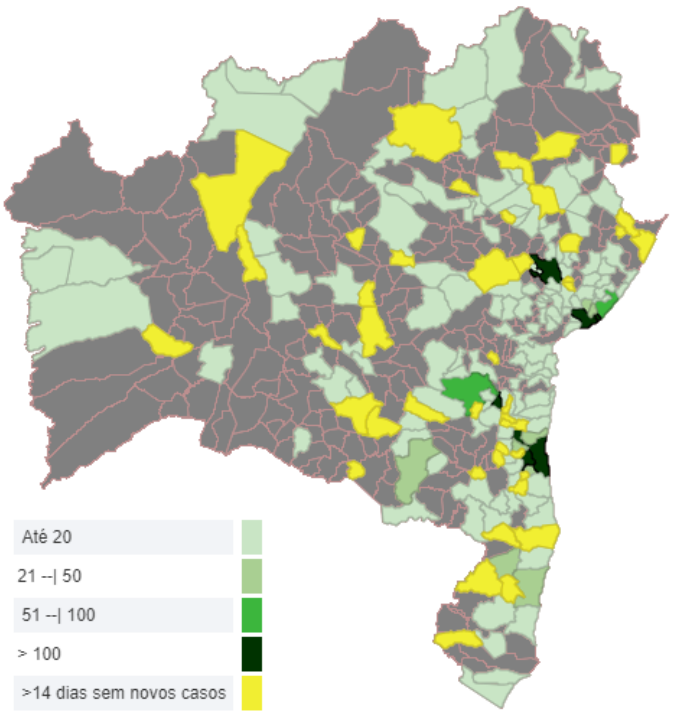



**Figura 4. Distribuição espacial por número de casos confirmados de Covid-19. Bahia, 2020*.**



**Taxa de Ocupação de leitos**

| LEITOS PÚBLICOS NA BAHIA | TOTAL DE LEITOS | TOTAL DE LEITOS OCUPADOS | TAXA DE OCUPAÇÃO |
|---|---|---|---|
| GOVERNO DO ESTADO SECRETARIA DA SAÚDE | 1.192 | 478 | 40,1% |
| | UTI (ADULTO E PEDIÁTRICO) | TOTAL DE LEITOS OCUPADOS EM UTI | TAXA DE OCUPAÇÃO |
| | 496 | 254 | 51,2% |

Vale ressaltar que novos leitos serão abertos progressivamente mediante ao aumento da demanda.
Fonte: Diretoria de Atenção Especializada (DAE). Dados atualizados em 14/05/2020 às 16:00h

**Recuperados**

Dos 6.955 casos confirmados, 1.963 já encontram-se recuperados e 4.730 casos encontram-se ativos.

**LACEN**

O LACEN realizou no período de 01/03/2020 a 14/05/2020 às 15:00hs o total de 31.125 exames de vírus respiratórios cujos resultados já foram liberados. No momento há 2.733 exames em análise. Ressalta-se que o aumento do número em análise refere-se a uma ação realizada no sul do Estado.

**Óbitos**

Até o momento, foram confirmados 262 óbitos confirmados por COVID-19 no Estado da Bahia. O Quadro 3 apresenta a descrição desses óbitos por município de residência e o Quadro 4 por município de ocorrência. O percentual de letalidade é de 3,76%. Dentre os óbitos, 58,02% ocorreram no sexo masculino. A mediana de idade dos óbitos foi de 66 anos, variando de 07 dias à 97 anos. O percentual de pessoas com comorbidade foi de 83,97 %, com maior percentual de doenças cardíacas crônicas (69,09%). (Figura 8).

**Quadro 3. Distribuição dos óbitos confirmados de COVID-19, por município de residência. Bahia, 2020*.**

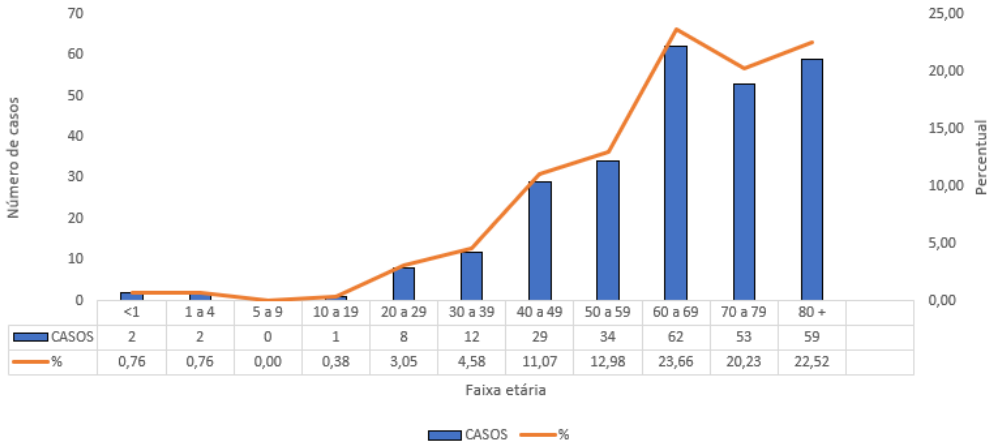
| N | Municípios | Nº de óbitos |
|---|---|---|
| 1 | ADUSTINA | 1 |
| 2 | ÁGUA FRIA | 1 |
| 3 | ARACI | 1 |
| 4 | BELMONTE | 1 |
| 5 | BUERAREMA | 3 |
| 6 | CAMAÇARI | 3 |
| 7 | CAPIM GROSSO | 3 |
| 8 | CATU | 1 |
| 9 | COARACI | 1 |
| 10 | FEIRA DE SANTANA | 2 |
| 11 | GANDU | 1 |
| 12 | GONGOGI | 2 |
| 13 | IBIRATAIA | 1 |
| 14 | ILHÉUS | 17 |
| 15 | IPIAÚ * | 3 |
| 16 | ITABERABA | 1 |
| 17 | ITABUNA | 9 |
| 18 | ITAGIBÁ | 1 |
| 19 | ITAPÉ | 1 |
| 20 | ITAPETINGA | 2 |
| 21 | ITARANTIM | 1 |
| 22 | JACOBINA | 1 |
| 23 | JEQUIÉ | 3 |
| 24 | JITAÚNA | 1 |
| 25 | JUAZEIRO | 2 |
| 26 | LAURO DE FREITAS | 5 |
| 27 | MARAGOGIPE | 1 |
| 28 | MARAÚ | 1 |
| 29 | MUNDO NOVO* | 1 |
| 30 | MURITIBA | 1 |
| 31 | NILO PEÇANHA | 1 |
| 32 | PARAMIRIM | 1 |

| | | |
|---|---|---|
| 33 | PORTO SEGURO | 1 |
| 34 | RIBEIRA DO POMBAL | 1 |
| 35 | SALVADOR* | 167 |
| 36 | SÃO FRANCISCO DO CONDE | 1 |
| 37 | SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ | 1 |
| 38 | SIMÕES FILHO | 2 |
| 39 | UBAITABA | 1 |
| 40 | URUÇUCA | 5 |
| 41 | UTINGA | 1 |
| 42 | VERA CRUZ | 1 |
| 43 | VEREDA | 1 |
| 44 | VITÓRIA DA CONQUISTA | 4 |
| 45 | RIO DE JANEIRO/RIO DE JANEIRO | 1 |
| 46 | RIO GRANDE DO SUL/CAXIAS DO SUL | 1 |
| **Total** | | **262** |

**Quadro 4. Distribuição dos óbitos confirmados de COVID-19, por município de ocorrência. Bahia, 2020*.**

| N | Municípios | Nº de óbitos |
|---|---|---|
| 1 | ARACI | 1 |
| 2 | CAMAÇARI | 2 |
| 3 | CANDEIAS | 1 |
| 4 | CAPIM GROSSO | 2 |
| 5 | FEIRA DE SANTANA | 1 |
| 6 | IBIRATAIA | 1 |
| 7 | ILHÉUS* | 25 |
| 8 | ITABERABA | 1 |
| 9 | ITABUNA | 16 |
| 10 | ITAPETINGA | 2 |
| 11 | JEQUIÉ | 3 |
| 12 | JUAZEIRO | 2 |
| 13 | LAURO DE FREITAS | 4 |
| 14 | PORTO SEGURO | 2 |
| 15 | RIBEIRA DO POMBAL | 1 |
| 16 | SALVADOR* | 189 |
| 17 | SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ | 1 |
| 18 | SIMÕES FILHO | 1 |
| 19 | UTINGA | 1 |
| 20 | VITÓRIA DA CONQUISTA | 6 |
| **Total** | | **262** |

**Figura 5. Distribuição dos óbitos confirmados de COVID-19, segundo faixa etária. Bahia, 2020***




| | <1 | 1 a 4 | 5 a 9 | 10 a 19 | 20 a 29 | 30 a 39 | 40 a 49 | 50 a 59 | 60 a 69 | 70 a 79 | 80 + |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CASOS | 2 | 2 | 0 | 1 | 8 | 12 | 29 | 34 | 62 | 53 | 59 |
| % | 0,76 | 0,76 | 0,00 | 0,38 | 3,05 | 4,58 | 11,07 | 12,98 | 23,66 | 20,23 | 22,52 |

**Figura 6. Distribuição dos óbitos acumulados de COVID-19, por dia. Bahia, 2020***

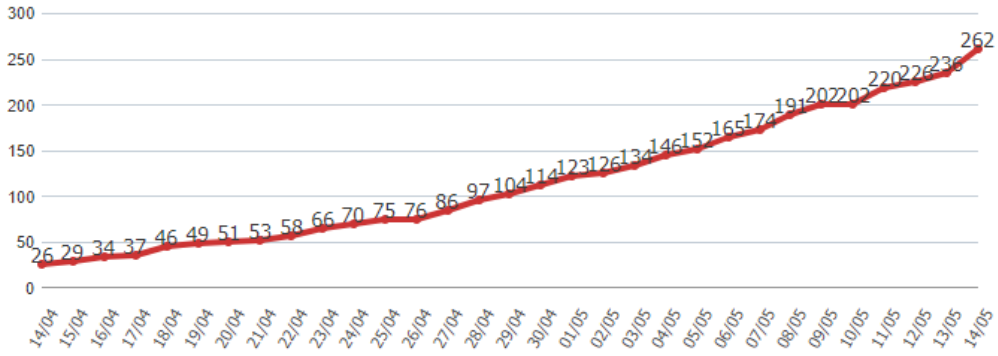



**Figura 7. Distribuição dos óbitos confirmados de COVID-19, por dia. Bahia, 2020***

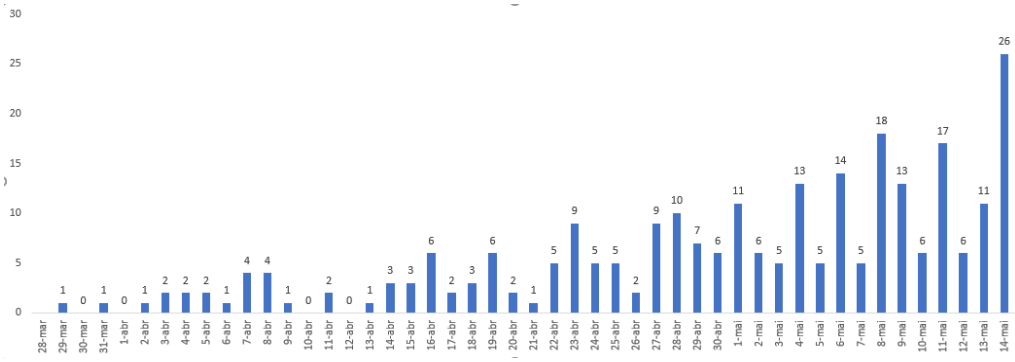
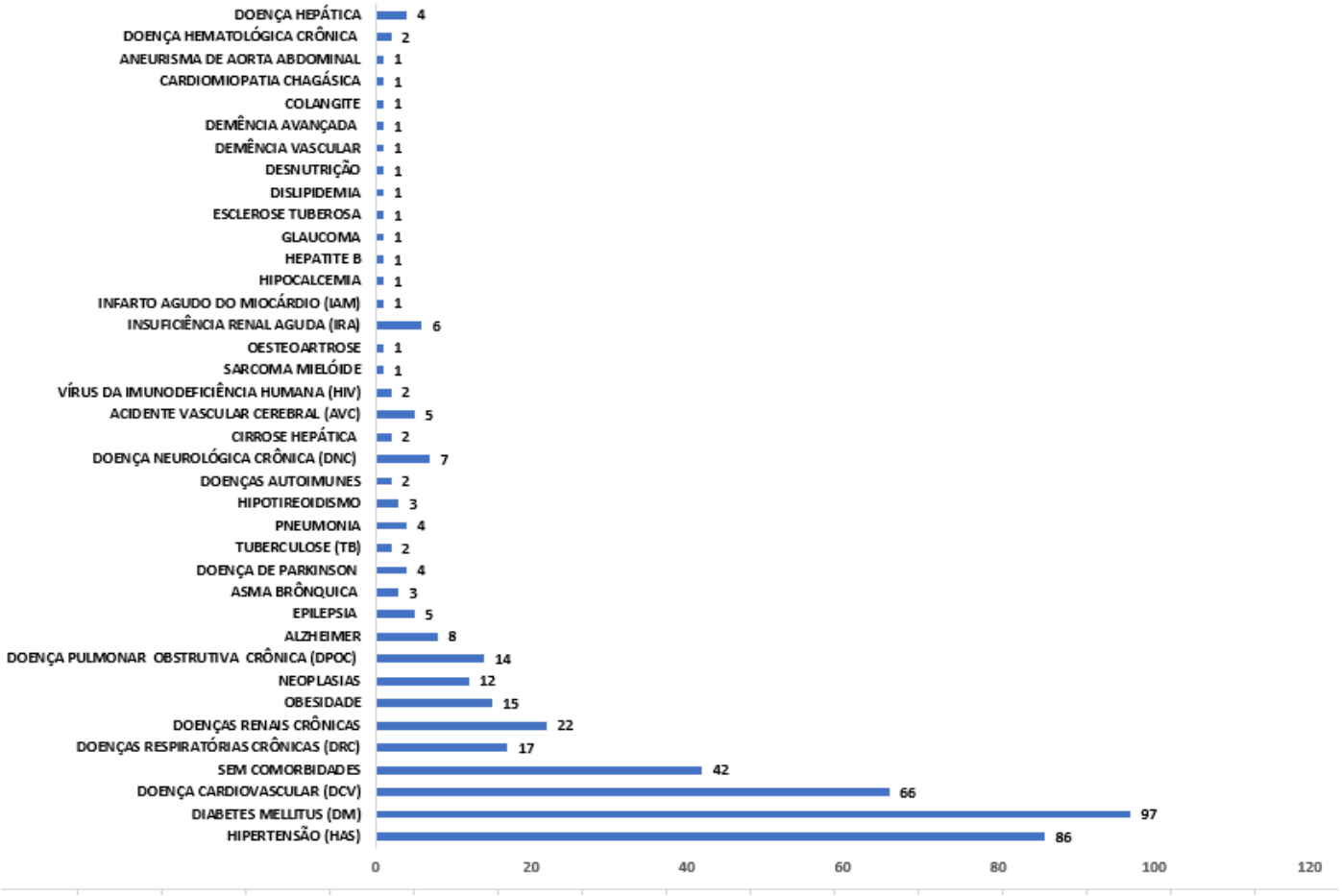


**Figura 8. Distribuição dos óbitos confirmados de COVID-19, segundo comorbidades. Bahia, 2020***




**Editorial Boletim COVID-19**

**Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP)–** Dra. Márcia São Pedro Leal Souza

**Coordenador Executivo de Gestão de Tecnologia da Informação e Comunicação (CGTIC) –** Diego Cavalcante Teixeira Daltro

**Coordenação de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde - CIEVS** – Ramon Saavedra

**Elaboração de boletim**

Ada Antonelli da Silva Tittoni
Adriana de Magalhães Dourado
Adriana Dourado de Carvalho
Alba Regina de Souza
Aldacy Matos de Andrade
Aline Anne Ferreira de Deus
Aliucha Magalhães Santos Fontes
Amanda dos Santos Nascimento
Amélia Fernanda Moraes da Silva
Ana Claudia Fernandes Nunes da Silva
Ana de Fatima Cardoso Nunes
Ana Franceska Cotrim Silva
Ana Paula Freire Cruz
Analice Matias Espírito Santo
Jamile Oliveira Lima
Jocélia Borges Pereira
Joselito Ramos de Andrade
Joyce Naiana de Paiva Lima
Jucilene Costa de Assunção Santos
Juniarley Fernandes de Souza
Lara Matos Santos
Liane Santiago Andrade
Libiene Lopes da Costa
Luciana de Freitas Caribe
Luciana Guimarães Monteiro
Marcelo Costa Brandão Júnior
Marcio Luis Valença Araujo
Maria Claudia Jesus dos Santos Barros
Maria Fontenele
Maria Raquel Aquino Lima Soares
Marilda Moutinho Fahel
Marta Santana Lima Pereira
Moacir Santana Jorge Filho
Nadima Mafra Chukr Conrado

Andréa Uiara Soares Silva
Anete Alves Bomfim
Arlene Maria de Jesus
Carla de Matos Santos
Carla Taiana Cointeiro Bressy
Caroline Batista dos Santos
Cintia Soares da Silva
Cristiana Fleming Maia Alves Dias
Cristiane Ribeiro da Silva Castro
Diego Armando Bugarin R.Guimarães
Diego Souza Freitas
Edson Ribeiro Junior
Érica Santos Andrade
Fabiana Abdon Prazeres
Fabiane do Rosário Dias
Fabiola Azevedo Araújo
Francisco Lega Braghiroli
Gabriel Alves Costa
Gabriela Paula Brito Soares
Gabriella Pereira Santos
Geisa Maria Reis de Santana
Graciele Oliveira Menezes
Greice Quele dos Santos Cruz
Hania Silva Bidu
Isabela Torres Pinto
Israel Carneiro Santos Almeida
Pedro Henrique Presta Dias
Renato Queiroz
Ricardo Jose Sales Sobreira
Rodrigo Alves Vaz
Sandra Maria de Oliveira da Purificação
Sérgio Ricardo Valverde Souza
Simone Portugal Caldas
Sylvia Karina Brandão Rosa Correia
Tassiany Trindade
Tatiana Cerqueira Machado Medrado
Tiago Jordão de Freitas Pinheiro Gomes
Vandinei Alberto dos Santos
Vânia Maria Leão Carneiro
Vânia Rebouças Vanden Broucke
Vicente Sebastian da S. Santos
Zilda Afonso Torres Almeida





# Boletim Epidemiológico

# COVID-19

N° 116 / 18/07/2020

## BAHIA







GOVERNO DO ESTADO | SECRETARIA DA SAÚDE

## Dados Acumulados



**MUNDO**

Casos confirmados

14.087.052

Óbitos

597.314



**BRASIL**

Casos confirmados

2.046.328

Óbitos

77.851



**BAHIA**

Casos confirmados

120.238

Casos ativos

17.741

Óbitos

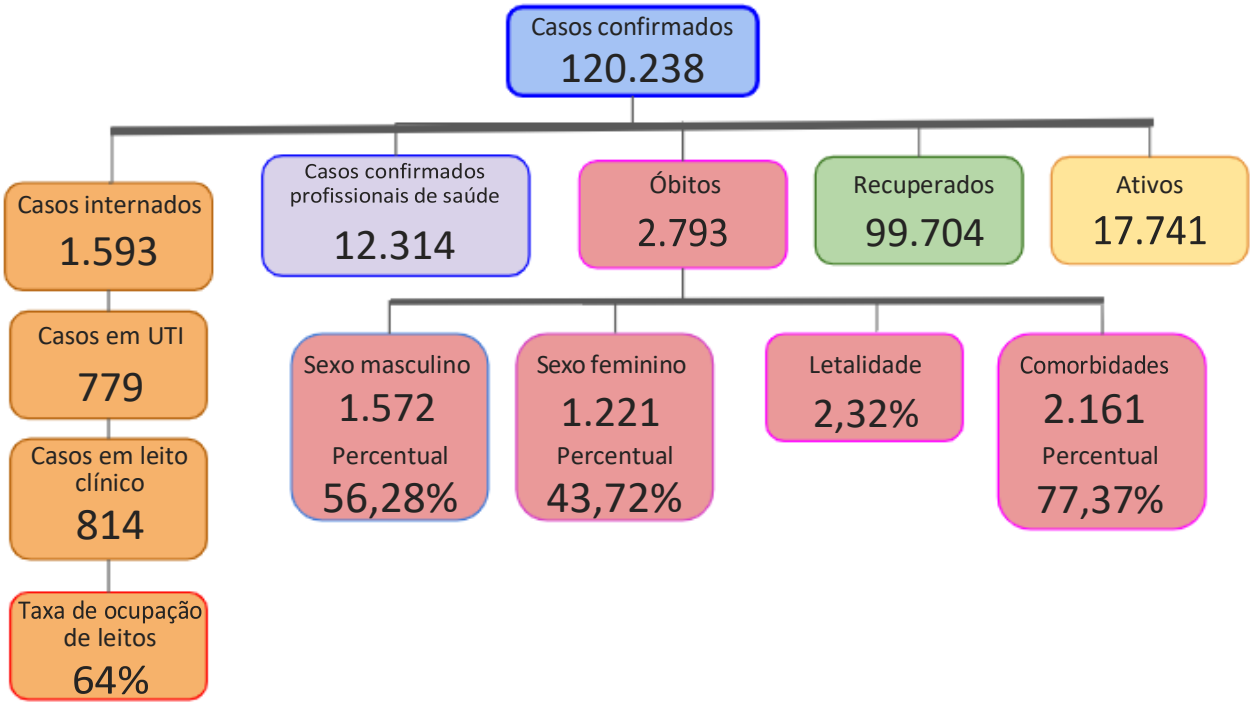
2.793

Casos mundo e Brasil

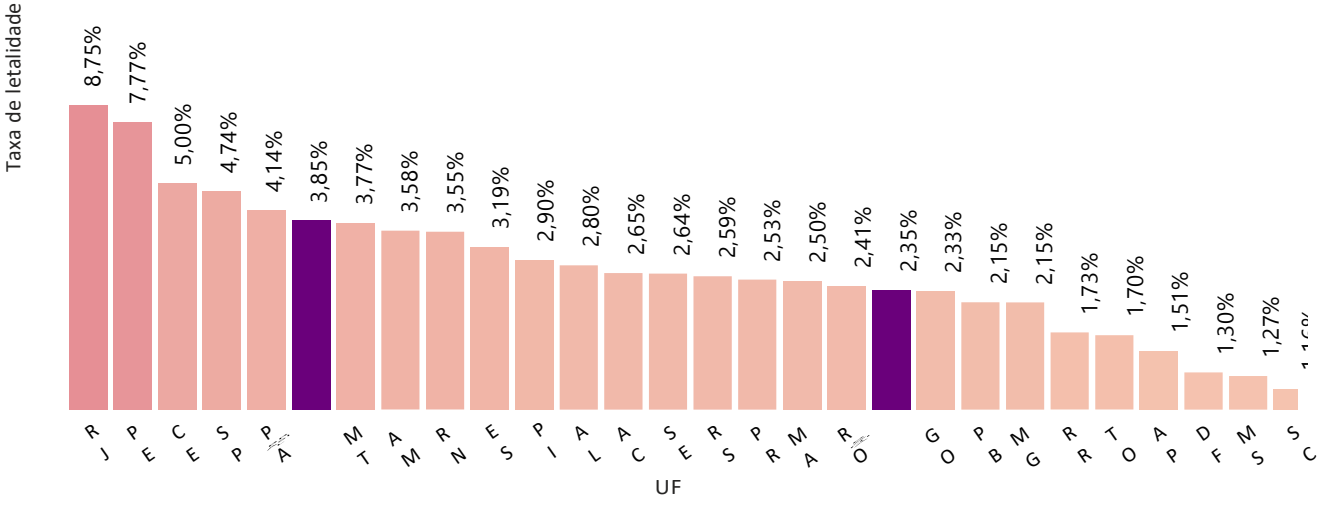
Fonte: Johns Hopkins University (JHU)

Dados referente a 17/07/2020

## Cenário Bahia



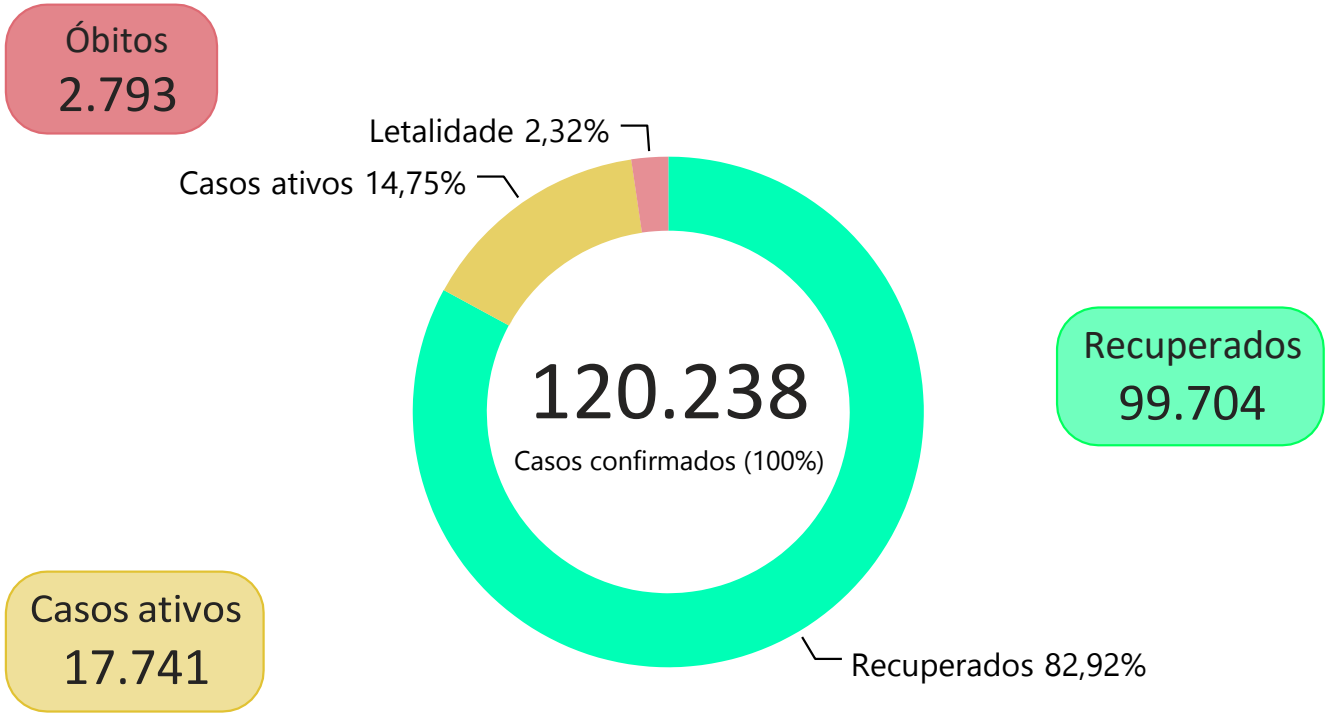
**Taxa de letalidade por COVID-19, segundo unidade da Federação. Brasil, 2020.**



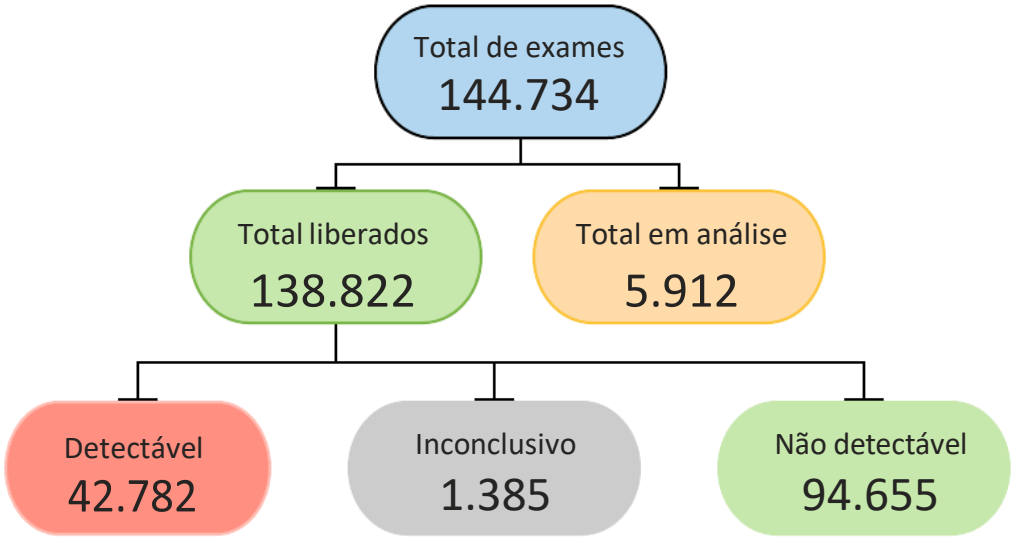

Fonte: Ministério da Saúde

Dados referentes a 18/07/2020

**Situação geral COVID-19, Bahia, 2020.**



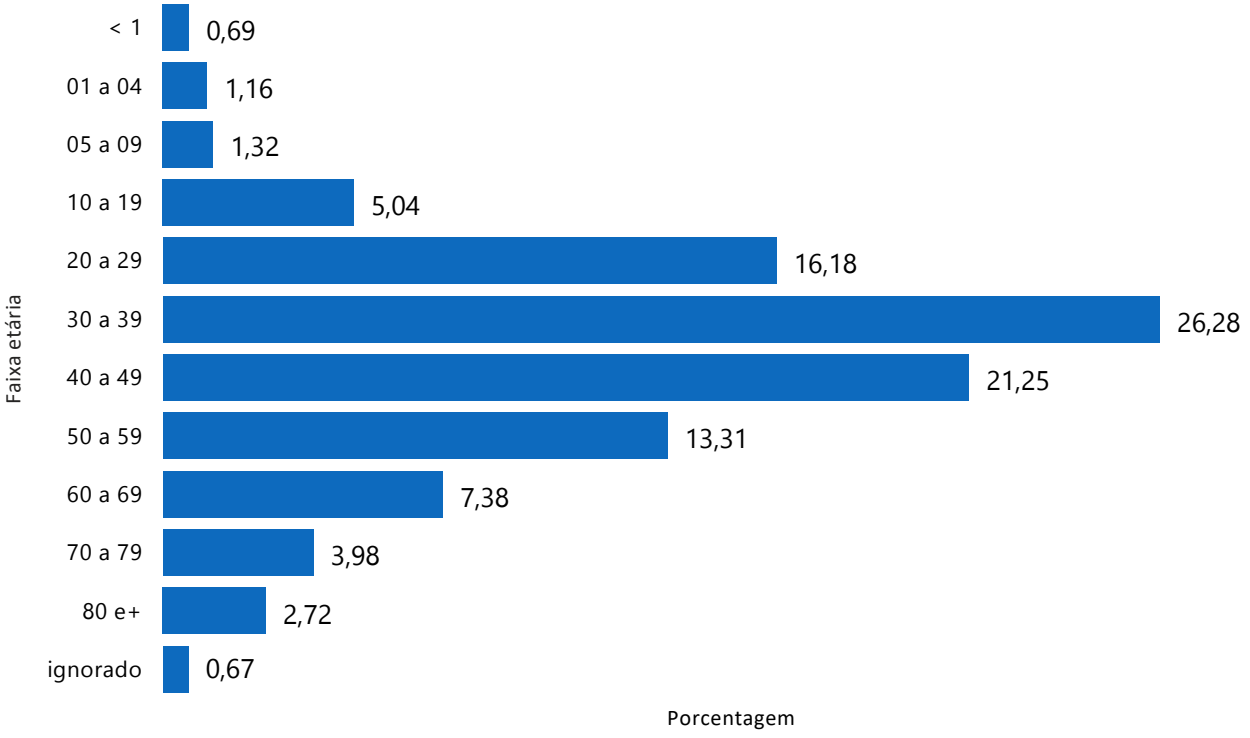
**Dados laboratoriais de COVID-19. Bahia, 2020.**



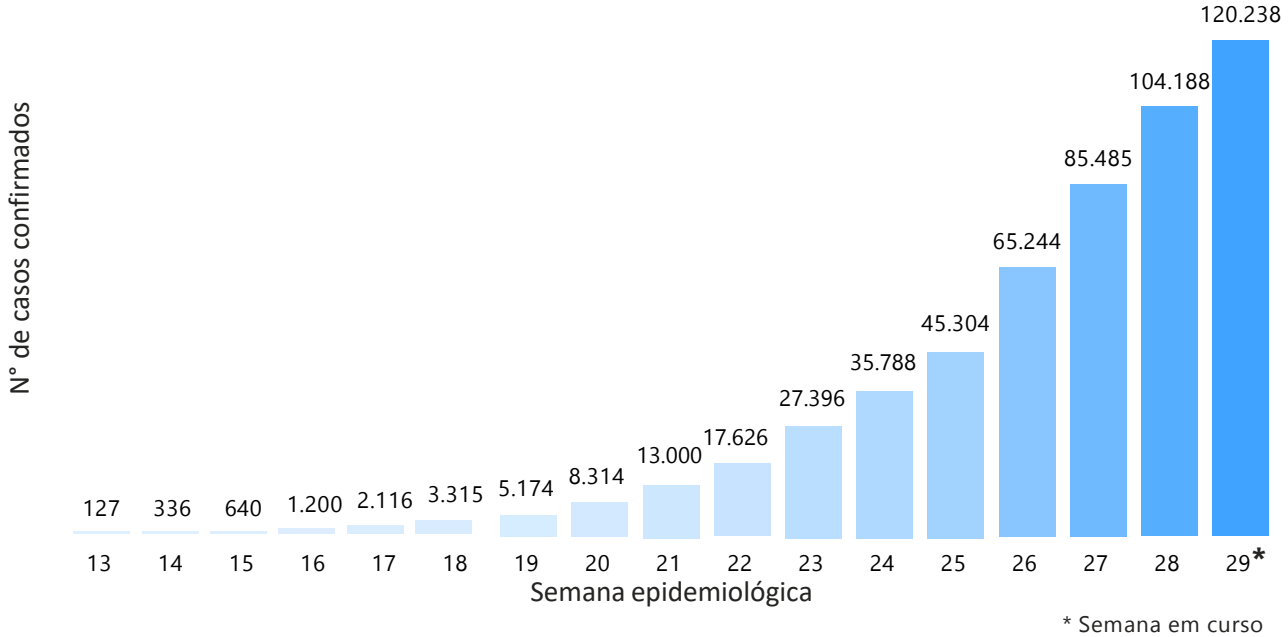

onte: LACEN / BA

Dados referentes ao período de 01/03/2020 a 18/07/2020

**Porcentagem dos casos confirmados por faixa etária . Bahia, 2020.**

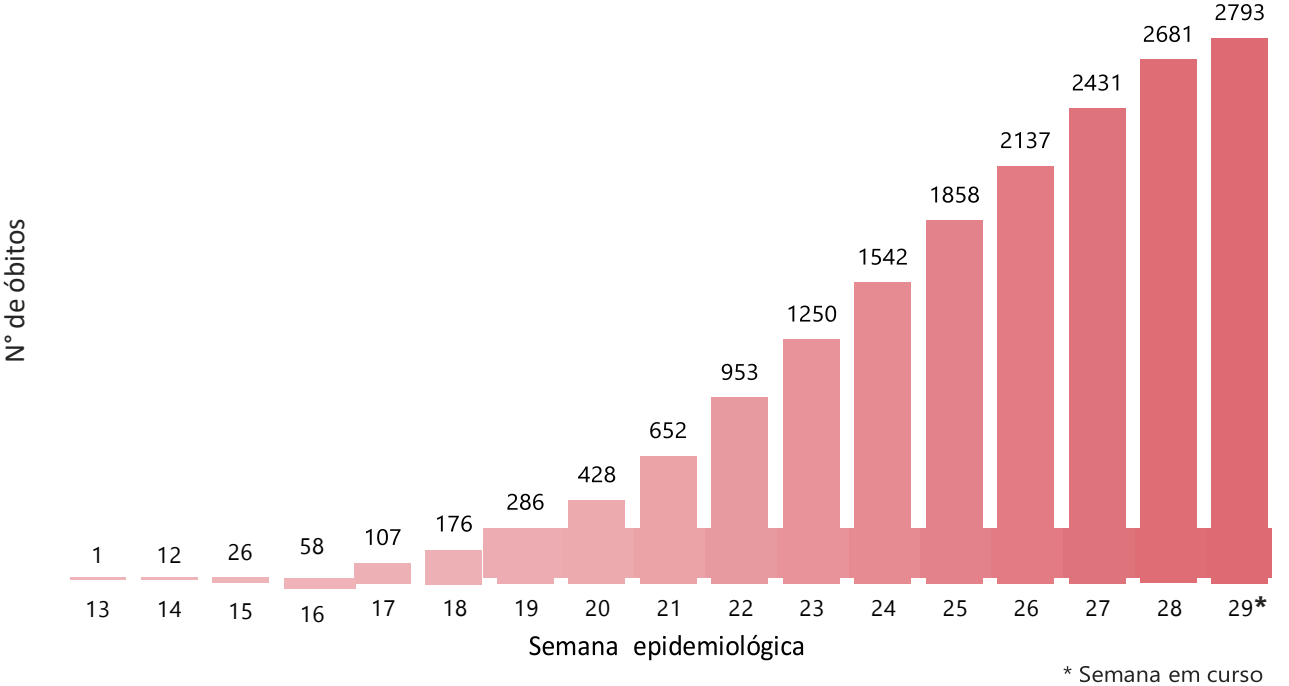


**Acumulado dos casos confirmados por semana epidemiológica. Bahia, 2020.**




* Semana em curso

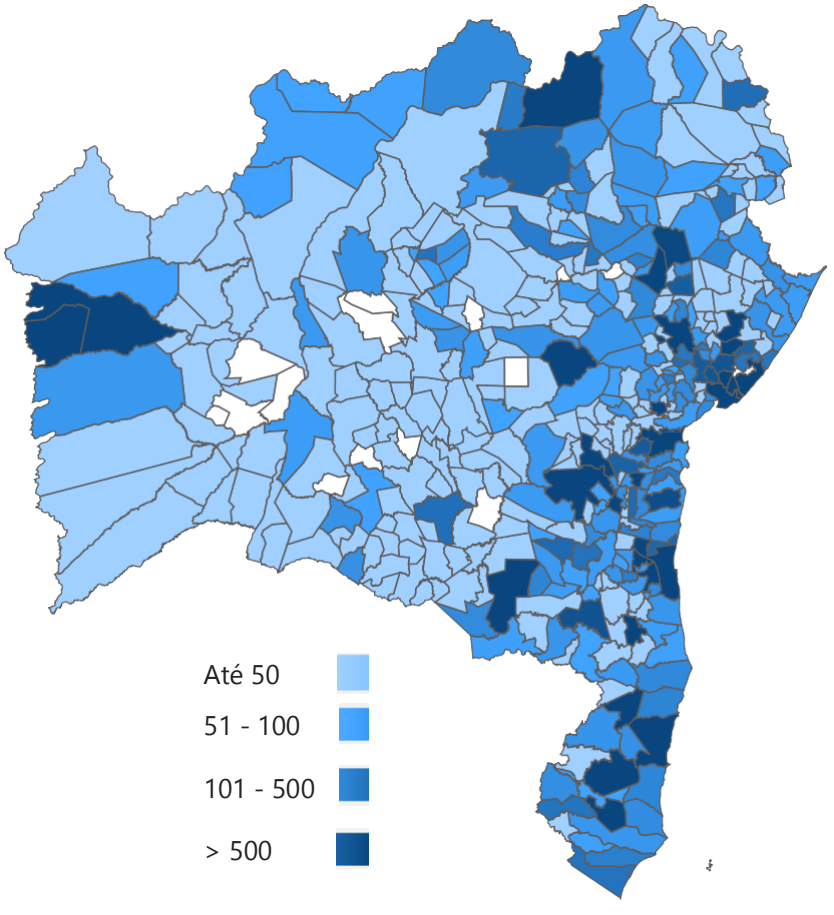
**Acumulado dos óbitos por semana epidemiológica. Bahia, 2020.**



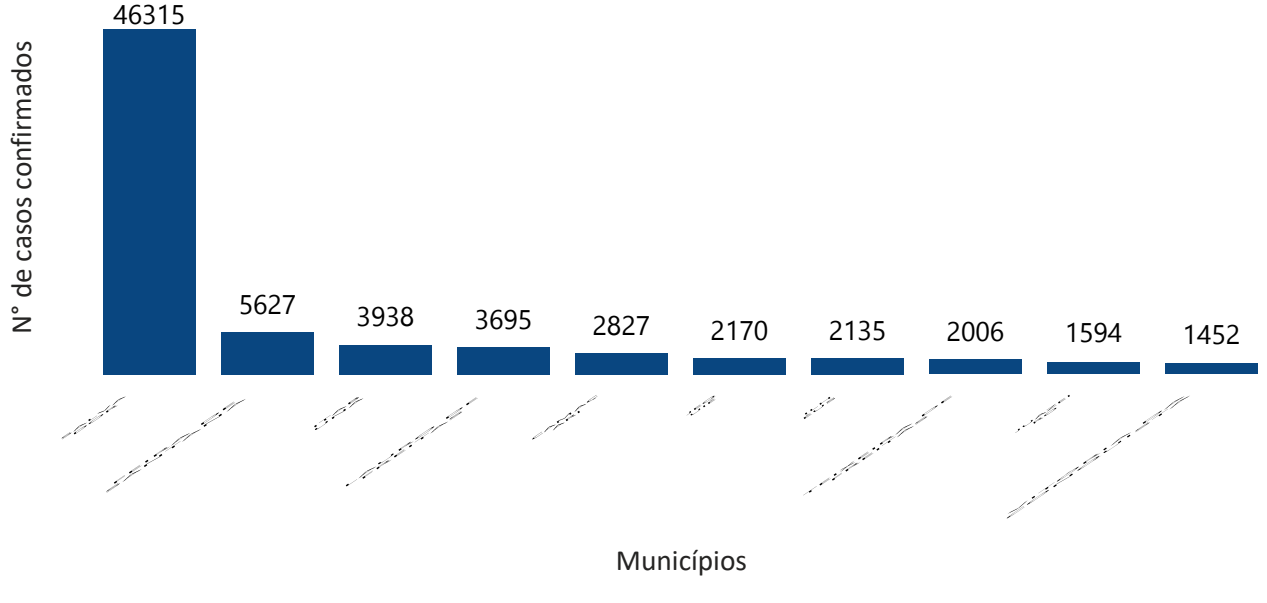

* Semana em curso

**Distribuição dos casos confirmados por município. Bahia, 2020**

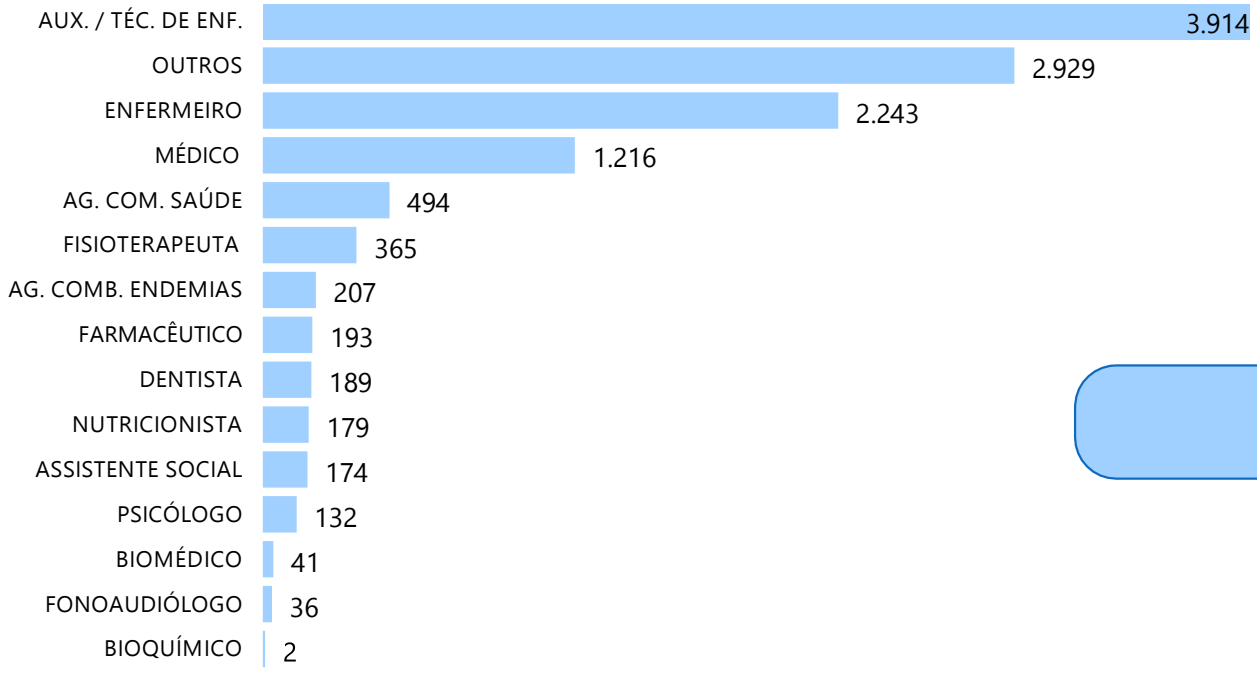
Total
120.238



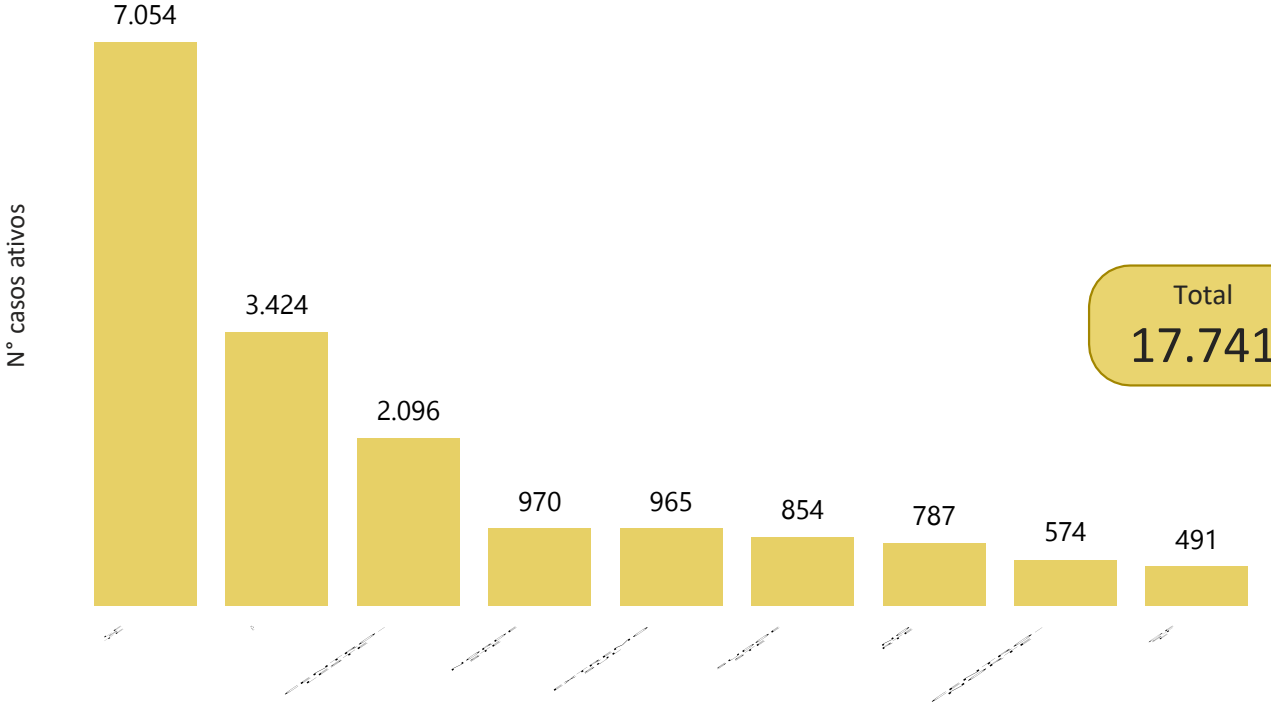

**Municípios com mais casos confirmados. Bahia, 2020**



**N° de casos confirmados por profissionais de saúde por COVID-19. Bahia, 2020.**



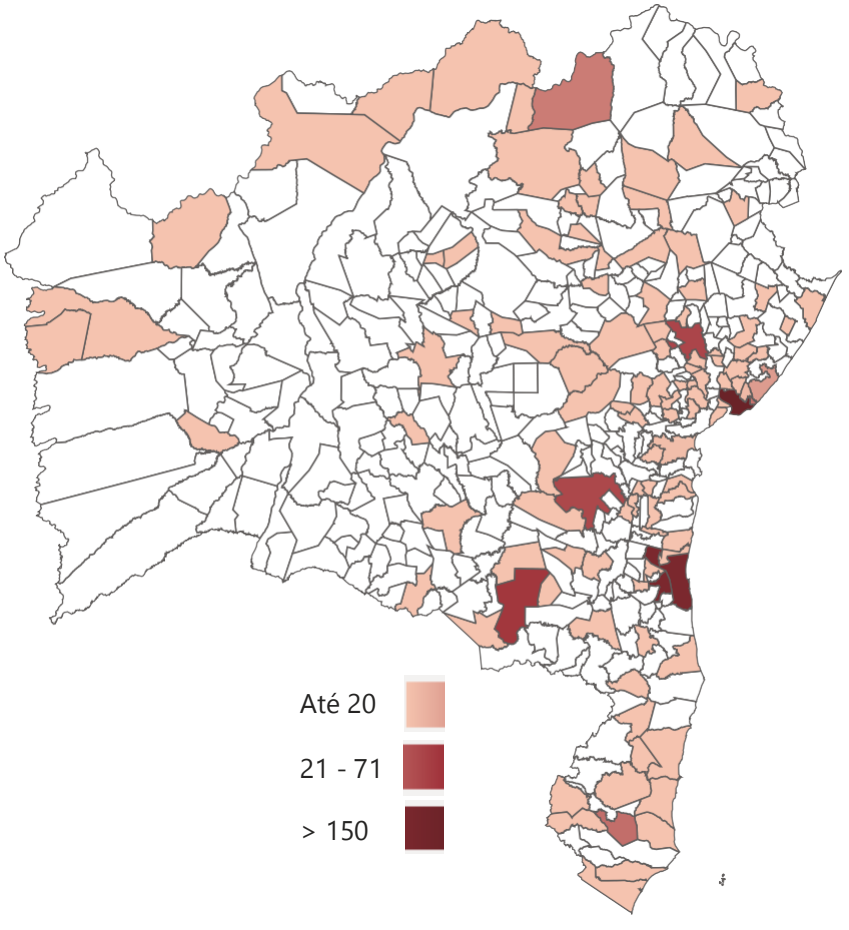

**N° casos ativos de COVID-19 por NRS. Bahia, 2020.**



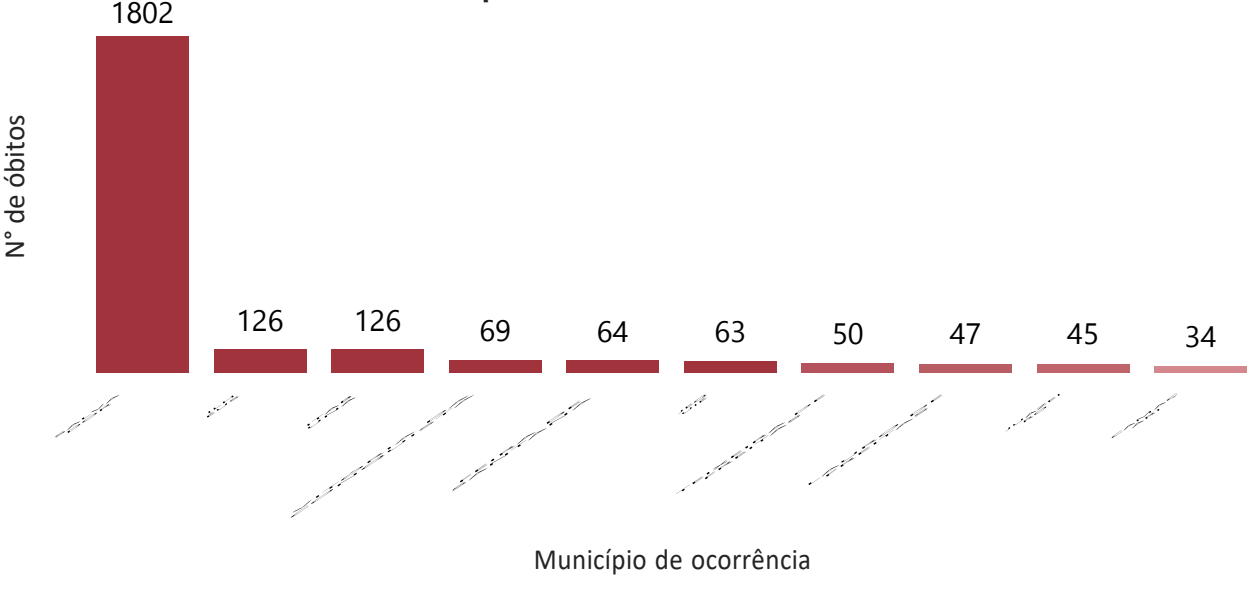

Casos ativos em outros estados e LPI em outras municípios: 526

**Distribuição dos óbitos por município de ocorrência. Bahia, 2020.**

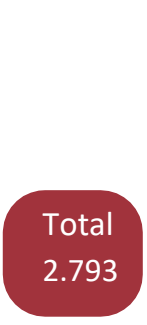
Total
2.793




**Municípios com mais óbitos. Bahia, 2020.**



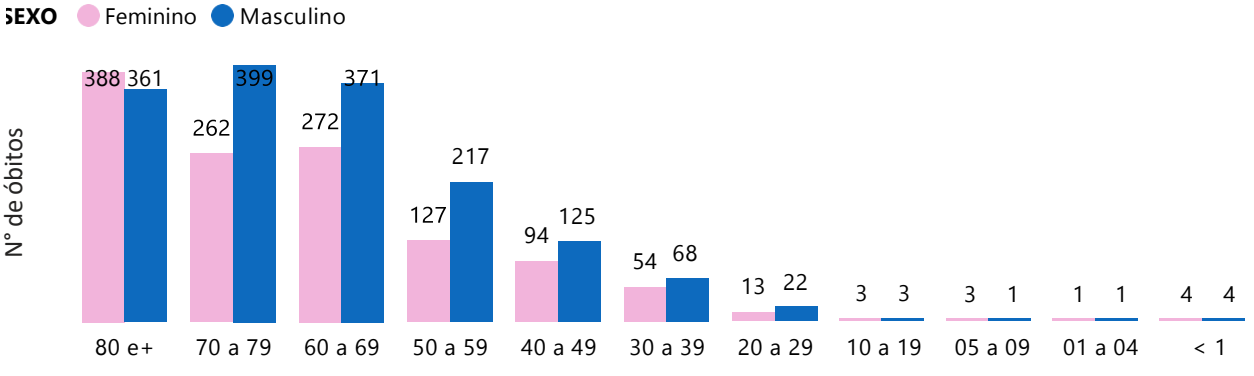
**Distribuição dos óbitos confirmados de COVID-19, segundo faixa etária. Bahia, 2020.**



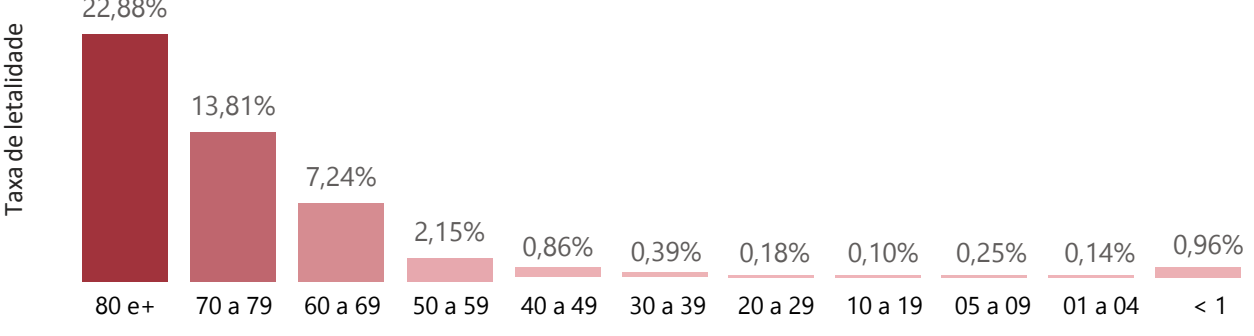

| | 80 e+ | 70 a 79 | 60 a 69 | 50 a 59 | 40 a 49 | 30 a 39 | 20 a 29 | 10 a 19 | 05 a 09 | 01 a 04 | < 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° de Casos | 749 | 661 | 643 | 344 | 219 | 122 | 35 | 6 | 4 | 2 | 8 |
| % | 26,8% | 23,7% | 23,0% | 1,86% | 1,19% | 0,66% | 0,19% | 0,03% | 0,02% | 0,01% | 0,04% |

Faixa etária

**Distribuição dos óbitos por sexo e faixa etária.**

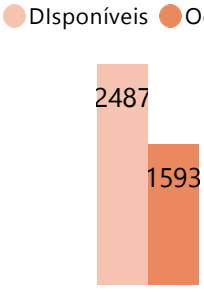



**Distribuição da taxa de letalidade por faixa etária.**



**Situação dos leitos COVID-19 - Bahia, 2020.**

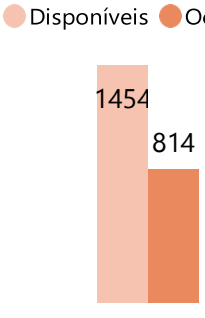
## Total de Leitos




Taxa de ocupação

64%

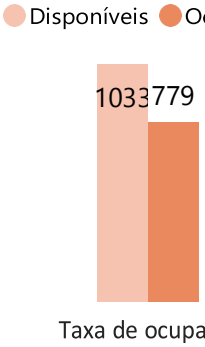
## Enfermaria




Taxa de ocupação

56%

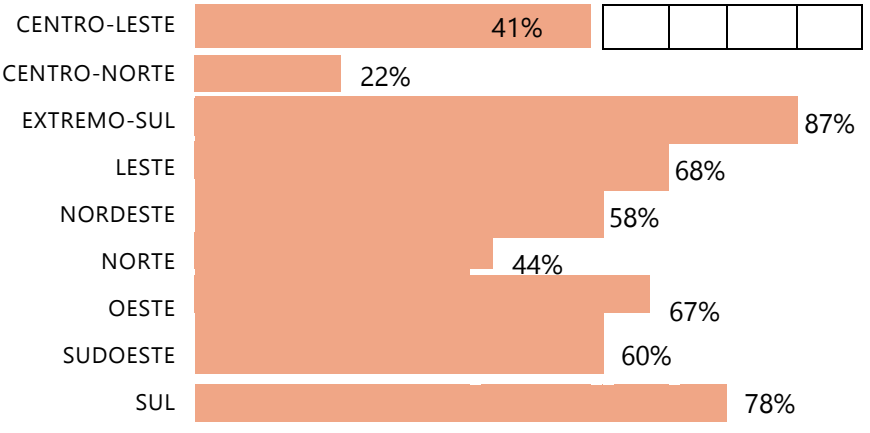
## UTI

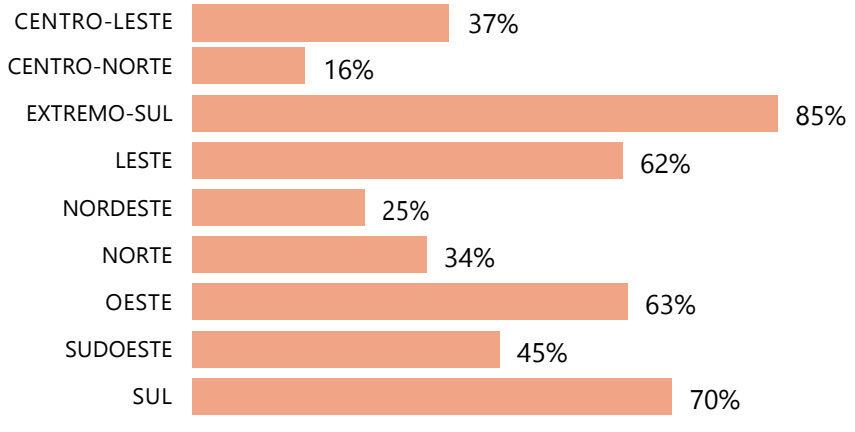


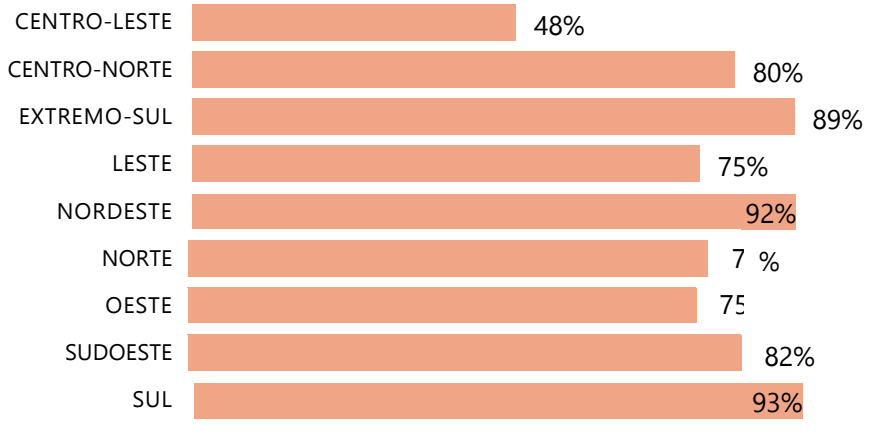

Taxa de ocupação

75%

**Taxa de ocupação de leitos por NRS.**



**Situação dos leitos COVID-19. Bahia, 2020.**

**Bahia**

Total de Leitos

Taxa de ocupação 64%

Disponíveis Ocupados

2487 1593

Enfermaria adulto

Taxa de ocupação 56%

Disponíveis Ocupados

1395 779

Enfermaria pediátrica

Taxa de ocupação 59%

Disponíveis Ocupados

59 35

UTI adulto

Taxa de ocupação 77%

Disponíveis Ocupados

993 760

UTI pediátrica

Taxa de ocupação 48%

Disponíveis Ocupados

40 19

**Situação dos leitos COVID-19. Bahia, 2020.**

**Salvador**

Total de Leitos

Taxa de ocupação 70%

Disponíveis Ocupados




Enfermaria adulto

Taxa de ocupação 65%

Disponíveis Ocupados




Enfermaria pediátrica

Taxa de ocupação 67%

Disponíveis Ocupados




UTI adulto

Taxa de ocupação 76%

Disponíveis Ocupados




UTI pediátrica

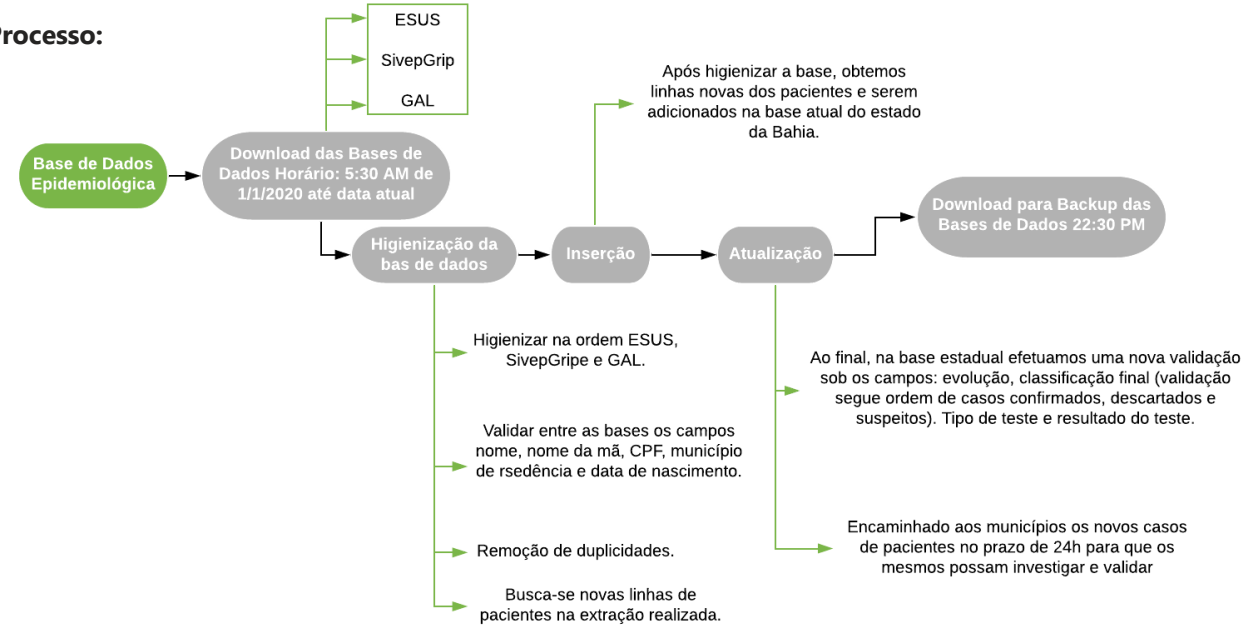
Taxa de ocupação 44%

Disponíveis Ocupados

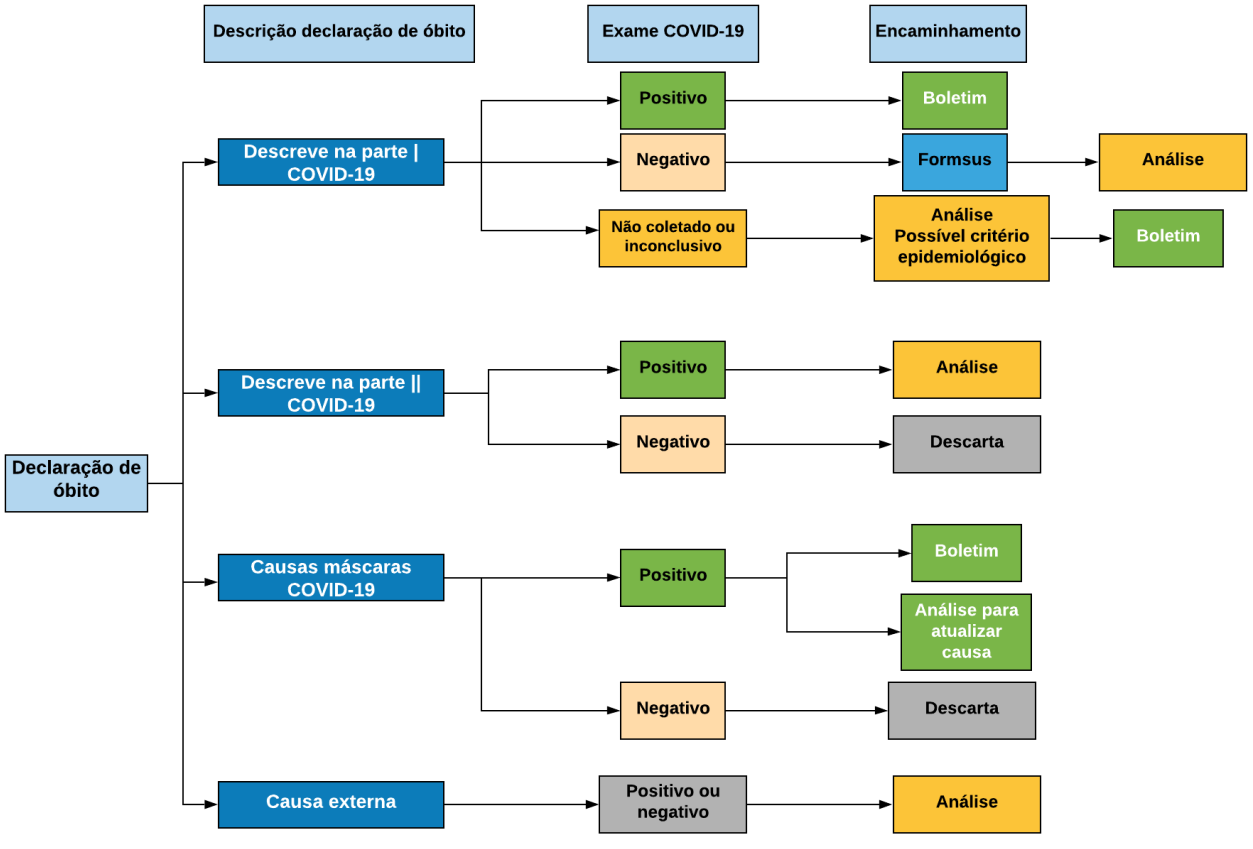


# Metodologia de trabalho para geração dos dados do Boletim Epidemiológico COVID-19.

## Processo:




## Óbitos:



**Atenção:**

**Cada município tem responsabilidade e autonomia de utilizar uma metodologia coerente e baseada nos protocolos ministeriais e portarias estaduais, considerando a dinâmica dos dados e veracidade das informações. É importante que após a investigação epidemiológica do caso confirmado, se for constatado que o paciente não é residente do município, será necessário realizar alteração no sistema e encaminhar um ofício para a Vigilância Epidemiológica do Estado informando a residência atual. Caso não seja realizada a alteração no sistema oficial e enviado o ofício, a notificação não será atualizada e permanecerá no município de residência informado inicialmente.**






## Editorial Boletim COVID-19

**Superintendente de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA)**
Rivia Mary de Barros

**Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP)**
Dra. Márcia São Pedro Leal Souza

**Coordenador Executivo de Tecnologia da Informação e Comunicação (COTIC)**
Diego Cavalcante Teixeira Daltro

**Coordenação de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS )**
Ramon da Costa Saavedra

## Elaboração de boletim

Aline Anne Ferreira de Deus
Ana Carolina de Castro Silva
Ana Claudia Fernandes Nunes da Silva
Ana de Fatima Cardoso Nunes
Antônio Carlos de Albuquerque Bandeira
Arlene Maria de Jesus
Bárbara Leandra do Espírito Santo Ramos
Cristiana Fleming Maia Alves Dias
Daniele Ribeiro de Souza
Diego Souza Freitas
Egivando Gonçalves dos Santos
Elieide Soares de Oliveira
Érica Santos Andrade
Fabiola Azevedo Araújo
Gabriela Paula Brito Soares
Gabriella Farias Gomes
Gabriella Pereira Santos
Graciele Oliveira Menezes
Israel Carneiro Santos Almeida
Joyce Naiana de Paiva Lima
Juliana Melo do Amaral Carvalho
Juniarley Fernandes de Souza
Karla Nicole Ramos de Oliveira
Lara Matos Santos
Lauriene Rios de Sousa
Liane Santiago Andrade
Marcelo Costa Brandão Júnior
Marcio Luís Valença Araújo
Marta Santana Lima Pereira
Maurício Polycarpo Ferreira da Silva
Miguel Andino Depallens
Pedro Henrique Presta Dias
Renato Queiroz
Rodrigo Alves Vaz
Rosan Barbosa de Matos
Sandra Maria de Oliveira daPurificação
Suzane Tourinho Fontes da Silva
Úrsula Martins Catarino
Vicente Sebastian da S. Santos
Wilma Nascimento
Zenaide Calazans Oliveira
Zilda Afonso Torres Almeida

# Boletim Informativo

# COVID-19

## Comissão Intersetorial de Monitoramento das Instituições de Longa Permanência para Idosos da Bahia

EDIÇÃO 04 – 06.04.2020 a 06.04.2021

SUS

GOVERNO DO ESTADO | SECRETARIA DA SAÚDE

# BOLETIM INFORMATIVO nº 04/2020

## APRESENTAÇÃO

A **Comissão Intersetorial de Monitoramento de Instituições de Longa Permanência para Idosos no Estado da Bahia** foi instituída através da Portaria de nº 133 de 03 de abril de 2020, da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB, sob a qual se encontra a coordenação dos trabalhos.

Composta por representantes da ***Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, pela Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social – SJDHDS***; e pela ***Universidade Federal da Bahia – UFBA***, tem o objetivo de monitorar as ações de saúde nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), de modo a intervir e orientar sobre o cuidado à pessoa idosa que nelas residem, no enfrentamento da pandemia por Covid-19. As atividades de planejamento foram iniciadas em março de 2020, com ações formais e regulares de monitoramento a partir do dia 06.04.2020, após publicação da referida Portaria. No curso da atuação da Comissão, abarcou-se como parceria institucional a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG–Seção Bahia).

A Comissão é operacionalizada sob a gestão do Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso (CREASI) e Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC) da SESAB, com atividades divididas em três frentes de trabalho: equipes de monitoramento periódico de cada ILPI no intervalo que variou em 2, 3 e 7 dias entre os contatos; equipe de monitoramento diário das ILPIs com casos sintomáticos suspeitos e/ou positivados para Covid-19 e equipe de apoio técnico-operacional para as articulações intra e intersetoriais.

Considerando a vulnerabilidade da pessoa idosa institucionalizada, foi estabelecido como critério eletivo para monitoramento, os equipamentos de domicílio coletivo que abriguem pelo menos uma pessoa idosa em seu público-alvo assistencial no período.

O número de instituições identificadas foi sendo ampliado durante os 12 meses de funcionamento, chegando a **215 ILPIs localizadas em 85 (20,4%) dos 417 municípios do estado da Bahia**.

Foi estimado um contingente de **5.410 idosos nelas residentes**, a partir de entrevistas com os gestores, considerando as flutuações em torno de admissões, transferências e óbitos em todo o período. Em relação aos funcionários, o número estimado é de 3.171 trabalhadores. Das instituições mapeadas, 210 ILPIs (97,6%) permanecem ativas e 5 foram fechadas no curso da pandemia.

## ATIVIDADES TÉCNICAS E OPERACIONAIS REALIZADAS

- ✓ Mapeamento de ILPIs no estado da Bahia;
- ✓ Elaboração de formulário eletrônico com roteiro de monitoramento de cada ILPI mapeada por contato telefônico a cada 2, 3 e 7 dias e a cada dia para ILPI com casos sintomáticos suspeitos ou confirmados para Covid-19.
- ✓ Envio de documentos por e-mail com orientações aos gestores e funcionários para todas as ILPIs contactadas: Nota Técnica 27/2020 COE/SESAB; Nota Técnica 09/2020 - COSAPI/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS; Nota Técnica 23/2020-SAPS/GAB/SAPS/MS; Portaria 65, de 06 de maio de 2020, do Ministério da Cidadania; Relatório da Frente Nacional de Fortalecimento das ILPIs;
- ✓ Produção de 3 videoaulas com orientações educativas;
- ✓ Realização de reunião com a Defesa Civil do Estado para estabelecimento de estimativa de cestas básicas e kit de higiene a serem entregues às ILPIs;
- ✓ Realização de webconferências com gestores municipais de saúde e ILPIs realizadas em parceria com o Telessaúde Bahia e com o apoio da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG/Seção Bahia) para os municípios de: Alagoinhas (2), Eunápolis (2), Ilhéus (1), Ipiaú (1), Porto Seguro (2), Salvador (4) e Teixeira de Freitas (3);
- ✓ Articulação de ações com a vigilância epidemiológica e vigilância sanitária das secretarias municipais de saúde;
- ✓ Articulação com os municípios para ações de saúde, na retaguarda assistencial nas demandas complementares;
- ✓ Articulação com secretarias municipais de assistência social, Ministério Público, Defensoria Pública e Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa;
- ✓ Articulação de retaguarda com o LACEN/SESAB para testagens RT-PCR de idosos e colaboradores nas ILPIs com fornecimento de kits para os municípios e priorização de análises de amostras de ILPIs;
- ✓ Realização de 10 visitas técnicas a ILPIs com casos sintomáticos;
- ✓ Elaboração de 1 fluxograma de orientação referente à Covid-19 para idosos em ILPI;
- ✓ Elaboração de 1 fluxograma para classificação de risco do idoso no contexto da Covid-19 em Unidade de Saúde – proporcionalidade terapêutica;
- ✓ Elaboração de 1 fluxo para testagem de idosos e colaboradores contactantes;
- ✓ Elaboração de 1 fluxo de transferência de idosos institucionalizados com resultado positivo;
- ✓ Produção de 3 Notas Técnicas: “Orientações para assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) do estado da Bahia” (NT COE Saúde BA nº 27/2020); “Orientações quanto a proporcionalidade terapêutica nos pacientes idosos infectados com Covid-19” (NT COE Saúde BA nº 73/2020); e “Orientações sobre visitas aos residentes nas ILPIs durante a pandemia da Covid-19” (NT COE Saúde BA nº 83/2020)
- ✓ Realização de 2 reuniões com representantes do Comitê Operacional de Saúde – COE Estadual para alinhamento técnico-científico dos fluxos assistenciais propostos pela Comissão;
- ✓ Realização de 3 reuniões com representantes do Comitê Operacional de Saúde – COE do município de Salvador para alinhamento dos fluxos propostos pela Comissão;

✓ Realização de 2 webconferências com a presidente da Frente Nacional de Fortalecimento das ILPIs, sendo 1 para alinhamento técnico e conceitual acerca dos planos de contingência e atualização de protocolos clínico-assistenciais e 1 de tele-educação sobre esse material junto às ILPIs da Bahia com participação de 150 pontos de acesso;

✓ Participação em 2 webconferências para acompanhar 4 municípios com ILPIs contemplados em projeto Todos pela Saúde desenvolvido por uma instituição financeira durante a pandemia;

✓ Participação em audiência pública realizada pela Câmara Municipal de Salvador sobre ILPIs;

✓ Realização de 1 webconferência com o Núcleo de Apoiadores Institucionais da DAB/SESAB para articulação proativa junto aos Núcleos Regionais de Saúde (macrorregiões), Bases Regionais (regiões) e respectivos municípios;

✓ Realização de 1 webconferência em parceria com a DAB com municípios da macrorregião Oeste e participação de 1 webconferência do Colegiado de Coordenadores da Atenção Básica da macrorregião Oeste;

✓ Participação em 3 webconferências realizadas com o Ministério Público do Estado da Bahia, em palestra sobre atenção à pessoa idosa em tempos de pandemia e, posteriormente, para apresentação de informações sobre processos de trabalho, dados e resultados da Comissão;

✓ Envio das Resoluções da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) relativas às recomendações de público alvo prioritário para vacinação contra a Covid-19 para os gestores de ILPI;

✓ Elaboração de formulário eletrônico, a ser respondido pelos gestores de ILPI a partir de abril de 2021 com dados retroativos a 2020, tendo roteiro de entrevista com fins de diagnóstico situacional do acesso às ações de saúde municipal.

## INFORMAÇÕES CONSOLIDADAS

As informações estão consolidadas por meio de planilhas, tendo dados coletados a partir de roteiros semiestruturados para entrevista inicial e contatos de seguimento com gestores e responsáveis técnicos, a fim de acompanhar as situações vivenciadas por cada ILPI no enfrentamento da pandemia da Covid-19. Todos os registros foram preenchidos em formulários eletrônicos, quando do acompanhamento periódico, e em uma planilha eletrônica, quando do acompanhamento diário das ILPIs com casos suspeitos e/ou confirmados.

A título de compreensão, no tocante às informações sobre as instituições, vale ressaltar que os dados foram coletados a partir de contatos telefônicos realizados com dirigentes ou responsáveis técnicos das ILPIs monitoradas. Dessa maneira, considerando-se a confiança estabelecida na relação com a Comissão, foram validados a partir da corresponsabilidade técnica do respondente no momento do contato telefônico.

Registre-se ainda que, neste documento, as somas de dados demográficos referentes à população em geral e à população idosa por região e macrorregião de saúde abrangem todos os municípios que as compõem, com ou sem ILPI mapeada.

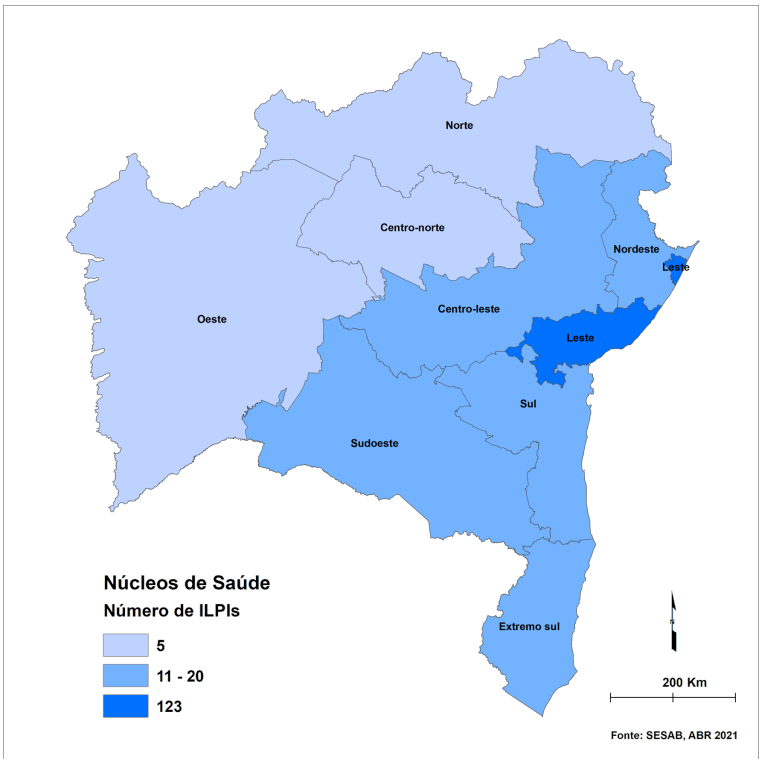
**Tabela 1. Distribuição de ILPIs mapeadas por Macrorregião de Saúde da Bahia, período de 06.04.2020 a 06.04.2021.**

| Núcleo Regional de Saúde (Macrorregião) | População* | População Idosa* | % População Idosa | Nº municípios com ILPIs mapeadas | Nº ILPIs mapeadas | Estimativa inicial de nº idosos residentes | % População Idosa em ILPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CENTRO-LESTE | 2.227.863 | 302.625 | 13,6% | 12 | 20 | 477 | 0,2% |
| CENTRO-NORTE | 807.806 | 112.975 | 14,0% | 5 | 5 | 134 | 0,1% |
| EXTREMO-SUL | 840.442 | 98.766 | 11,8% | 9 | 11 | 226 | 0,2% |
| LESTE | 4.783.233 | 612.845 | 12,8% | 16 | 123 | 2.955 | 0,5% |
| NORDESTE | 865.943 | 113.080 | 13,1% | 5 | 12 | 286 | 0,3% |
| NORTE | 1.088.184 | 135.823 | 12,5% | 5 | 5 | 122 | 0,1% |
| OESTE | 964.594 | 113.743 | 11,8% | 5 | 5 | 93 | 0,1% |
| SUDOESTE | 1.751.474 | 262.271 | 15,0% | 14 | 18 | 506 | 0,2% |
| SUL | 1.601.095 | 229.668 | 14,3% | 14 | 16 | 611 | 0,3% |
| **Total** | **14.930.634** | **1.981.796** | **13,3%** | **85** | **215** | **5.410** | **0,3%** |

Fonte: Planilhas de Dados Consolidados da Comissão de Monitoramento das ILPIs da Bahia. *Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE com base na estimativa populacional do IBGE, ano 2020[1].

Mais da metade das ILPIs estão localizadas na macrorregião Leste (57,2%) (Tabela 1). Apesar de a população de todas as macrorregiões possuírem acima de 11% de pessoas idosas, o percentual máximo de idosos institucionalizados é de 0,5% (Tabela 1).

**Figura 1. Distribuição de ILPIs mapeadas por Macrorregião de Saúde da Bahia, período de 06.04.2020 a 06.04.2021.**

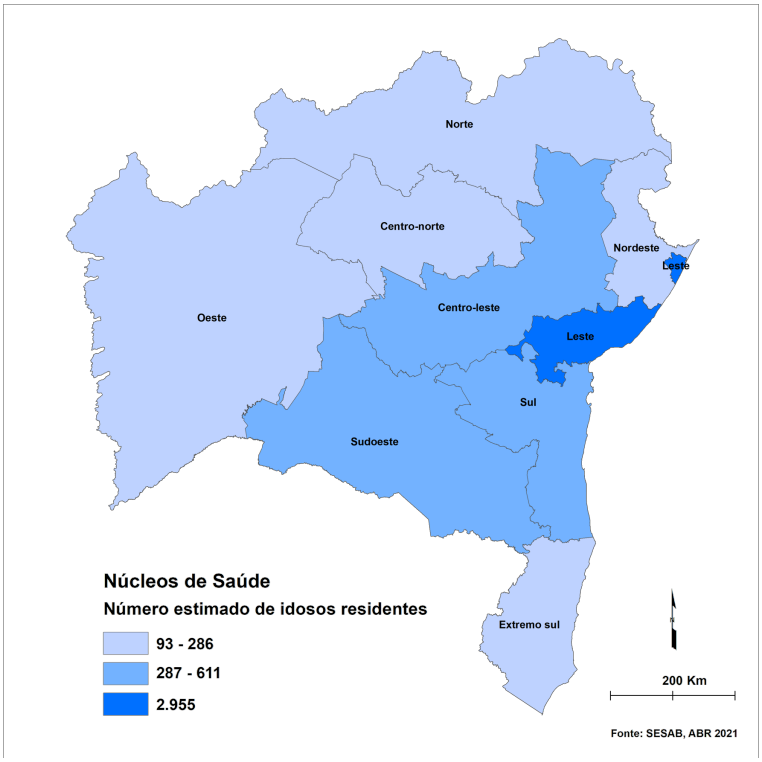



Fonte: Planilhas de Dados Consolidados da Comissão de Monitoramento das ILPIs da Bahia.

A Figura 1 demonstra, em dados absolutos, que o número de instituições é decrescente a partir da macrorregião Leste em direção ao interior do estado da Bahia. O mesmo ocorre com a distribuição numérica de idosos residentes nessas instituições (Figura 2).

[1] Segundo estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE, período 2000-2020. Cf. DATASUS. TABNET. **População Residente**: Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2020 – Brasil. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?popsvs/cnv/popbr.def. Acesso em: 06.04.2021.

**Figura 2. Distribuição de idosos residentes estimados nas ILPIs monitoradas por Macrorregião de Saúde da Bahia, período de 06.04.2020 a 06.04.2021.**




Fonte: Planilhas de Dados Consolidados da Comissão de Monitoramento das ILPIs da Bahia.

**Tabela 2. Distribuição de ILPIs mapeadas e idosos residentes identificados por Município no estado da Bahia, período de 06.04.2020 a 06.04.2021.**

| Municípios | População Total* | População Idosa* | % População Idosa no município | Nº ILPIs mapeadas | Nº idosos residentes em ILPI | % População Idosa em ILPI |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ABAIRA | 8.710 | 2.103 | 24,1% | 1 | 20 | 1,0% |
| ACAJUTIBA | 15.187 | 2.108 | 13,9% | 1 | 33 | 1,6% |
| ALAGOINHAS | 152.327 | 19.735 | 13,0% | 8 | 198 | 1,0% |
| ALCOBAÇA | 22.490 | 2.703 | 12,0% | 1 | 10 | 0,4% |
| AMARGOSA | 37.441 | 5.622 | 15,0% | 1 | 41 | 0,7% |
| ANAGE | 21.607 | 4.455 | 20,6% | 1 | 7 | 0,2% |
| APORA | 17.788 | 2.599 | 14,6% | 1 | 20 | 0,8% |
| APUAREMA | 7.302 | 1.092 | 15,0% | 1 | 8 | 0,7% |
| ARACI | 54.648 | 6.880 | 12,6% | 1 | 0 | 0,0% |
| BAIXA GRANDE | 20.449 | 3.237 | 15,8% | 1 | 22 | 0,7% |
| BARRA | 53.910 | 5.693 | 10,6% | 1 | 9 | 0,2% |
| BARRA DA ESTIVA | 20.392 | 2.385 | 11,7% | 1 | 33 | 1,4% |
| BARREIRAS | 156.975 | 13.948 | 8,9% | 1 | 27 | 0,2% |
| BELMONTE | 23.437 | 2.938 | 12,5% | 1 | 19 | 0,6% |
| BELO CAMPO | 17.109 | 3.051 | 17,8% | 1 | 17 | 0,6% |
| BOM JESUS DA LAPA | 69.662 | 7.604 | 10,9% | 1 | 46 | 0,6% |
| BREJOES | 14.222 | 2.225 | 15,6% | 1 | 6 | 0,3% |
| BUERAREMA | 18.306 | 3.412 | 18,6% | 1 | 22 | 0,6% |
| CACHOEIRA | 33.567 | 4.158 | 12,4% | 1 | 31 | 0,7% |
| CACULE | 23.291 | 3.957 | 17,0% | 1 | 12 | 0,3% |
| CAETITE | 51.081 | 7.645 | 15,0% | 1 | 76 | 1,0% |
| CAMACAN | 32.006 | 4.508 | 14,1% | 1 | 29 | 0,6% |
| CAMACARI | 304.302 | 27.486 | 9,0% | 3 | 35 | 0,1% |
| CASTRO ALVES | 26.318 | 3.552 | 13,5% | 1 | 17 | 0,5% |
| CATU | 54.970 | 6.842 | 12,4% | 1 | 10 | 0,1% |
| CICERO DANTAS | 32.576 | 5.738 | 17,6% | 1 | 25 | 0,4% |
| CONCEIÇAO DO ALMEIDA | 17.165 | 2.542 | 14,8% | 1 | 45 | 1,8% |
| CORAÇAO DE MARIA | 22.495 | 3.298 | 14,7% | 1 | 15 | 0,5% |
| CRUZ DAS ALMAS | 63.591 | 8.196 | 12,9% | 1 | 66 | 0,8% |
| DIAS D'AVILA | 82.432 | 7.411 | 9,0% | 2 | 72 | 1,0% |

**Tabela 2. Distribuição de ILPIs mapeadas e idosos residentes identificados por Município no estado da Bahia, período de 06.04.2020 a 06.04.2021. (cont.)**

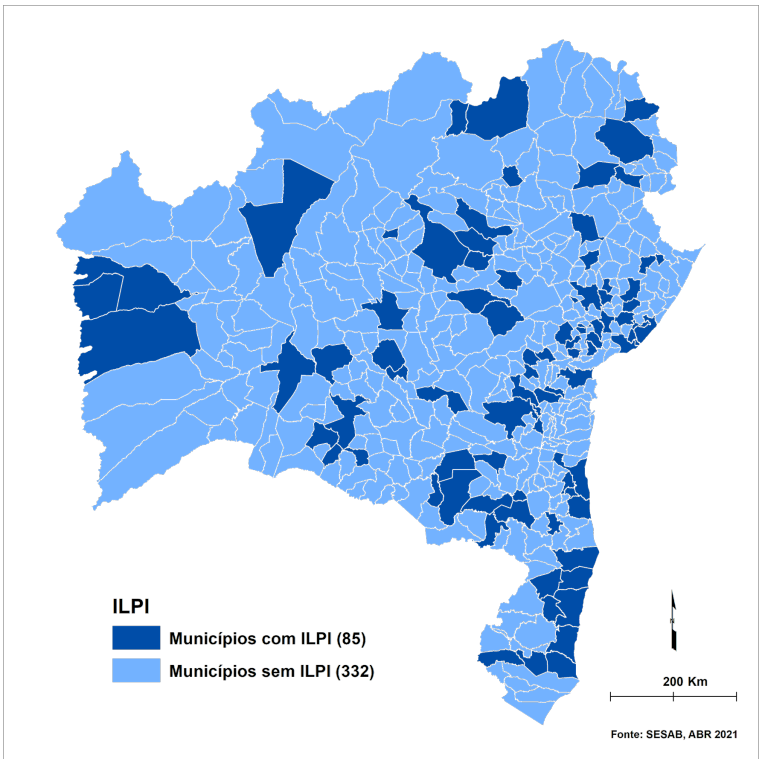
| Municípios | População Total* | População Idosa* | % População Idosa no município | Nº ILPIs mapeadas | Nº idosos residentes em ILPI | % População Idosa em ILPI |
|---|---|---|---|---|---|---|
| EUCLIDES DA CUNHA | 60.858 | 9.161 | 15,1% | 1 | 8 | 0,1% |
| EUNAPOLIS | 114.396 | 13.126 | 11,5% | 1 | 29 | 0,2% |
| FEIRA DE SANTANA | 619.609 | 71.956 | 11,6% | 7 | 199 | 0,3% |
| GUANAMBI | 84.928 | 12.478 | 14,7% | 1 | 51 | 0,4% |
| ILHEUS | 159.923 | 24.231 | 15,2% | 1 | 72 | 0,3% |
| IPIAU | 45.922 | 6.704 | 14,6% | 1 | 68 | 1,0% |
| IRARA | 29.173 | 4.171 | 14,3% | 1 | 43 | 1,0% |
| IRECE | 73.524 | 8.555 | 11,6% | 1 | 35 | 0,4% |
| ITABELA | 30.747 | 3.244 | 10,6% | 1 | 33 | 1,0% |
| ITABERABA | 64.646 | 8.686 | 13,4% | 1 | 55 | 0,6% |
| ITABUNA | 213.685 | 32.612 | 15,3% | 3 | 195 | 0,6% |
| ITAMBE | 22.754 | 3.588 | 15,8% | 1 | 13 | 0,4% |
| ITAPETINGA | 76.795 | 9.074 | 11,8% | 1 | 62 | 0,7% |
| ITORORO | 20.388 | 3.321 | 16,3% | 1 | 14 | 0,4% |
| JACOBINA | 80.635 | 11.265 | 14,0% | 1 | 56 | 0,5% |
| JAGUAQUARA | 54.673 | 7.527 | 13,8% | 1 | 30 | 0,4% |
| JEQUIE | 156.126 | 23.090 | 14,8% | 1 | 61 | 0,3% |
| JEREMOABO | 40.651 | 5.710 | 14,0% | 1 | 22 | 0,4% |
| JUAZEIRO | 218.162 | 22.080 | 10,1% | 1 | 29 | 0,1% |
| LAURO DE FREITAS | 201.635 | 22.411 | 11,1% | 18 | 334 | 1,5% |
| LUIS EDUARDO MAGALHAES | 90.162 | 3.968 | 4,4% | 1 | 1 | 0,0% |
| MACARANI | 18.909 | 2.484 | 13,1% | 1 | 9 | 0,4% |
| MACAUBAS | 50.161 | 7.400 | 14,8% | 1 | 39 | 0,5% |
| MARAGOGIPE | 44.793 | 5.197 | 11,6% | 1 | 21 | 0,4% |
| MEDEIROS NETO | 22.716 | 3.772 | 16,6% | 1 | 17 | 0,5% |
| MIGUEL CALMON | 25.894 | 3.911 | 15,1% | 1 | 17 | 0,4% |
| MORRO DO CHAPEU | 35.440 | 4.984 | 14,1% | 1 | 15 | 0,3% |
| MURITIBA | 29.410 | 3.871 | 13,2% | 1 | 22 | 0,6% |
| NAZARE | 28.594 | 3.639 | 12,7% | 1 | 27 | 0,7% |
| PAULO AFONSO | 118.516 | 15.495 | 13,1% | 1 | 27 | 0,2% |
| PIATA | 16.984 | 3.103 | 18,3% | 1 | 15 | 0,5% |
| PINDAI | 16.285 | 2.782 | 17,1% | 1 | 16 | 0,6% |
| PIRITIBA | 24.964 | 3.798 | 15,2% | 1 | 11 | 0,3% |
| POÇOES | 46.879 | 7.611 | 16,2% | 1 | 31 | 0,4% |
| PORTO SEGURO | 150.658 | 12.687 | 8,4% | 1 | 18 | 0,1% |
| PRADO | 28.194 | 3.340 | 11,8% | 1 | 12 | 0,4% |
| RUY BARBOSA | 30.857 | 4.738 | 15,4% | 1 | 11 | 0,2% |
| SALVADOR | 2.886.698 | 399.328 | 13,8% | 87 | 2.139 | 0,5% |
| SANTA CRUZ CABRALIA | 27.922 | 2.981 | 10,7% | 3 | 51 | 1,7% |
| SANTA INES | 10.606 | 1.833 | 17,3% | 1 | 46 | 2,5% |
| SANTO AMARO | 60.131 | 8.639 | 14,4% | 1 | 42 | 0,5% |
| SANTO ANTONIO DE JESUS | 102.380 | 11.595 | 11,3% | 1 | 42 | 0,4% |
| SAO DESIDERIO | 34.266 | 2.955 | 8,6% | 1 | 10 | 0,3% |
| SAO SEBASTIAO DO PASSE | 44.430 | 5.692 | 12,8% | 1 | 8 | 0,1% |
| SEABRA | 44.234 | 5.708 | 12,9% | 1 | 30 | 0,5% |
| SENHOR DO BONFIM | 79.424 | 10.862 | 13,7% | 1 | 24 | 0,2% |
| SERRINHA | 81.286 | 9.595 | 11,8% | 3 | 59 | 0,6% |
| SIMOES FILHO | 135.783 | 12.275 | 9,0% | 2 | 13 | 0,1% |
| SOBRADINHO | 23.233 | 3.234 | 13,9% | 1 | 20 | 0,6% |
| TEIXEIRA DE FREITAS | 162.438 | 19.023 | 11,7% | 1 | 37 | 0,2% |
| TEOLANDIA | 15.022 | 1.423 | 9,5% | 1 | 20 | 1,4% |
| UNA | 18.544 | 2.616 | 14,1% | 1 | 20 | 0,8% |
| VALENÇA | 97.233 | 11.340 | 11,7% | 1 | 17 | 0,1% |
| VITORIA DA CONQUISTA | 341.128 | 42.281 | 12,4% | 5 | 126 | 0,3% |
| WENCESLAU GUIMARAES | 20.978 | 2.221 | 10,6% | 1 | 17 | 0,8% |
| **Total** | **8.810.138** | **1.126.494** | **12,8** | **215** | **5.410** | **0,5%** |

Fonte: Planilhas de Dados Consolidados da Comissão de Monitoramento das ILPIs da Bahia. *Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE com base na estimativa populacional do IBGE, ano 2020.

Salvador, capital do estado da Bahia, é o município com maior número de instituições (87), correspondendo a 40,5% do total mapeado, com 2.139 idosos institucionalizados (Tabela 2). Em segundo lugar, Lauro de Freitas, com 18 instituições e 334 idosos residentes.

Conforme demonstra a Figura 3, é possível perceber a distribuição de municípios com e sem ILPI mapeada, apresentando o real alcance territorial das ações de monitoramento.

**Figura 3. Distribuição de Municípios da Bahia que possuem ILPI mapeada, período de 06.04.2020 a 06.04.2021.**




Fonte: Planilhas de Dados Consolidados da Comissão de Monitoramento das ILPIs da Bahia.

Para a distribuição das ILPIs entre as equipes de monitoramento periódico, foi considerada uma divisão por macrorregiões de saúde sob a responsabilidade de cada uma delas, de modo a facilitar a leitura de acompanhamento do território sanitário e otimizar as articulações necessárias. Somente a macrorregião Leste, especificamente o município de Salvador, teve suas ILPIs distribuídas entre todas as equipes.

A Comissão inicialmente foi composta por quatro equipes para contatos periódicos. No começo das atividades, o intervalo entre os contatos foi definido a cada dois dias. Quando o quantitativo de ILPIs foi aumentando, esse intervalo passou para três dias. A partir de novembro de 2020, em virtude de remanejamento dos recursos humanos, foi necessário redimensionar de quatro para três equipes de contato periódico, redistribuindo as macrorregiões, ficando mantidas as ILPIs sob acompanhamento da equipe da UFBA. O intervalo entre os contatos periódicos também foi alterado para sete dias. A essa altura, já havia sido estabelecida uma relação de parceria e confiança no processo de monitoramento, de modo que as ILPIs também acionam espontaneamente a Comissão quando há casos de Covid-19.

Na ocorrência de casos suspeitos e/ou confirmados pelas equipes de monitoramento periódico, a ILPI é sinalizada para ser monitorada a cada 24 horas, e passa a ser acompanhada pela equipe de sintomáticos. O acompanhamento é realizado até o final da quarentena e da inexistência de sintomáticos, como também após resultado negativo de exames realizados para diagnóstico de Covid-19. Após esse período, a ILPI retorna para a equipe de monitoramento periódico, seguindo o acompanhamento por intervalo de tempo.

A equipe de apoio participa a todo momento no acompanhamento operacional das atividades, administrando os processos comunicativos entre as equipes de monitoramento periódicos e de sintomáticos. Em retaguarda, tem a função de receber as demandas de articulação, desde atualização de contatos telefônicos a acionamentos de setores municipais ou estaduais de saúde e assistência social para intervenções requeridas no acompanhamento das ILPIs.

Quando a ILPI passa a ser monitorada pela equipe de sintomáticos, a rede de cuidados à pessoa idosa passa a ser acionada para articulação de ações. Nos contatos telefônicos, as equipes identificam quais as necessidades relacionadas à situação Covid-19 a ILPI possui e, a depender destas, os pontos que compõe a rede são mobilizados.

Comumente, os acionamentos referem-se à testagem de sintomáticos ou contactantes, liberação de laudos com resultados dos testes, definição de condições de isolamento junto às vigilâncias sanitárias, acompanhamento das condições de saúde pela equipe do território, transferências para Unidades hospitalares em caso de agravamento do caso e, no caso do município de Salvador, articulação com o SAMU para chamadas de urgência.

**Tabela 3. Situação de ILPIs com casos sintomáticos reportados por Macrorregião de Saúde da Bahia, período de 06.04.2020 a 06.04.2021.**

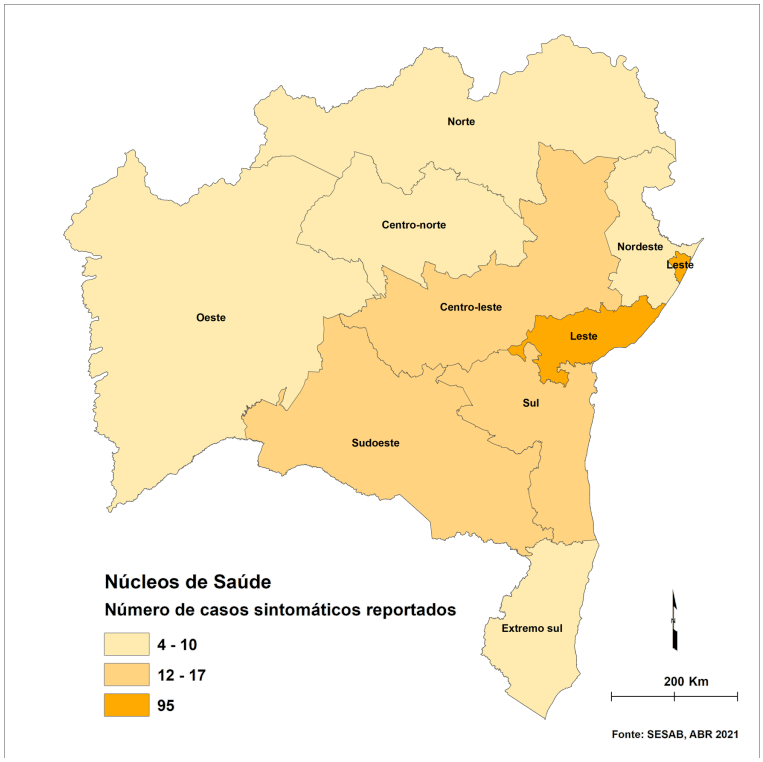
| Núcleo Regional de Saúde (Macrorregião) | Total ILPIs com casos reportados | Total ILPIs mapeadas | % ILPIs com casos reportados |
|---|---|---|---|
| CENTRO-LESTE | 17 | 20 | 85,0% |
| CENTRO-NORTE | 5 | 5 | 100,0% |
| EXTREMO-SUL | 8 | 11 | 72,7% |
| LESTE | 95 | 123 | 77,2% |
| NORDESTE | 10 | 12 | 83,3% |
| NORTE | 4 | 5 | 80,0% |
| OESTE | 5 | 5 | 100,0% |
| SUDOESTE | 12 | 18 | 66,7% |
| SUL | 14 | 16 | 87,5% |
| **Total** | **170** | **215** | **79,0%** |

Fonte: Planilhas de Dados Consolidados da Comissão de Monitoramento das ILPIs da Bahia.

Segundo a Tabela 3, o maior número de ILPIs com casos em acompanhamento concentra-se na macrorregião Leste. Do total mapeado, 170 ILPIs (79%) já foram incluídas em acompanhamento diário por casos suspeitos e/ou confirmados de Covid-19 entre residentes e/ou funcionários. Algumas dessas ILPIs foram incluídas por mais de uma vez no monitoramento diário.

Embora a macrorregião Leste possua maior número de ILPIs, do ponto de vista proporcional, a concentração de ocorrências foi maior nas macrorregiões Centro-Leste, seguida pela Sul, Centro- Norte, Extremo-Sul e Norte, com percentual acima de 80%.

**Figura 4. Distribuição de ILPIs com casos sintomáticos reportados por Macrorregião de Saúde da Bahia, no período de 06.04 a 06.04.2021.**

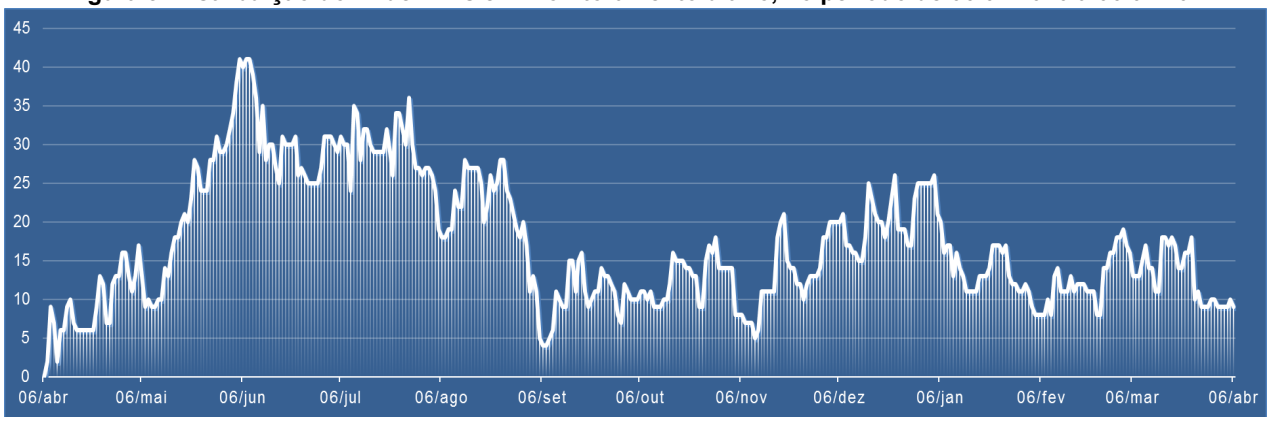



Fonte: Planilhas de Dados Consolidados da Comissão de Monitoramento das ILPIs da Bahia.

A Comissão atingiu um maior número de instituições em acompanhamento diário no mês de junho, chegando a um máximo de 41 ILPIs sob monitoramento de casos sintomáticos, coincidindo com o período em que a situação Covid-19 no estado da Bahia como um todo esteve num momento de pico (Figura 5).

Do segundo semestre de 2020 em diante, o número de ILPIs em monitoramento diário foi reduzido, ficando numa média de 11 instituições por dia (Figura 5). Em virtude disso, os profissionais que compõem essa equipe de monitoramento foram desenvolvendo outras atividades em paralelo, dividindo o foco em ações de tele-educação sobre saúde da pessoa idosa por webconferência, tendo a participação de gestores municipais, trabalhadores da assistência na rede SUS e profissionais que atuam nas ILPIs.

**Figura 5. Distribuição do nº de ILPIs em monitoramento diário, no período de 06.04.2020 a 06.04.2021.**



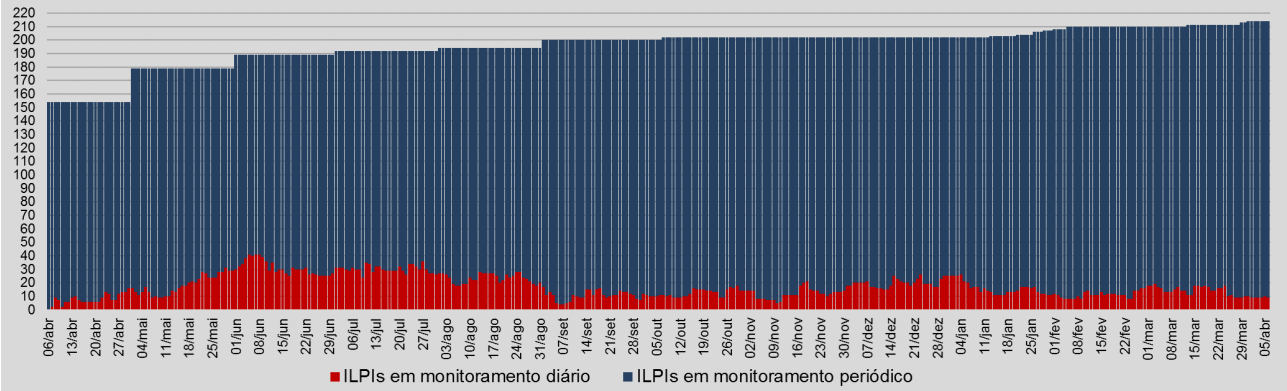

Fonte: Planilhas de Dados Consolidados da Comissão de Monitoramento das ILPIs da Bahia.

A partir do mês de novembro, coincidindo com o período das eleições municipais, o número de ILPIs com casos sintomáticos voltou a subir, mas desta vez chegando ao máximo de 26 ILPIs com a equipe de monitoramento diário (Figura 5). A média de ILPIs acompanhadas por essa equipe nessa fase da pandemia foi de 16 instituições por dia.

Mesmo diante de um cenário epidemiológico de crescimento de casos no estado da Bahia ao final de 2020 e diante da chegada da vacina em janeiro de 2021, a Figura 5 revela uma curva de aprendizagem na identificação e manejo de situações de Covid-19 nas ILPIs, seja pelo refinamento das equipes de monitoramento acerca das orientações realizadas e no levantamento de demandas suspeitas, seja pelas instruções praticadas pelas instituições em seu cotidiano para prevenção e contingenciamento.

Para ilustrar a distribuição entre as equipes de monitoramento diário e periódico a cada dia de funcionamento da Comissão, a Figura 6 consolida o total de ILPIs monitoradas mês a mês, a saber: 154 em abril/2020; 179 em maio/2020; 189 em junho/2020; 192 em julho/2020; 194 em agosto/2020; 200 em setembro/2020; variando de 202 a 210 ILPIs de janeiro a abril/2021.

**Figura 6. Distribuição de ILPIs por tipo de monitoramento, no período de 06.04.2020 a 06.04.2021.**




Fonte: Planilhas de Dados Consolidados da Comissão de Monitoramento das ILPIs da Bahia.

As tabelas e figuras a seguir contêm os registros coletados a partir das situações reportadas nas ILPIs monitoradas, contendo informações sobre contaminação e desfecho dos casos identificados.

**Tabela 4. Situação Covid-19 das ILPIs com casos sintomáticos reportados de idosos e funcionários no monitoramento por Macrorregião de Saúde da Bahia, período de 06.04.2020 a 06.04.2021.**

| Núcleo Regional de Saúde (Macrorregião) | Estimativa Nº idosos residentes em ILPI | Nº de idosos residentes confirmados para Sars-Cov-2 | % idosos residentes confirmados | Estimativa Nº funcionários de ILPI | Nº funcionários de ILPI confirmados para Sars-Cov-2 | % funcionários confirmados |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CENTRO-LESTE | 477 | 136 | 28,5% | 272 | 74 | 27,2% |
| CENTRO-NORTE | 134 | 48 | 35,8% | 42 | 19 | 45,2% |
| EXTREMO-SUL | 226 | 61 | 27,0% | 87 | 34 | 39,1% |
| LESTE | 2.955 | 776 | 26,3% | 1.865 | 443 | 23,8% |
| NORDESTE | 286 | 111 | 38,8% | 130 | 30 | 23,1% |
| NORTE | 122 | 24 | 19,7% | 73 | 15 | 20,5% |
| OESTE | 93 | 21 | 22,6% | 77 | 19 | 24,7% |
| SUDOESTE | 506 | 88 | 17,4% | 283 | 29 | 10,2% |
| SUL | 611 | 213 | 34,9% | 342 | 73 | 21,3% |
| **Total** | **5.410** | **1.478** | **27,3%** | **3.171** | **736** | **23,2%** |

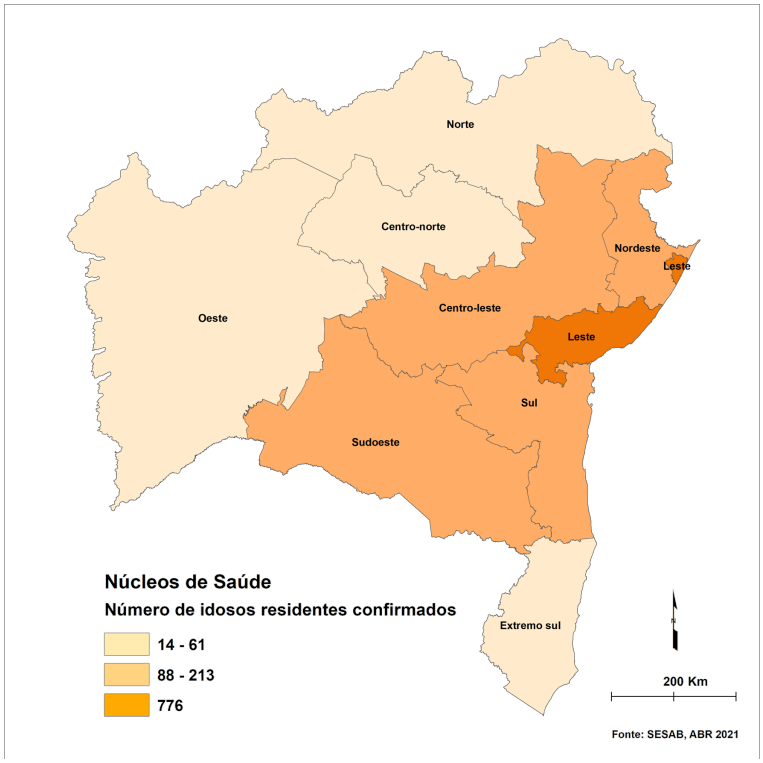
Fonte: Planilhas de Dados Consolidados da Comissão de Monitoramento das ILPIs da Bahia.

Conforme a Tabela 4, no tocante aos casos confirmados em ILPI, em relação ao total estimado de idosos residentes, 27,3% da população institucionalizada testada teve resultado positivo para o vírus Sars-Cov-2. Observa-se um maior percentual de idosos residentes confirmados na macrorregião Nordeste (38,8%), seguidas da Centro-Norte (35,8%) e Sul (34,9%).

Em relação ao total estimado de funcionários de ILPI, a partir dos dados de respondentes durante os contatos telefônicos, considerando-se rotatividade no período e em função de pendência de confirmação de informação pelo gestor, houve um percentual de 23,2% de contaminação por Sars-Cov-2. O maior

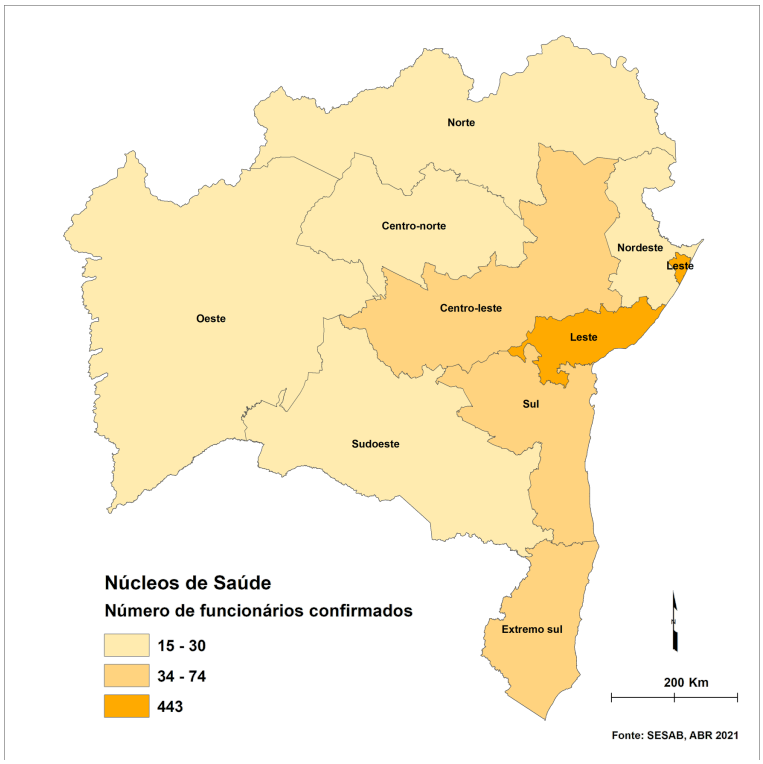
percentual de funcionários confirmados foi na Macrorregião Centro-Norte (45,2%), seguida da Extremo-Sul (39,1%) e Centro-Leste (27,2%).

**Figura 7. Distribuição de idosos confirmados para Covid-19 nas ILPI monitoradas por Macrorregião de Saúde da Bahia, no período de 06.04.2020 a 06.04.2021.**




Fonte: Planilhas de Dados Consolidados da Comissão de Monitoramento das ILPIs da Bahia.

**Figura 8. Distribuição de funcionários confirmados de Covid-19 nas ILPI monitoradas por Macrorregião de Saúde da Bahia, período de 06.04.2020 a 06.04.2021.**




Fonte: Planilhas de Dados Consolidados da Comissão de Monitoramento das ILPIs da Bahia.

É importante constar que houve registros de casos detectados positivos para Covid-19 em idosos institucionalizados que cursaram assintomáticos durante todo o período previsto de isolamento e quarentena, conforme reportado pelos responsáveis das ILPIs, como também, houve casos de reinfecção referidos nos contatos de monitoramento diário, mas não foram especificamente tabulados nos registros realizados pelas equipes da Comissão.

O cruzamento dos dados consolidados das ILPIs com dados disponibilizados pela Central Integrada de Comando e Controle da Saúde[2] demonstra que, em relação à situação dos casos das 170 ILPIs, o maior percentual de confirmados, quando comparados ao total de casos de seu território com ILPI mapeada (Tabela 5), são as macrorregiões Leste (0,4%) e Nordeste (0,4%). Considerando todo o contingente de casos confirmados nas ILPIs mapeadas e todo o território estadual, esse percentual foi de 0,3% (Tabela 5).

**Tabela 5. Situação Covid-19 das ILPIs com casos confirmados no monitoramento em relação aos casos confirmados de seu território macrorregional de Saúde da Bahia, período de 06.04.2020 a 06.04.2021.**

| Núcleo Regional de Saúde (Macrorregião) | Nº de ILPI com casos sintomáticos reportados | Nº de casos confirmados de idosos e funcionários de ILPI | Nº casos confirmados na Macrorregião | % casos confirmados ILPI por casos confirmados da Macrorregião |
|---|---|---|---|---|
| CENTRO-LESTE | 17 | 210 | 109.259 | 0,2% |
| CENTRO-NORTE | 5 | 67 | 39.690 | 0,2% |
| EXTREMO-SUL | 8 | 95 | 50.374 | 0,2% |
| LESTE | 95 | 1.219 | 276.718 | 0,4% |
| NORDESTE | 10 | 141 | 35.933 | 0,4% |
| NORTE | 4 | 39 | 40.798 | 0,1% |
| OESTE | 5 | 40 | 36.518 | 0,1% |
| SUDOESTE | 12 | 117 | 86.500 | 0,1% |
| SUL | 14 | 286 | 123.794 | 0,2% |
| **Total** | **170** | **2.214** | **799.584** | **0,3%** |

Fonte: Planilhas de Dados Consolidados da Comissão de Monitoramento das ILPIs da Bahia. Dados do Banco Estadual Covid-19 atualizado até 06.04.2021.

Observa-se que o percentual de casos confirmados de idosos de residentes de ILPI sobre o total de idosos confirmados para o estado Bahia foi de 1,3% (Tabela 6). A macrorregião Nordeste apresenta o maior percentual de casos confirmados de idosos de ILPI em relação ao total de casos confirmados nesse território de saúde (2,3%) (Tabela 6).

**Tabela 6. Situação Covid-19 das ILPIs no monitoramento de casos de idosos residentes confirmados em relação aos casos de idosos confirmados da Macrorregião de Saúde da Bahia, período de 06.04.2020 a 06.04.2021.**

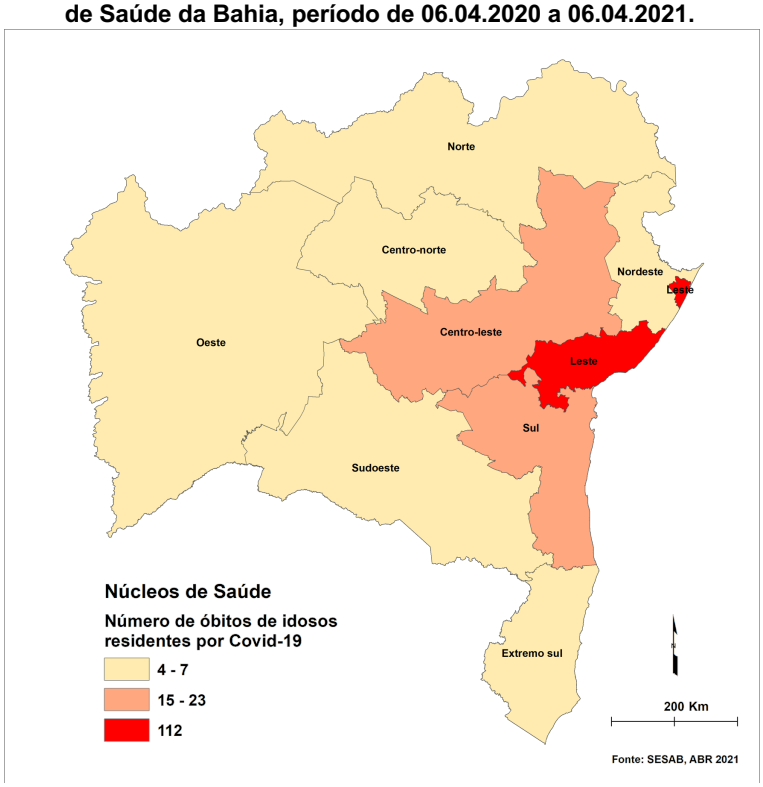
| Macrorregião (Núcleo Regional de Saúde) | Estimativa Nº de idosos residentes em ILPI | Nº de casos confirmados de idosos de ILPI | % casos idosos confirmados ILPI por idosos residentes ILPI | Nº casos de idosos confirmados por Macrorregião | % casos confirmados idosos ILPI por casos confirmados idosos da Macrorregião |
|---|---|---|---|---|---|
| CENTRO-LESTE | 477 | 136 | 28,5% | 14.111 | 1,0% |
| CENTRO-NORTE | 134 | 48 | 35,8% | 5.244 | 0,9% |
| EXTREMO-SUL | 226 | 61 | 27,0% | 7.054 | 0,9% |
| LESTE | 2.955 | 776 | 26,3% | 41.436 | 1,9% |
| NORDESTE | 286 | 111 | 38,8% | 4.885 | 2,3% |
| NORTE | 122 | 24 | 19,7% | 5.715 | 0,4% |
| OESTE | 93 | 21 | 22,6% | 4.500 | 0,5% |
| SUDOESTE | 506 | 88 | 17,4% | 13.707 | 0,6% |
| SUL | 611 | 213 | 34,9% | 20.496 | 1,3% |
| **Total** | **5.410** | **1.478** | **27,3%** | **117.148** | **1,3%** |

Fonte: Planilhas de Dados Consolidados da Comissão de Monitoramento das ILPIs da Bahia. Dados do Banco Estadual Covid-19 atualizado até 06.04.2021.

[2] BAHIA. Secretaria da Saúde. **Central Integrada de Comando e Controle da Saúde**. Disponível em: https://bi.saude.ba.gov.br/transparencia/. Acesso em: 6 abr. 2021, às 17h20.

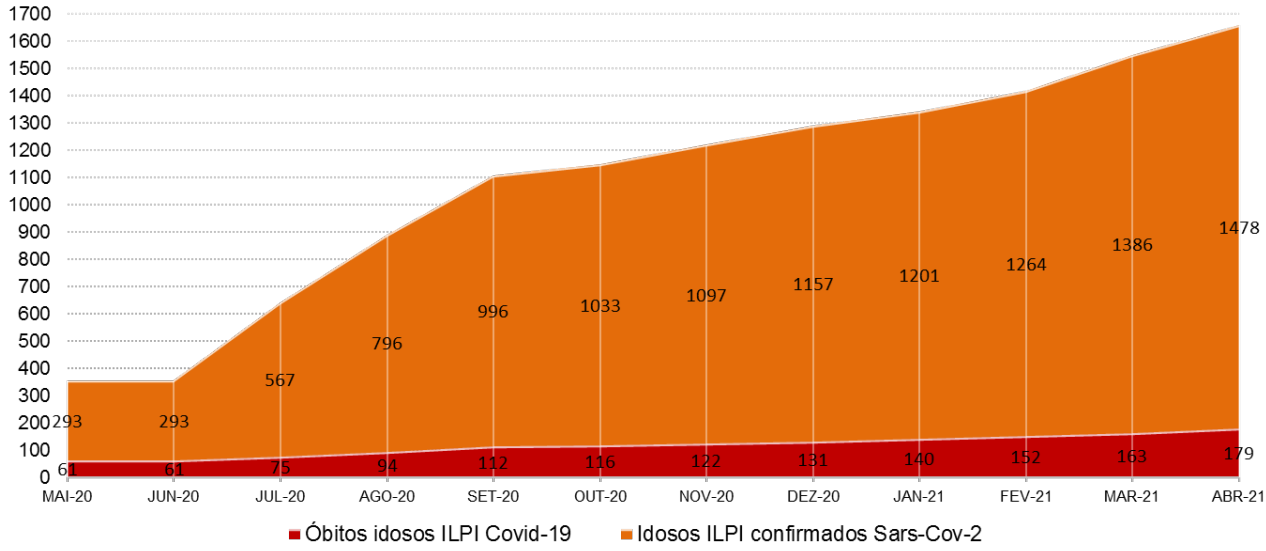
Em relação aos idosos residentes em ILPI, totalizam **179 óbitos por Covid-19 confirmados** (Figuras 9 e 10). A macrorregião com maior número de óbitos foi a Leste (Figura 9). Em apenas 1 ILPI houve registro de óbito de colaborador, porém esta desenvolvia a função de enfermeira em unidade hospitalar referência de Covid-19 em paralelo com a função de responsável técnica da instituição.

**Figura 9. Distribuição de óbitos por Covid-19 de idosos residentes reportados pelas ILPIs por Macrorregião de Saúde da Bahia, período de 06.04.2020 a 06.04.2021.**




Fonte: Planilhas de Dados Consolidados da Comissão de Monitoramento das ILPIs da Bahia.

**Figura 10. Distribuição cumulativa de óbitos por Covid-19 em relação a idosos residentes confirmados para Sars-Cov-2 nas ILPIs monitoradas no período de 06.04.2020 a 06.04.2021.**




Fonte: Planilhas de Dados Consolidados da Comissão de Monitoramento das ILPIs da Bahia.

Com os 179 óbitos por Covid-19 ocorridos entre os idosos residentes de ILPI, em relação aos 1.478 casos confirmados desses idosos, tem-se um percentual de letalidade de 12,1% (Tabela 7). Esse valor variou de 3,6% a 20,8%, sendo o maior percentual na macrorregião Norte, seguido da Oeste, com 19%. Já

a mortalidade por Covid-19 entre a estimativa de 5.410 idosos institucionalizados foi de 3,3% (Tabela 7). Esse percentual, no entanto, pode ser maior, visto que os idosos assintomáticos nem sempre foram testados.

**Tabela 7. Situação de óbitos de idosos residentes por Covid-19 em relação ao total de idosos confirmados nas ILPIs por Macrorregião de Saúde da Bahia, período de 06.04.2020 a 06.04.2021.**

| Macrorregião | Nº de idosos residentes de ILPI | Nº idosos confirmados para Covid-19 | Nº óbitos de idosos ILPI por Covid-19 | % óbitos idosos ILPI / casos idosos ILPI confirmados | % óbitos covid-19 idosos ILPI / total de idosos em ILPI |
|---|---|---|---|---|---|
| CENTRO-LESTE | 477 | 136 | 15 | 11,0% | 3,1% |
| CENTRO-NORTE | 134 | 48 | 7 | 14,6% | 5,2% |
| EXTREMO-SUL | 226 | 61 | 5 | 8,2% | 2,2% |
| LESTE | 2.955 | 776 | 112 | 14,4% | 3,8% |
| NORDESTE | 286 | 111 | 4 | 3,6% | 1,4% |
| NORTE | 122 | 24 | 5 | 20,8% | 4,1% |
| OESTE | 93 | 21 | 4 | 19,0% | 4,3% |
| SUDOESTE | 506 | 88 | 4 | 4,5% | 0,8% |
| SUL | 611 | 213 | 23 | 10,8% | 3,8% |
| **Total** | **5.410** | **1.478** | **179** | **12,1%** | **3,3%** |

Fonte: Planilhas de Dados Consolidados da Comissão de Monitoramento das ILPIs da Bahia.

Considerando os dados consolidados de óbitos de idosos em ILPI confirmados para Covid-19 e os desfechos de óbito disponibilizados pela Central Integrada de Comando e Controle da Saúde (Tabela 8), em relação aos óbitos em geral por Covid-19 na Bahia (15.783), o percentual de óbitos de idosos de ILPI foi de 1,1%; já em relação aos óbitos em geral de idosos por Covid-19 na Bahia (11.776), esse percentual foi de 1,5%.

**Tabela 8. Situação das ILPIs com óbitos de idosos residentes por Covid-19 em relação aos óbitos Covid-19 em seu território macrorregional de Saúde da Bahia, período de 06.04.2020 a 06.04.2021.**

| Macrorregião (Núcleo Regional de Saúde) | Nº óbitos de idosos ILPI por Covid-19 | Nº óbitos por Covid-19 na macrorregião | % óbitos Covid-19 idosos ILPI por óbitos Covid-19 na macrorregião | Nº óbitos Covid-19 de idosos na macrorregião | % óbitos Covid-19 de idosos ILPI por óbitos Covid-19 de idosos na macrorregião |
|---|---|---|---|---|---|
| CENTRO-LESTE | 15 | 1.595 | 0,9% | 1.163 | 1,3% |
| CENTRO-NORTE | 7 | 426 | 1,6% | 331 | 2,1% |
| EXTREMO-SUL | 5 | 905 | 0,6% | 652 | 0,8% |
| LESTE | 112 | 7.142 | 1,6% | 5.250 | 2,1% |
| NORDESTE | 4 | 572 | 0,7% | 417 | 1,0% |
| NORTE | 5 | 808 | 0,6% | 596 | 0,8% |
| OESTE | 4 | 536 | 0,7% | 385 | 1,0% |
| SUDOESTE | 4 | 1.369 | 0,3% | 1.083 | 0,4% |
| SUL | 23 | 2.430 | 0,9% | 1.899 | 1,2% |
| **Total** | **179** | **15.783** | **1,1%** | **11.776** | **1,5%** |

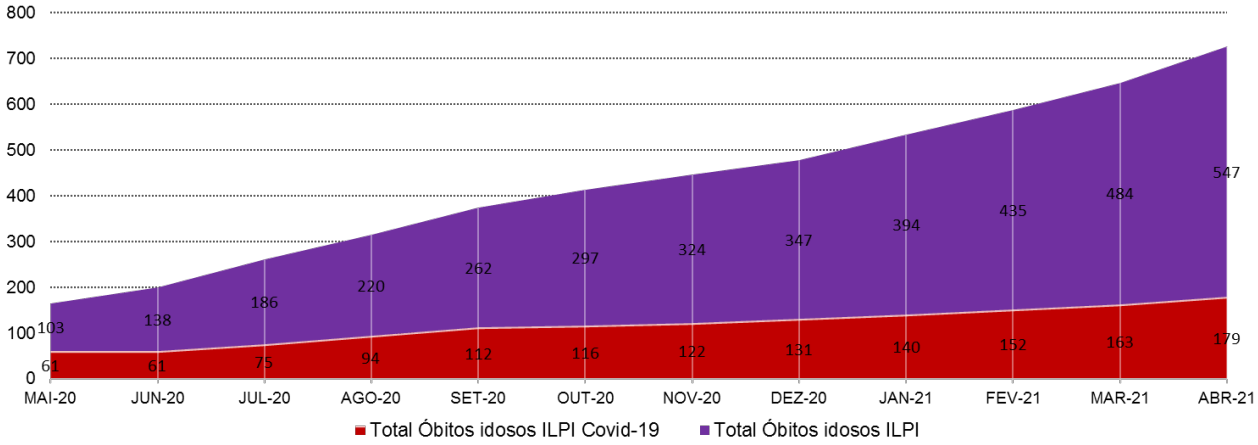
Fonte: Planilhas de Dados Consolidados da Comissão de Monitoramento das ILPIs da Bahia. Dados do Banco Estadual Covid-19 atualizado até 06.04.2021.

Uma situação relevante referente à mortalidade de idosos residentes de ILPI é a quantidade de óbitos por outras causas levantadas durante os contatos de monitoramento periódico. Juntados aos causados por Covid-19, totalizam 547 óbitos computados entre pessoas idosas em ILPI no período de 12 meses (Figura 11), revelando uma taxa de mortalidade de 10,1% para essa população (estimada em 5.410 idosos residentes).

Enquanto dado referido, precisa ainda ser cruzado com outras informações qualitativas registradas diariamente pela equipe de monitoramento diário, ainda sem tabulação apurada, podendo revelar um quantitativo maior do que o levantado até o momento.

A Figura 11 traz à tona a vulnerabilidade clínica da população residente em ILPI no tocante a todas demandas de saúde, para além da Covid-19.

**Figura 11. Distribuição cumulativa de total de óbitos Covid-19 e total de óbitos em geral de idosos residentes reportados pelas ILPIs por Macrorregião de Saúde da Bahia, no período de 06.04.2020 a 06.04.2021.**




Fonte: Planilhas de Dados Consolidados da Comissão de Monitoramento das ILPIs da Bahia.

Desde 20 de janeiro de 2021, a Comissão passou a incluir no roteiro de monitoramento a captura de dados sobre o processo de vacinação nas ILPIs em monitoramento, mantendo reforço de orientações sobre as medidas sanitárias preventivas e as recomendações prioritárias do Ministério da Saúde, reforçadas em Resoluções da CIB para garantir acesso desse público à imunização.

Com os anúncios da chegada da vacina contra a Covid-19, a Comissão foi sendo espontaneamente contactada por Instituições que não haviam sido mapeadas, provocando, assim, o aumento do número de novas ILPIs a monitorar, especificamente no município de Salvador.

As tabelas a seguir trazem essas informações consolidadas. Vale ressaltar que os dados percentuais de vacinação dizem respeito ao acesso das ILPIs à primeira (D1) e à segunda (D2) dose da vacina; não se referem, pois, ao quantitativo ou ao percentual de idosos e funcionários vacinados.

**Tabela 9. Situação de acesso vacinal contra Covid-19 de idosos nas ILPIs monitoradas por Macrorregião de Saúde da Bahia, período de 06.04.2020 a 06.04.2021.**

| Núcleo Regional de Saúde (Macrorregião) | Total ILPIs monitoradas | ILPI com acesso a D1 de Idosos | % de ILPI com acesso a D1 de Idosos | ILPI com acesso a D2 de Idosos | % de ILPI com acesso a D2 de Idosos |
|---|---|---|---|---|---|
| CENTRO-LESTE | 18 | 18 | 100,0% | 17 | 94,4% |
| CENTRO-NORTE | 5 | 5 | 100,0% | 5 | 100,0% |
| EXTREMO-SUL | 11 | 11 | 100,0% | 11 | 100,0% |
| LESTE | 121 | 117 | 96,7% | 111 | 91,7% |
| NORDESTE | 12 | 12 | 100,0% | 12 | 100,0% |
| NORTE | 5 | 5 | 100,0% | 5 | 100,0% |
| OESTE | 5 | 5 | 100,0% | 4 | 80,0% |
| SUDOESTE | 18 | 18 | 100,0% | 16 | 88,9% |
| SUL | 16 | 16 | 100,0% | 14 | 87,5% |
| **Total** | **211** | **207** | **98,1%** | **195** | **92,4%** |

Fonte: Planilhas de Dados Consolidados da Comissão de Monitoramento das ILPIs da Bahia. Obs.: Foi inclusa na tabulação da macrorregião Leste uma ILPI do município de Salvador com 100% de acesso, fechada em março de 2021.

Do total ativo de ILPIs mapeadas do estado da Bahia, 98,1% tiveram acesso à primeira dose da vacina para idosos residentes. Importante salientar que apenas a macrorregião Leste não alcançou o percentual de 100%, ficando com 96,7% de instituições com acesso à primeira dose de idosos. Em relação à segunda dose, o percentual de acesso reduziu para 92,4%, tendo a macrorregião Oeste o menor percentual (80%). Alguns casos de diminuição do percentual se devem a um maior período de intervalo entre as doses, pois dependem de qual fabricante o imunizante foi aplicado.

**Tabela 10. Situação de acesso vacinal contra Covid-19 de trabalhadores nas ILPIs monitoradas por Macrorregião de Saúde da Bahia, período de 06.04.2020 a 06.04.2021.**

| Núcleo Regional de Saúde (Macrorregião) | Total ILPIs monitoradas | ILPI com acesso a D1 de funcionários | % de ILPI com acesso a D1 de funcionários | ILPI com acesso a D2 de funcionários | % de ILPI com acesso a D2 de funcionários |
|---|---|---|---|---|---|
| CENTRO-LESTE | 18 | 16 | 88,9% | 15 | 83,3% |
| CENTRO-NORTE | 5 | 5 | 100,0% | 5 | 100,0% |
| EXTREMO-SUL | 11 | 10 | 90,9% | 8 | 72,7% |
| LESTE | 121* | 110 | 90,8% | 91 | 75,8% |
| NORDESTE | 12 | 12 | 100,0% | 12 | 100,0% |
| NORTE | 5 | 5 | 100,0% | 5 | 100,0% |
| OESTE | 5 | 3 | 60,0% | 3 | 60,0% |
| SUDOESTE | 18 | 16 | 88,9% | 13 | 72,2% |
| SUL | 16 | 16 | 100,0% | 14 | 87,5% |
| **Total** | **211** | **192** | **91,4%** | **166** | **79,0%** |

Fonte: Planilhas de Dados Consolidados da Comissão de Monitoramento das ILPIs da Bahia. Obs.: Foi inclusa na tabulação da macrorregião Leste uma ILPI do município de Salvador com 100% de acesso, fechada em março de 2021.

Em relação aos trabalhadores de ILPI contemplados na vacinação, as macrorregiões tiveram variações percentuais de 60% a 100% de acesso à primeira dose. A macrorregião Oeste foi a que apresentou menor percentual (60%). Considerando o estado da Bahia com um todo, 91,4% das Instituições tiveram acesso à primeira dose da vacina para seus funcionários. Em relação à segunda dose, esse percentual reduziu para 79%. A análise por macrorregião também aponta queda de percentual de acesso da vacina aos trabalhadores de ILPI, podendo ser considerado o intervalo exigido entre as doses para imunizante aplicado.

Quanto aos dados supracitados, as primeiras Resoluções da CIB de 2021 foram um aspecto facilitador à imunização, pois traziam recomendações relativas à vacinação no estado da Bahia, seguindo tecnicamente o Ministério da Saúde, indicando cobertura de 100% de acesso aos idosos residentes e trabalhadores de ILPI. No entanto, à medida que as Resoluções foram sendo republicadas, revogando as anteriores, foi também um dificultador, pois, ao tempo em que incluíram novos públicos, extinguiram o critério de recomendação para vacinação dos trabalhadores das ILPIs, deixando uma lacuna referente a essa recomendação inicial.

Ademais, houve situações de diversas pendências reportadas, com diferentes graus de acesso ao imunizante, a depender das doses recebidas pelos gestores municipais; em algumas dessas circunstâncias, foram necessárias articulações realizadas pela Comissão junto aos setores de saúde e comitês locais de emergência, sobretudo em relação à vacinação de trabalhadores das ILPIs, motivadas pelo já exposto acima.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após doze meses de funcionamento, a Comissão tem se fortalecido na relação direta com os gestores e responsáveis técnicos de ILPI, bem como alargando proativamente as articulações intra e intersetoriais junto às macrorregiões de saúde, tanto para fomentar o mapeamento de instituições adicionais, como também, o planejamento local de ações em saúde que aumentem o acesso assistencial a essa população.

Nesse esteio, para as articulações intrassetoriais, a parceria dos Apoiadores Institucionais da DAB/SESAB na composição da Comissão foi exitosa e fundamental, sobretudo para ampliar o alcance deste trabalho junto aos demais municípios do interior do estado da Bahia. Com vias a deixar um legado para a atenção à saúde da pessoa idosa institucionalizada, o intuito é reforçar, junto aos gestores municipais de atenção primária à saúde, a importante demanda de cuidados integrais e continuados a serem prestados para essa população.

Do ponto de vista técnico, os diversos produtos elaborados sustentaram o trabalho da Comissão e o seu reconhecimento, como: fluxograma de orientação referente à Covid-19 para idosos em ILPI, garantindo testagem prioritária desse público; fluxograma para classificação de risco do idoso no contexto da Covid-19 em Unidade de Saúde, colaborando para as decisões clínico-assistenciais das equipes de urgência e emergência; fluxo de testagem de idosos contactantes ou sintomáticos e fluxo de transferência de idosos institucionalizados com testagem positiva, subsidiando as decisões caso a caso; orientações sobre visitas aos idosos institucionalizados, colaborando para minimizar os riscos de contaminação na demanda de fortalecimento de vínculos.

Do ponto de vista operacional, percebeu-se que a organização dos processos de trabalho, vinculando as equipes de monitoramento a um mesmo contingente de ILPIs e respectivos gestores, possibilitou minimizar as resistências na abordagem de questões demandadas no monitoramento.

No curso das ações da Comissão, diversos desafios foram encontrados e que, em maior ou menor grau, impactaram diretamente o processo de trabalho. Dentre eles, os de maior impacto foram: dados cadastrais oficiais das ILPIs desatualizados, com dificuldades nos contatos telefônicos e por e-mail; existência de instituições em situação irregular inicialmente resistentes à abordagem da Comissão; desconhecimento prévio da totalidade do público-alvo; gestores de ILPI pouco preparados para responder às demandas solicitadas no curso da pandemia; alta rotatividade de funcionários, prejudicando o levantamento do quantitativo total, além da necessidade da repetição de orientações para prevenção de contaminação; dificuldades de instituir medidas de contingência para isolamento sanitário nas ILPIs, tanto pela estrutura física inadequada quanto pelos profissionais despreparados para uso de equipamentos de proteção individual e outras práticas sanitárias; insuficiência de profissionais nas ILPIs devido ao afastamento de funcionários por Covid-19; dificuldades na transferência de idosos positivados para Covid-19 para Abrigos de Campanha, pois as ILPI em diversas situações não dispunham de relatórios sobre os casos, e também a indisponibilidade de leitos clínicos em abrigos de campanha para idoso com dependência funcional; por fim, a garantia de acesso à vacinação de trabalhadores, em virtude das mudanças nas Resoluções da CIB de 2021.

O desenvolvimento das ações da Comissão revelou ao longo do processo uma curva ascendente de aprendizagem, tanto para as ILPIs, em relação ao manejo de casos suspeitos e/ou confirmados, na ampliação das medidas de contingenciamento, como para a equipe da Comissão, que qualificou o

refinamento na captura de informações referidas para identificação de situações suspeitas no monitoramento.

Apesar de a vacinação ter sido amplamente efetivada no público de idosos institucionalizados, ainda existem situações pendentes a serem sanadas pelas gestões municipais de saúde, uma vez que, por diversos motivos, alguns idosos deixaram de ser vacinados. Um outro ponto importante a ser considerado é que, mesmo com a alta cobertura vacinal das ILPIs, a Comissão identificou situações de surtos em instituições já vacinadas, porém, com a uma gravidade menor do que visto antes da vacinação.

Ainda que não seja possível estabelecer uma relação de causa e efeito, os dados obtidos por meio do trabalho da Comissão, sobretudo se comparados ao cenário internacional, revelam uma realidade mais atenuada da pandemia de Covid-19 no contexto do idoso institucionalizado na Bahia. Como importante resultado, verificou-se que o mapeamento estadual atualizado das ILPIs trouxe maior visibilidade para essas instituições no contexto municipal e estadual das políticas de saúde e assistência social.

A pandemia convocou um olhar intersetorial para as necessidades das ILPIs. Embora essas instituições sejam vinculadas à política de proteção social, há uma interface importante com o setor saúde, uma vez que o perfil de idosos residentes nesses equipamentos é reconhecidamente composto por idosos com maior fragilidade clínica, funcional e social. Assim, a constituição do trabalho da Comissão com equipe de composição intersetorial foi uma estratégia acertada para facilitar o diálogo e as soluções para os problemas que emergiam no enfrentamento da pandemia.

# Editorial Boletim Informativo COVID-19 – ILPI

## Comissão Intersetorial de Monitoramento das ILPIs da Bahia

## Boletim Informativo nº 04

Período de 06.04.2021 a 06.04.2021

Data de divulgação:
23.04.2021

***Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB***
Dr. Fábio Vilas-Boas

***Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social – SJDHDS***
Dr. Carlos Martins

***Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS***
Igor Lobão Ferraz Ribeiro

***Diretoria de Gestão do Cuidado – DGC/SESAB***
Liliane Mascarenhas Silveira

***Diretoria de Atenção Básica – DAB/SESAB***
José Cristiano Soster

***Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso – CREASI/SESAB***
Mônica Hupsel Frank

***Superintendência de Apoio e Defesa aos Direitos Humanos – SUDH***
Jones Carvalho

***Coordenação de Articulação de Políticas para Pessoa Idosa – CAPI/SUDH/SJDHDS***
Lúcia Maria Mascarenhas

***Superintendência de Assistência Social – SAS***
Leísa Sousa

***Coordenação de Proteção Social Especial – CPSE/SAS/SJDHDS***
Márcia Figueiredo Santos

***Contatos da Comissão***

E-mail: comissaoidosocovid@saude.ba.gov.br

Telefones: (71) 3103-6158 / 6159

***Equipe Técnica Operacional***

***DGC/SESAB***
Leila Araújo – ATSPI

***DAB/SESAB***
Diego Prata
Gilne Cruz
Helena Salomão
Janaína Cardoso
Juliana Lamounier
Kally Soares
Maria Gabriele Dantas
Mônica Lemos

***CREASI/SESAB***
Amélia de Fátima Oliveira
Camila Costa
Cláudia Sampaio
Clotildes Sousa
Diana Noronha
Helena Patáro
Janine Soub
Júlia Costa
Josecy Peixoto
Juliana Rocha
Maíra Menezes
Maria Luiza Oliveira
Maria Salete Silva
Naiá Sousa

***DIVEP/SESAB***
Ailana Campos - Residente Saúde da Família/UNEB

***CAPI/SUDH/SJDHDS***
Altamiro Cunha Neto

***Escola de Enfermagem/UFBA***
Adriana Valéria
Alana Santos
Alinne Chaves
Cláudia Trindade Emanuela
Oliveira Fabiana Moreira
Fernanda Cajhui
Halanna Bastos
Marta Sales
Monaliza Souza
Monique Macêdo
Nildete Gomes
Pedro Costa
Rebeca Albuquerque
Tânia Menezes Verônica
Batista

***Apoio Técnico – SBGG***
Lucas Kuhn

***Responsáveis pela sistematização dos dados e elaboração do Boletim Informativo***

Helena Patáro – CREASISESAB
Janine Soub – CREASI/SESAB
Júlia Costa – CREASI/ SESAB

# Boletim Informativo

# COVID-19

# Trabalhadores da Saúde

**EDIÇÃO 01 – 28.04.2020**

SUS

GOVERNO DO ESTADO | SECRETARIA DA SAÚDE

**SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB**
**SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS - SUPERH**
**SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE – SUVISA**

**BOLETIM INFORMATIVO COVID-19 – TRABALHADORES DA SAÚDE**
Nº. 01 – 28/04/2020

## 1. TESTAGEM DOS TRABALHADORES DA SAÚDE

Entre os dias 30 de março a 28 de abril de 2020 foram testados 2221 trabalhadores de saúde de diferentes vínculos com **316 positivados para COVID-19** (Tabela 1), correspondendo **14,18% dos testes realizados,** superior aos percentuais de contágio, para a mesma categoria, encontrada nos países como Espanha e Itália, 12 e 9% respectivamente. Mantendo-se superior quando comparada aos índices apontados pela Organização Mundial de Saúde, que ficam entre 8 a 10%.

**Tabela 1: Total de trabalhadores, por tipo de vínculo, testados e positivados para COVID-19. De acordo com local de notificação. Período entre 30 de março a 28 de abril de 2020. Salvador, Bahia.**

| TIPO DE VÍNCULO | SIAST | | CTA | | CIEVS | | TOTAL POR VÍNCULO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | TOTAL DE TRAB. | POSITIVADOS | TOTAL DE TRAB. | POSITIVADOS | TOTAL DE TRAB. | POSITIVADOS | TOTAL DE TRAB. | POSITIVADOS |
| ESTATUTÁRIOS | 584 | 61 | 463 | 21 | 8 | 8 | **1055** | **90** |
| TERCEIRIZADOS | 291 | 55 | 394 | 36 | 0 | 0 | **685** | **91** |
| CARGO COMISSIONAD | 15 | 1 | 42 | 1 | 0 | 0 | **57** | **2** |
| 1º EMPREGO | 11 | 3 | 10 | 0 | 0 | 0 | **21** | **3** |
| RESIDENTES | 8 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | **10** | **3** |
| S/VÍNCULO DEFINIDO | 120 | 21 | 184 | 17 | 0 | 0 | **304** | **38** |
| MUNICIPAL (CIEVS) | 0 | 0 | 0 | 0 | 89 | 89 | **89** | **89** |
| **TOTAL** | **1029** | **144** | **1095** | **75** | **97** | **97** | **2221** | **316** |

**Fonte:** Planilha sistematizada pela DGTES/ SUPERH/ SESAB, a partir de dados do SIAST/CIEVS/CTA

Quando analisado o número e o percentual de trabalhadores testados por tipo de vínculo (Tabela 2), os trabalhadores com vínculo estatutário representam 47,5%, ou seja, 1055 testes realizados, seguidos pelo vínculo terceirizado, 30,8% (685). No entanto, as duas categorias apresentaram percentuais próximos quando comparado aos positivados, 28,5% (90/316) e 28,8% (91/316), respectivamente. Já entre os trabalhadores com vínculo municipal, notificados via CIEVS, o percentual de positivados foi de 28,2%, o que representa 89 trabalhadores dos 316 positivados. É importante destacar que no período analisado não havia a obrigatoriedade na identificação dos

trabalhadores quanto ao vínculo, gerando assim, um número de **304 trabalhadores sem vínculos definidos** representando 13,7%, e um percentual de 12% positivados, 38 trabalhadores.

**Tabela 2: Total e percentual de trabalhadores, por tipo de vínculo, testados e positivados para COVID-19. Período entre 30 de março a 28 de abril de 2020. Salvador, Bahia.**

| TIPO DE VÍNCULO | TRABALHADORES | | | |
|---|---|---|---|---|
| | TESTADOS | | POSITIVADOS | |
| | TOTAL | % | TOTAL | % |
| ESTATUTÁRIOS | 1055 | 47,5 | 90 | 28,5 |
| TERCEIRIZADOS | 685 | 30,8 | 91 | 28,8 |
| CARGO COMISSIONADOS | 57 | 2,6 | 2 | 0,6 |
| 1º EMPREGO | 21 | 0,9 | 3 | 0,9 |
| RESIDENTES | 10 | 0,5 | 3 | 0,9 |
| S/VÍNCULO DEFINIDO | 304 | 13,7 | 38 | 12,0 |
| MUNICIPAL (CIEVS) | 89 | 4,0 | 89 | 28,2 |
| **TOTAL** | **2221** | 100 | **316** | 100 |

**Fonte:** Planilha sistematizada pela DGTES/ SUPERH/ SESAB, a partir de dados do SIAST/CIEVS/CTA

Entre as categorias profissionais (Tabela 3), os técnicos/auxiliares de enfermagem apresentaram maior percentual de positivados, 37,66% (119/ 316). Seguidos pelos médicos 18,6% (47/ 316) e enfermeiros 14,56% (46/ 3106).

**Tabela 3: Total e percentual de trabalhadores positivados para COVID-19, por categoria profissional Período entre 30 de março a 28 de abril de 2020. Salvador, Bahia.**

| CATEGOIRA PROFISSIONAL | TRABALHADORES COVID-19 POSITIVADOS | | | | | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | FONTE | | | | | | | |
| | CTA | | SIAST | | CIEVS | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| ACS | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0,32 |
| AGENTE DE SAÚDE/VISITADOR SANITÁRIO | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 4,1 | 4 | 1,27 |
| ASISTENTE SOCIAL | 0 | 0 | 3 | 2,1 | 1 | 1 | 4 | 1,27 |
| AUX. ADMINISTRATIVO | **15** | **20** | 8 | 5,6 | 0 | 0 | **23** | **7,28** |
| AUX. DE SERVIÇOS GERAIS | 6 | 8 | 8 | 5,6 | 0 | 0 | 14 | 4,43 |
| CIRURGIÃO DENTISTA | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0,32 |
| COPEIRA/PORTARIA | 1 | 1,3 | 3 | 2,1 | 0 | 0 | 4 | 1,27 |
| ENFERMEIRA | 6 | 8 | **20** | **13,9** | **20** | **20,6** | **46** | **14,56** |
| FARMACÊUTICO | 1 | 1,3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0,63 |
| FISIOTERAPÊUTA | 0 | 0 | 6 | 4,2 | 3 | 3,1 | 9 | 2,85 |
| FONOAUDIÓLOGO | 1 | 1,3 | 1 | 0,7 | 0 | 0 | 2 | 0,63 |
| GESTÃO | 0 | 0 | 3 | 2,1 | 0 | 0 | 3 | 0,95 |
| MAQUEIRO | 0 | 0 | 3 | 2,1 | 0 | 0 | 3 | 0,95 |
| MÉDICO | 4 | 5,3 | **25** | **17,4** | **18** | **18,6** | **47** | **14,87** |
| MOTORISTA/CONDUTOR AMBULÂNCIA | 1 | 1,3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0,63 |
| OUTROS | 6 | 8 | 0 | 0 | 4 | 4,1 | 10 | 3,16 |
| PSICÓLOGO | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0,32 |
| RECEPCIONISTA | 3 | 4 | 2 | 1,4 | 1 | 1 | 6 | 1,90 |
| TÉC. LABORATÓRIO | 1 | 1,3 | 4 | 2,8 | 1 | 1 | 6 | 1,90 |
| TÉC. RADIOLOGIA | 0 | 0 | 3 | 2,1 | 0 | 0 | 3 | 0,95 |
| TÉC. SEGURANÇA DO TRABALHO | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3,1 | 3 | 0,95 |
| TÉC./AUX. ENFERMAGEM | **29** | **38,7** | **53** | **36,8** | **37** | **38,1** | **119** | **37,66** |
| TERAPÊUTA OCUPACIONAL | 1 | 1,3 | 2 | 1,4 | 0 | 0 | 3 | 0,95 |
| **TOTAL** | **75** | 100 | **144** | 100 | **97** | 100 | **316** | **100** |

**Fonte:** Planilha sistematizada pela DGTES/ SUPERH/ SESAB, a partir de dados do SIAST/CIEVS/CTA

# Editorial Boletim Informativo COVID-19 – TRABALHADORES DA SAÚDE

Secretaria da Saúde
Fábio Vilas-Bôas

Subsecretaria de Saúde
Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho

Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH)
Janaína Peralta de Souza

Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES)
Bruno Guimarães de Almeida

Coordenação de Saúde e Segurança do Trabalhador (CSST)
Camila Moitinho Bulcão de Aragão

Superintendente de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA)
Rívia Mary Barros

Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP)
Márcia São Pedro Leal Souza

Coordenação de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS)
Ramon da Costa Saavedra

Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso
Monica Hupsel Frank

Referências Técnicas do Centro de Testagem e Atendimento COVID-19 para Trabalhadores da SESAB
Bruno Guimarães de Almeida (DGTES/ SUPERH)
Monica Hupsel Frank (CREASI/ SESAB)

Equipe responsável pela sistematização e Elaboração do Boletim:
Ana Flávia Barros Cruz (DGTES/ SUPERH)
Bruno Guimarães de Almeida (DGTES/ SUPERH)
Luciano de Paula Moura (DGTES/ SUPERH)

Equipe responsável pela disponibilização dos dados:
Alexsandra Oliveira de Cerqueira Magalhães (CREASI/ SESAB)
Ana Claudia Caldas (SIAST Assistencial/ DGTES/ SUPERH)
Bráulio Silva Villares Barral (CREASI/ SESAB)
Danielle Brandão Boulhosa Luna (CPM/ DARH/ SUPERH)
Diógenes Farias de Magalhães (DGTES/ SUPERH)
Flávia Guimarães Simões Santos (CREASI/ SESAB)
Ivânia Silva Pereira (CREASI/ SESAB)
Jordana Maria Sousa Ferreira (CREASI/ SESAB)
Renata Muniz Caires (CREASI/ SESAB)
Ramon da Costa Saavedra (CIEVS/ DIVEPS/ SUVISA/ SESAB)
Referências técnicas dos Serviços de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador da SESAB

Equipe Responsável pela Revisão:
Angélica Araújo de Menezes (DGTES/ SUPERH)
Ana Flávia Barros Cruz (DGTES/ SUPERH)
Bruno Guimarães de Almeida (DGTES/ SUPERH)
Érica Cristina da Silva Bowes (DGTES/ SUPERH)
Luciano de Paula Moura (DGTES/ SUPERH)

Equipe de Monitoramento das informações sobre Trabalhadores de Saúde da SESAB
Aline Maciel São Paulo Paixão (DGTES/ SUPERH)
Ana Cristina Coelho Ramos (DGTES/ SUPERH)
Ana Flávia Barros Cruz (DGTES/ SUPERH)
Angélica Araújo de Menezes (DGTES/ SUPERH)
Bruno Dórea Jaques (DGTES/ SUPERH)
Camila Moitinho Bulcão de Aragão (DGTES/ SUPERH)
Carla Oliveira Bueno Massa (DGTES/ SUPERH)
Damásia Carvalho de Oliveira Fernandes (DGTES/ SUPERH)
Diógenes Farias de Magalhães (DGTES/ SUPERH)
Érica Cristina da Silva Bowes (DGTES/ SUPERH)
Isabela da Silva Caldas Rodrigues (Residente)
Rosana Santos Batista Adorno (DGTES/ SUPERH)
Tiane Silva de Oliveira (DGTES/ SUPERH)
Sulen Lemons Clasen (Residente)

# Boletim Informativo

# COVID-19

# Trabalhadores da Saúde

EDIÇÃO 12 – 24.07.2020

SUS

GOVERNO DO ESTADO | SECRETARIA DA SAÚDE

**SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB**
**SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS - SUPERH**
**SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE – SUVISA**

# BOLETIM INFORMATIVO COVID-19 – TRABALHADORES DA SAÚDE

Nº. 12 – 24/ 07/ 2020

A Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH), por meio da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES), em parceria com a Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA)/ Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP)/ Centro de Informações Estratégicas em Vigilância à Saúde (CIEVS), vem elaborando desde o dia 30 de março de 2020, o Boletim Informativo COVID-19 – Trabalhadores da Saúde, com periodicidade semanal, sendo esta a 12ª edição.

O presente instrumento é parte das ações de monitoramento do "Plano de Contingência COVID-19 para Trabalhadores da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB)", no qual consta no eixo 6: "Orientações para o Enfrentamento da COVID-19", item 6.2: "Orientações aos Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (NUGTES), especialmente por meio dos Serviços de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (SIAST) e Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) para acolhimento dos trabalhadores"; e no eixo 7: "Fluxos e ações de Atenção à Saúde dos Trabalhadores da SESAB no enfrentamento da COVID-19", linhas 7.1 e 7,2, "Assistência à saúde dos trabalhadores" e "Notificação e gerenciamento da informação", respectivamente.

O Boletim tem como objetivo a divulgação de informações para monitoramento da situação de saúde dos trabalhadores, bem como das ações de suporte aos trabalhadores que vêm sendo desenvolvidas pela área de Gestão do Trabalho da SESAB, no esforço coletivo dos NUGTES, representados pelos SIAST locais e Assistencial e GTH, em consonância com a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS Bahia (PEGTES) e a Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS Bahia (PEH). Ademais, visa auxiliar os diversos setores da SESAB no planejamento estratégico de novas ações preventivas a serem desenvolvidas para os trabalhadores da saúde que atuam na linha de frente no combate à COVID-19.

## 1. MONITORAMENTO DOS CASOS SUSPEITOS E CONFIRMADOS DE COVID-19

A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia possui unidades de gestão administrativa, dentre as quais estão às superintendências e suas diretorias, incluindo as áreas de vigilância à saúde, regulação, gestão da rede de atenção integral à saúde, ciência e tecnologia e recursos humanos. Além destas, gere ou participa da gestão de forma direta, indireta, por parcerias público-privadas e consórcios públicos interfederativos, de um número significativo de unidades assistenciais de média e alta complexidade em todo território estadual, às quais estão ligados mais de 40 mil trabalhadores.

### 1.1. Testagem dos trabalhadores da SESAB

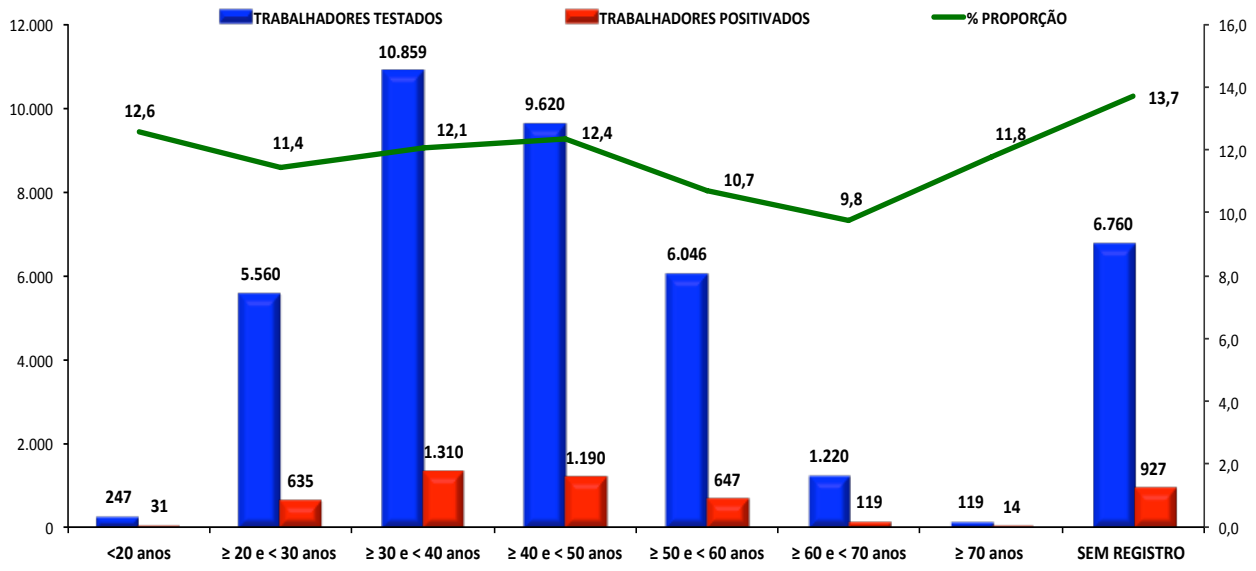
A preocupação com a saúde dos trabalhadores da SESAB e, consequentemente, a necessidade de coletar informações para subsidiar o monitoramento e consolidação das estratégias de enfrentamento à expansão da COVID-19 no cotidiano de trabalho das unidades de saúde estaduais e sedes administrativas, demonstrou a necessidade de monitoramento dos casos sintomáticos e assintomáticos entre esses trabalhadores.

Nesse sentido, de acordo com os dados oriundos de informações sistematizadas pelo CIEVS, a partir de dados e-SUS[1], SIVEP-Gripe[2] e GAL[3]/LACEN-BA[4], e enviados pelos SIAST ou trabalhadores de referência ou Serviços de Saúde Ocupacional/ Recursos Humanos destas unidades, no período de 30 de março a 20 de julho do ano corrente, a **SESAB já realizou 40.431 testes diagnósticos** em seus trabalhadores que atuam na rede estadual, com um **total de 4.872 (12,1%) casos positivos para a infecção pelo Sars-CoV-2**. Em relação às características da força de trabalho, a faixa etária entre aqueles com idade referida e excluindo os "sem registros", com maior número absoluto de testes realizados, foi entre **≥ 30 anos e < 40 anos – 26,7% (10.859).** No entanto, as maiores proporções de positivos encontram-se na faixa etária **< 20 anos, 12,6% e ≥ 40 anos e < 50 anos, 12,4%**, Gráfico 1.

[1]e-SUS Notifica – Sistema disponibilizado pelo Ministério da Saúde que objetiva otimizar a gestão da informação da Vigilância Epidemiológica por meio da informatização do Sistema Único de Saúde (SUS);
[2]SIVEP- Gripe - Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Síndrome Respiratória Aguda Grave;
[3]GAL – O Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) é um sistema informatizado desenvolvido para Laboratórios de Saúde Pública aplicado aos exames e ensaios de amostras de origem humana, animal e ambiental, com padrão nacional, e desenvolvido de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde;
[4]LACEN-BA - Laboratório Central de Saúde Pública Prof. Gonçalo Moniz.

A distribuição do número absoluto de trabalhadores testados e positivados, bem como a proporção de infectados para COVID-19 nas demais faixas etárias podem ser visualizadas no Gráfico 1.

**Gráfico 1: Distribuição de trabalhadores da SESAB, testados, positivados e proporção de positivos para COVID-19 por faixa etária, período entre 30 de março a 20 de julho de 2020. Salvador, Bahia.**



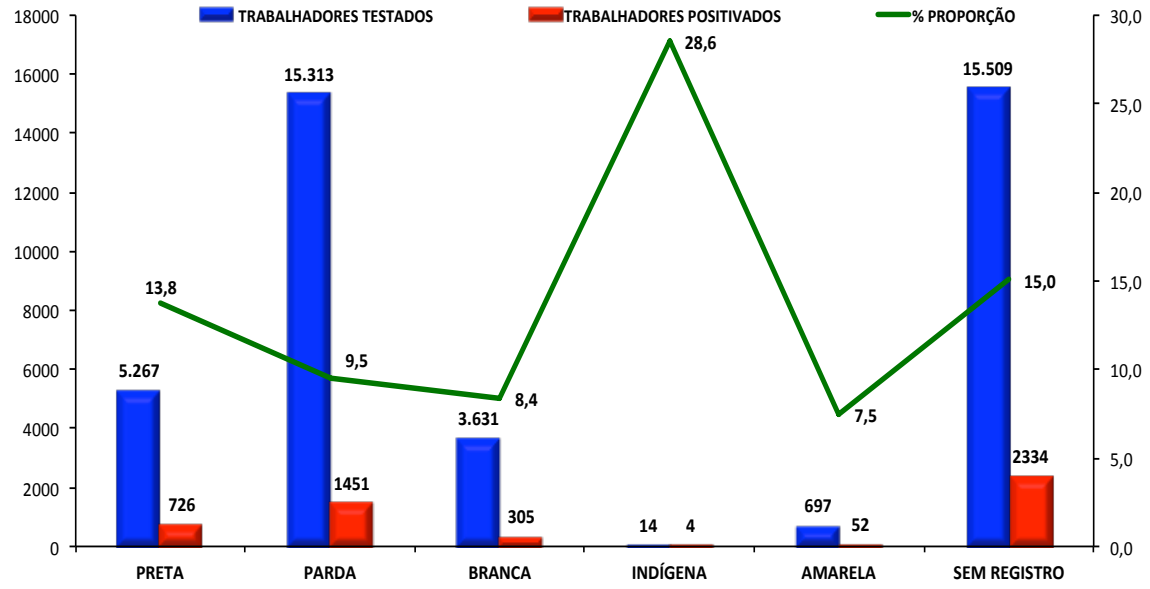

Fonte: SIAST/CTA/CIEVS/SESAB

Considerando a variável **sexo**, o feminino apresenta maior número absoluto entre os testados, **28.755** (71,1%). Todavia, ao ser calculada a proporção de positivos entre os testes realizados e, entre a mesma variável, o maior percentual encontrado foi no sexo masculino com **12,8%**, em comparação ao feminino, **11,8%.**

No quesito **raça/cor**, destaca-se que o registro desta informação foi iniciado a partir do dia 04 de abril, sendo encontradas 24.922 manifestações. Entre as quais houve predominância para autodeclaração de pardos **15.313** (61,4%) e **1.451** (9,5%) entre os positivados. Já o maior percentual de contaminação para COVID-19 foi encontrado entre aqueles que se autodeclaram indígenas, **4** (28,6%)(Gráfico 2).

É importante salientar que, mesmo o instrumento apresentando o campo raça/cor, o percentual de trabalhadores que não declararam essa variável foi significativo, **38,4%** (15.509) entre os testados e **47,8%** (2.334) dos positivados (Gráfico 2).

**Gráfico 2: Total de trabalhadores da SESAB testados e positivados e proporção de positivos para COVID-19 por raça/cor autodeclarada, período de 06 de abril a 20 de julho de 2020. Salvador, Bahia.**




Fonte: SIAST/ CTA/ CIEVS/ SESAB

Na semana de 14 a 20 de julho do ano corrente, foram realizados 2.656 testes (entre as metodologias de isolamento viral ou pesquisa de anticorpos pelo método imunocromatográfico). Assim, a contar de 30 de março deste ano, realizaram-se 40.431 exames para COVID-19 entre os trabalhadores desta Secretaria, com cobertura de testagem ampliada de 76,5% para 82,6% na última semana. Quando se avalia por tipo de gestão, verifica-se que 80% da força de trabalho da gestão direta (GD); 83,1% da gestão indireta (GI) e 87,3% das unidades de gestão administrativa foram testados ao menos uma vez para o SARS-CoV-2.

Ao considerar os serviços assistenciais da GD, o HGESF e a UE Pirajá concluíram a testagem de toda força de trabalho na semana em análise, unindo-se ao IPERBA, CPHS, HEMOBA, CEDEBA, HGPV, CREASI, HEML, HJM, UE Mãe Hilda, CIATOX, HGESF, MAS, CEPRED, HCF, HGI, LERR e HELR que já haviam alcançado esta meta em semanas anteriores, Tabela 1.

Em relação à incidência cumulativa da COVID-19, dentre as unidades sob gestão direta situadas na capital, foram observados índices em elevação no CREASI (25,3%) e CPHS (24,7%), LACEN (17,3%), HJM (16,6%), MAS (16%) e CEDEBA (15,7%). Além destes, HEML (22,4%), UE Pirajá (17,7%) e CEPRED (16,8%) mantêm risco elevado em relação à média geral que é de 10,3%, porém estável em relação ao boletim anterior. No interior, o HGI elevou o risco de adoecimento por COVID-19 entre os trabalhadores de 14,1% para 14,7% nesta semana e o HGPV, de 11,9% para

14,2%, Tabela 1. É importante destacar que estas unidades situam-se em regiões com elevados coeficientes de incidência populacional para COVID-19.

**Tabela 1. Percentual de testes realizados e incidência cumulativa entre trabalhadores das unidades da SESAB sob gestão direta, no período de 30 de março a 20 de julho de 2020. Salvador, Bahia.**

| UNIDADE DE SAÚDE – GESTÃO DIRETA | Período (n) 30/03 a 20/07 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | N. TRAB. | N. TESTES | TESTES (%) | N. POSITIVOS | INCIDÊNCIA CUMULATIVA (%) |
| **Capital e Região Metropolitana** | | | | | |
| HOSPITAL ESPECIALIZADO JULIANO MOREIRA – HJM | 457 | 664 | 145,3 | 76 | 16,6 |
| HOSPITAL ESPECIALIZADO MARIO LEAL – HEML | 196 | 340 | 173,5 | 44 | 22,4 |
| HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTÁVIO MANGABEIRA – HEOM | 823 | 470 | 57,1 | 64 | 7,8 |
| HOSPITAL ANA NERY – HAN | 1.299 | 576 | 44,3 | 159 | 12,2 |
| INSTITUTO COUTO MAIA – ICOM | 1.363 | 656 | 48,1 | 197 | 14,5 |
| HOSPITAL DE CAMPANHA FAZENDÃO – HCF* | 251 | 309 | 123,1 | 28 | 11,2 |
| HOSPITAL GERAL ERNESTO SIMÕES FILHO – HGESF | 1.357 | 1665 | 122,7 | 139 | 10,2 |
| HOSPITAL GERAL DO ESTADO – HGE | 3.793 | 3610 | 95,2 | 443 | 11,7 |
| HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS– HGRS | 4.970 | 3303 | 66,5 | 443 | 8,9 |
| HOSPITAL GERAL MENANDRO DE FARIA – HGMF | 702 | 666 | 94,9 | 64 | 9,1 |
| HOSPITAL GERAL DE CAMAÇARI – HGC | 939 | 784 | 83,5 | 54 | 5,8 |
| UNIDADE DE EMERGÊNCIA MÃE HILDA JITOLU – UE MÃE HILDA | 204 | 289 | 141,7 | 29 | 14,2 |
| UNIDADE DE EMERGÊNCIA CAJAZEIRAS VIII – UE CAJAZEIRA VIII | 195 | 150 | 76,9 | 26 | 13,3 |
| UNIDADE DE EMERGÊNCIA PIRAJÁ – UE PIRAJÁ | 192 | 194 | 101,0 | 34 | 17,7 |
| CENTRO DE PARTO HUMANIZADO DO SUBÚRBIO – CPHS | 223 | 264 | 118,4 | 55 | 24,7 |
| INSTITUTO DE PERINATOLOGIA DA BAHIA – IPERBA | 762 | 908 | 119,2 | 86 | 11,3 |
| MATERNIDADE ALBERT SABIN – MAS | 614 | 687 | 111,9 | 98 | 16,0 |
| MATERNIDADE TSYLLA BALBINO – MTB | 700 | 608 | 86,9 | 50 | 7,1 |
| CENTRO DE ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA – CIATOX | 46 | 63 | 137,0 | 4 | 8,7 |
| CENTRO DE PREV. E REABILITAÇÃO DE DEFICIÊNCIA – CEPRED | 113 | 130 | 115,0 | 19 | 16,8 |
| CENTRO DE REF. EST. DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO – CREASI | 95 | **199** | 209,5 | 24 | 25,3 |
| CENTRO DE TESTAGEM E ATENDIMENTO COVID-19 – CTA | 85 | **49** | 57,6 | 4 | 4,7 |
| CENTRO ESTADUAL DE ONCOLOGIA – CICAN | 385 | 219 | 56,9 | 54 | 14,0 |
| CENTRO EST. DE REF. PARA ASSIST. AO DIABETES E ENDOCRINOLOGIA – CEDEBA | 153 | 176 | 115,0 | 24 | 15,7 |
| CENTRO EST. ESP. EM DIAG. E ASSIST. E PESQUISA – CEDAP | 234 | 197 | 84,2 | 29 | 12,4 |
| FUND. DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DA BAHIA – HEMOBA | 395 | 426 | 107,8 | 39 | 9,9 |
| LAB. CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA PROF. GONÇALO MONIZ – LACEN | 365 | 233 | 63,8 | 63 | 17,3 |
| ABRIGO COVID-19 – EBDA | 118 | 87 | 73,7 | 7 | 5,9 |
| **Total** | **21.029** | **17.922** | **85,2** | **2.356** | **11,2** |
| **Interior** | | | | | |
| HOSPITAL ESPECIALIZADO LOPES RODRIGUES – HELR | 333 | 348 | 104,5 | 27 | 8,1 |
| HOSPITAL GERAL CLÉRISTON ANDRADE – HGCA | 1.676 | 664 | 39,6 | 170 | 10,1 |
| HOSPITAL GERAL DE IPIAÚ – HGI | 354 | 600 | 169,5 | 52 | 14,7 |
| HOSPITAL GERAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA – HGVC | 1.750 | 200 | 11,4 | 55 | 3,1 |
| HOSPITAL GERAL PRADO VALADARES – HGPV | 1.166 | 1262 | 108,2 | 165 | 14,2 |
| HOSPITAL REGIONAL DE GUANAMBI – HRG | 1.014 | 840 | 82,8 | 8 | 0,8 |
| LABORATÓRIO ESTADUAL DE REFERÊNCIA REGIONAL – LERR | 66 | 74 | 112,1 | 4 | 6,1 |
| **Total** | **6359** | **3988** | **62,7** | **481** | **7,6** |
| **TOTAL GERAL** | **27.388** | **21.910** | **80,0** | **2.837** | **10,3** |

* O HCF teve suas atividades encerradas em: 03/07/20.

Fonte: SIAST/CTA/CIEVS/SESAB

Quanto a GI, concluíram a testagem de toda a força de trabalho local nesta semana, o HES, em Santa Rita de Cássia, e a UPA de Jequié, unindo-se ao HCS, UPA Feira de Santana, HEL, HCL e

HMV e HDLEM Porto Seguro, unidades que já haviam alcançado esta meta nas semanas anteriores (Tabela 2).

No que tange ao risco de infecção pelo novo coronavírus no ambiente laboral, a incidência continua elevando-se no HEL, que passou de 27,9% para 29,2% e no HM, de 20,4% para 21%. Manteve-se estável no HCL (19,4%), na capital, e no HRCC, em Ilhéus (23%); risco bastante alto se considerada a média na GI que é de 10,1%.

**Tabela 2. Percentual de testes realizados e incidência cumulativa entre trabalhadores das unidades da SESAB sob gestão indireta, no período de 30 de março a 20 de julho de 2020. Salvador, Bahia.**

| UNIDADE DE SAÚDE – GESTÃO INDIRETA | Período (n) 30/03 a 20/07 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | N. TRAB. | N. TESTES REALIZADOS | TESTADOS (%) | N. POSITIVADOS | INCIDÊNCIA CUMULATIVA (%) |
| **Capital e Região Metropolitana** | | | | | |
| HOSPITAL DE CAMP. ARENA FONTE NOVA – HCFN | 350 | 26 | 7,4 | 17 | 4,9 |
| HOSPITAL ESPANHOL – HE | 743 | 532 | 71,6 | 18 | 2,4 |
| HOSPITAL CARVALHO LUZ – HCL | 186 | 208 | 111,8 | 36 | 19,4 |
| HOSPITAL DA MULHER – HM | 872 | 748 | 85,8 | 183 | 21,0 |
| HOSPITAL DE CAMPANHA DO SUBÚRBIO – HCS | 257 | 263 | 102,3 | 28 | 10,9 |
| HOSPITAL DO SUBÚRBIO – HS | 1800 | 680 | 37,8 | 107 | 5,9 |
| HOSPITAL ELÁDIO LASSÉRRE – HEL | 506 | 541 | 106,9 | 148 | 29,2 |
| HOSPITAL MANOEL VICTORINO – HMV | 575 | 762 | 132,5 | 64 | 11,1 |
| HOSPITAL SANTA CLARA – HSC | 135 | 22 | 16,3 | 9 | 6,7 |
| HOSPITAL RIVERSIDE – HR | 168 | 111 | 66,1 | 12 | 7,1 |
| HOSPITAL GERAL DE ITAPARICA – HG Itaparica | 205 | 175 | 85,4 | 21 | 10,2 |
| UPA CABULA | 283 | 264 | 93,3 | 13 | 4,6 |
| UPA SÃO CAETANO | 93 | 36 | 38,7 | 10 | 10,8 |
| MATERNIDADE DE REF. PROF. JOSÉ MARIA DE MAGALHÃES NETTO – MR | 1531 | 1.024 | 66,9 | 136 | 8,9 |
| PRONTO ATENDIMENTO COVID-19 PARA TRABALHADORES DO SUS | 48 | 34 | 70,8 | 4 | 8,3 |
| **Total** | **7.354** | **5.426** | **73,0** | **806** | **11,0** |
| **Interior** | | | | | |
| HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA – HEC | 1564 | 1.319 | 84,3 | 148 | 9,5 |
| HOSPITAL REGIONAL CASTRO ALVES – HRCA | 123 | 58 | 47,2 | 0 | 0,0 |
| HOSPITAL EURÍDICE SANTANA – HES | 120 | 123 | 102,5 | 0 | 0,0 |
| HOSPITAL REGIONAL COSTA DO CACAU – HRCC | 1215 | 1.121 | 92,3 | 280 | 23,0 |
| HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO – HRJ | 793 | 755 | 95,2 | 68 | 8,6 |
| HOSPITAL REGIONAL DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS – HRSAJ | 837 | 656 | 78,4 | 102 | 12,2 |
| HOSPITAL REG. DEP. LUIS EDUARDO MAGALHÃES – HDLEM MAIRÍ | 152 | 142 | 93,4 | 5 | 3,3 |
| HOSPITAL REG. DEP. LUIS EDUARDO MAGALHÃES – HDLEM-PS | 707 | 795 | 112,4 | 87 | 12,3 |
| HOSPITAL MÁRIO DOURADO SOBRINHO– HMDS | 726 | 666 | 91,7 | 7 | 1,0 |
| HOSPITAL DA CHAPADA – HC | 433 | 383 | 88,5 | 5 | 1,2 |
| HOSPITAL DANTAS BIÃO– HDB | 581 | 462 | 79,5 | 18 | 3,1 |
| HOSPITAL DO OESTE– HO | 1020 | 944 | 92,5 | 44 | 4,3 |
| UPA FEIRA DE SANTANA | 244 | 296 | 121,3 | 34 | 13,9 |
| UPA VITÓRIA DA CONQUISTA | 294 | 250 | 85,0 | 17 | 5,8 |
| UPA IPIAÚ | 60 | 58 | 96,7 | 5 | 8,3 |
| UPA JEQUIÉ | 140 | 144 | 102,9 | 19 | 13,6 |
| **Total** | **9009** | **8172** | **90,7** | **839** | **9,3** |
| **TOTAL GERAL** | **16.363** | **13.598** | **83,1** | **1.625** | **10,1** |

Fonte: SIAST/CTA/CIEVS/SESAB

Referente às unidades de gestão administrativa, a cobertura de testagem aumentou em todas as unidades deste grupo durante esta semana, sendo que os NRS Leste e Centro Leste foram os que mais se aproximaram da totalidade de rastreio para COVID-19 entre seus trabalhadores, alcançando, respectivamente, 92,3% e 84,6%, e aproximando-se do nível central e do NRS Sul que já atingiram a meta nas semanas anteriores.

Quando comparada a incidência acumulada desta semana com a semana anterior, nota-se a tendência de elevação do risco para COVID-19 em sete das dez unidades deste grupo, permanecendo em destaque o NRS Sul, que passou de 17,5% para 18,6% e o NRS Leste, que aumentou o risco de contrair a infecção de 9,1% para 11,4% (Tabela 3).

**Tabela 3. Percentual de testes realizados e incidência cumulativa entre trabalhadores das unidades de gestão administrativa da SESAB, no período de 30 de março a 20 de julho de 2020. Salvador, Bahia.**

| UNIDADE DE GESTÃO ADMINISTRATIVA | N. TRAB. | TESTES REALIZADOS | TESTES (%) | POSITIVADOS | INCIDÊNCIA CUMULATIVA (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| NÍVEL CENTRAL | 3.265 | 3281 | 100,5 | 248 | 7,6 |
| **Núcleos Regionais de Saúde** | | | | | |
| NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE - NRS LESTE | 220 | 203 | 92,3 | 25 | 11,4 |
| NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE - RS CENTRO LESTE | 525 | 444 | 84,6 | 12 | 2,3 |
| NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE – NRS NORTE | 257 | 37 | 14,4 | 7 | 2,7 |
| NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE – NRS CENTRO NORTE | 152 | 112 | 73,7 | 3 | 2,0 |
| NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE – NRS NORDESTE | 151 | 61 | 40,4 | 6 | 4,0 |
| NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE –NRS SUL | 365 | 432 | 118,4 | 68 | 18,6 |
| NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE – NRS SUDOESTE | 298 | 191 | 64,1 | 18 | 6,0 |
| NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE – NRS EXTREMO SUL | 160 | 24 | 15,0 | 2 | 1,3 |
| NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE – NRS OESTE | 245 | 138 | 56,3 | 1 | 0,4 |
| Total | **2.373** | **1.642** | **69,2** | **142** | **8,6** |
| **TOTAL GERAL** | **5.638** | **4.923** | **87,3** | **390** | **7,9** |

Fonte: SIAST/CTA/CIEVS/SESAB

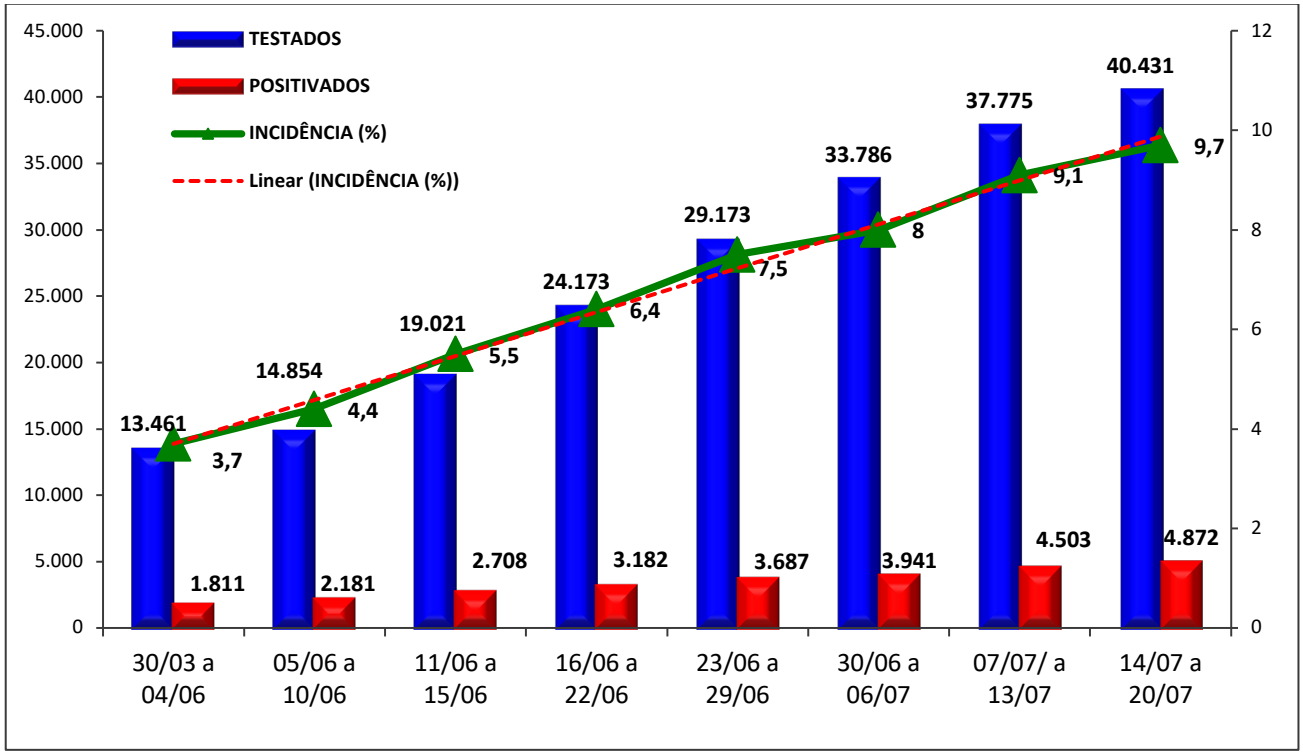
Nesta edição, iniciamos a apresentação de uma série histórica de testagens realizadas e incidência cumulativa da COVID-19 entre a força de trabalho do conjunto de unidades sob gestão direta ou indireta desta Secretaria, com intuito de verificar como estes indicadores vêm se comportando ao longo das semanas epidemiológicas de notificação dos casos suspeitos e confirmados da doença neste público, bem como, subsidiar a gestão para tomada de decisões que se façam necessária.

Nesse sentido, observa-se que a curva representativa do risco de um trabalhador da SESAB adoecer por COVID-19 encontra-se sempre em ascensão no período analisado, tendo a incidência

saltado de 3,7%, no período de 30/03 a 04/06, para 9,7% no último período apresentado (Gráfico 4). Cabe ressaltar que, apesar da extensão do primeiro período, este apresentou um menor risco de adoecimento, quanto às semanas consecutivas. Muito deste cenário se deve a implementação de estratégias de prevenção do contágio, a exemplo da abertura dos Centros de Testagem na capital, interior e unidades de saúde (nesta última, as atividades iniciaram em 01/06), ampliação da capacidade produtiva do LACEN e melhora da notificação de todas as unidades envolvidas na realização de testes diagnósticos.

No entanto, registra-se uma diminuição da velocidade de casos a partir de 23 de junho. Cabe destacar que a existência de picos neste período se constitui um achado esperado. Desta forma, todos os serviços que apresentam risco superior a 9,7% – valor relativo ao conjunto de unidades da SESAB – vêm sendo alvo de revisão de suas estratégias de prevenção com vistas à contenção do risco laboral de adoecer por SARS-CoV-2 (Gráfico 4).

**Gráfico 4. Distribuição de testes realizados, casos confirmados e incidência cumulativa da COVID-19 entre trabalhadores das unidades da SESAB. Bahia, 30 de março à 20 de julho de 2020.**




Fonte: SIAST/CTA/CIEVS/SESAB

Com relação ao **vínculo**, os trabalhadores terceirizados vinculados à SESAB representam a maioria dos testados, **14.287** (35,3%), e dos positivados, 1.997 (41,0%). No entanto, a maior

proporção de confirmados para COVID-19 está entre aqueles que atuam na Secretaria da Saúde e possui vínculo com o Ministério da Saúde, 16,7%, Tabela 4.

**Tabela 4: Total e percentual de trabalhadores da SESAB testados e positivados para COVID-19 por tipo de vínculo, período de 30 de março a 20 de julho de 2020. Salvador, Bahia.**

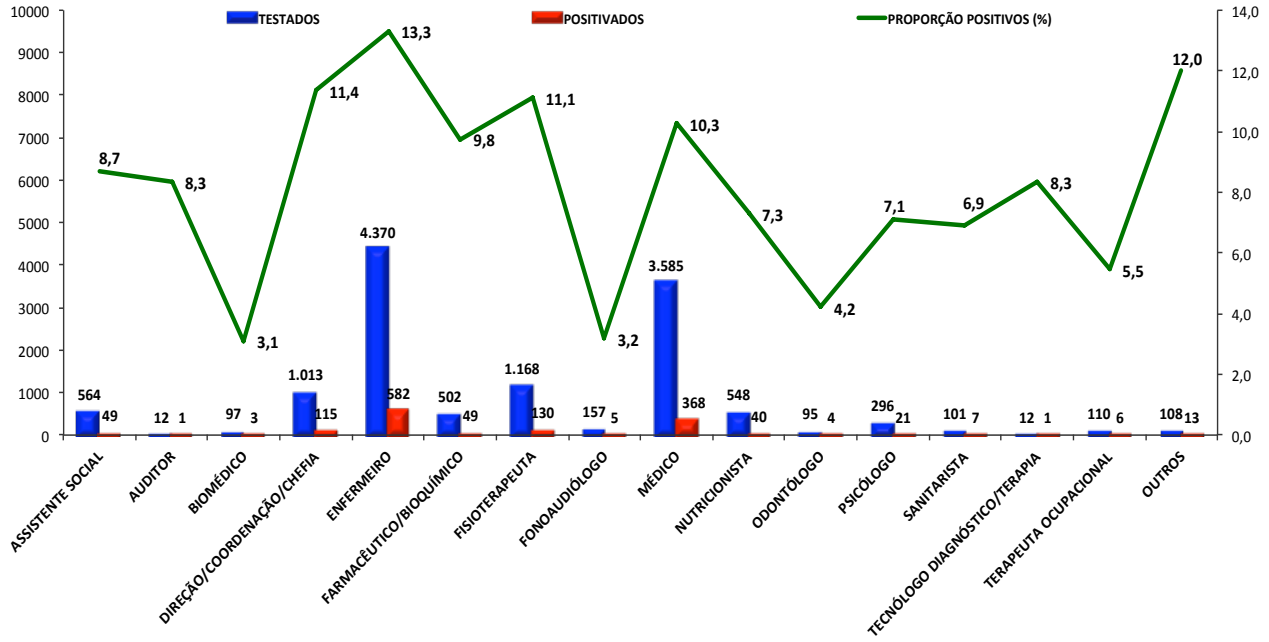
| VÍNCULO | TESTADOS(AS) | POSITIVADOS(AS) | % PROPORÇÃO |
|---|---|---|---|
| MUNICIPAL | 6,0 | 0,0 | 0,0 |
| CLT | 7.319 | 903 | 12,3 |
| PJ | 1.927 | 184 | 9,5 |
| ESTATUTÁRIO | 9.086 | 1.039 | 11,4 |
| TERCEIRIZADO | 14.287 | 1.997 | 14,0 |
| 1º EMPREGO | 721 | 80 | 11,1 |
| RESIDENTE | 329 | 35 | 10,6 |
| VOLUNTÁRIO | 7,0 | 0,0 | 0,0 |
| CARGO | 1.127 | 80 | 6,9 |
| REDA | 78 | 2,0 | 2,6 |
| MINISTÉRIO DA SAÚDE | 36 | 6,0 | 16,7 |
| SEM REGISTRO | 5.508 | 548 | 9,9 |
| **TOTAL** | **40.431** | **4.872** | **12,1** |

Fonte: SIAST/CTA/CIEVS/SESAB

Para análise das categorias profissionais com maiores percentuais de contaminação, a partir desse boletim, dividimos as categorias entre aquelas com exigência de formação de nível universitário e técnico para o exercício do cuidado/atenção e às que exigem apenas nível médio, geralmente as associadas ao suporte/apoio, mas fundamental para que a prestação do cuidado aconteça de maneira adequada e humanizada.

Entre as categorias com exigência de nível universitário, as de maiores proporções de contaminação foram as(os) enfermeiras(os) (13,3%), aqueles que assumem posição de direção/coordenação/chefia nas unidades (11,4%) e os(as) fisioterapeutas (11,1%), Gráfico 5.

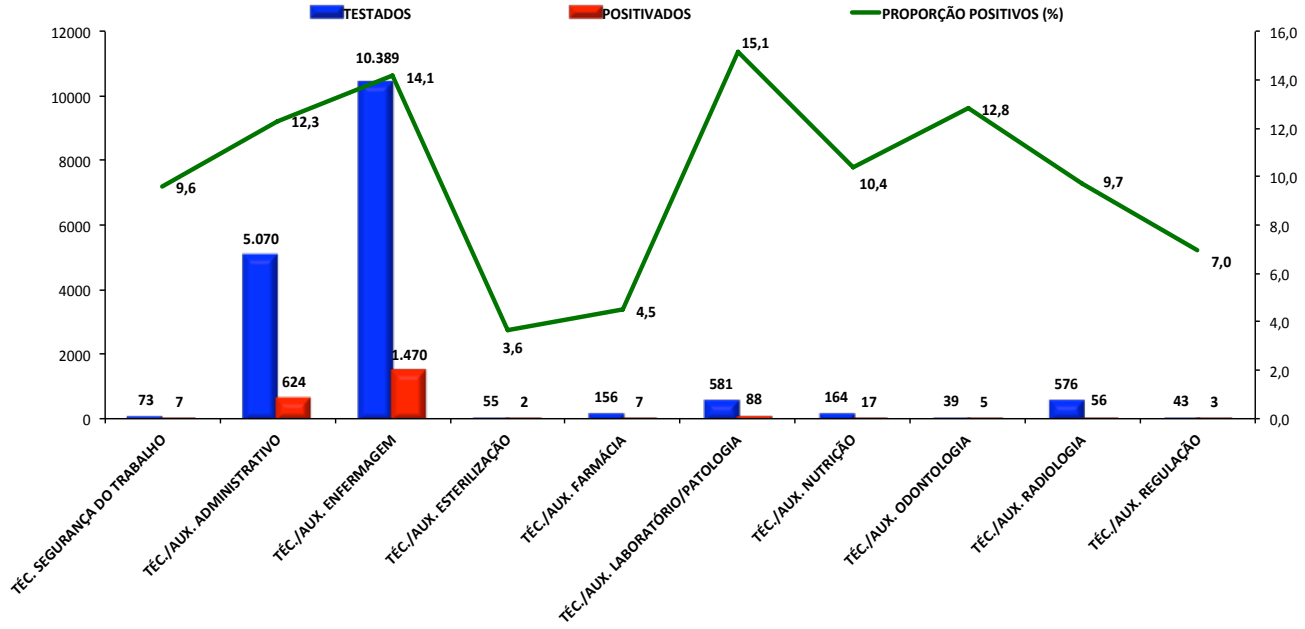
**Gráfico 5: Trabalhadores testados e positivados para COVID-19 por categoria e nível universitário, de 30 de março a 20 de julho de 2020. Salvador, Bahia.**




Fonte: SIAST/CTA/CIEVS/SESAB

Entre as categorias de nível técnico, estão entre as maiores proporções de positivos, os/as técnicos(as)/auxiliares de laboratório/patologia (15,1%), seguidos pelos técnicos(as)/auxiliares de enfermagem, 14,1% e os/as técnicos(as)/auxiliares de odontologia, 12,8%, Gráfico 6.

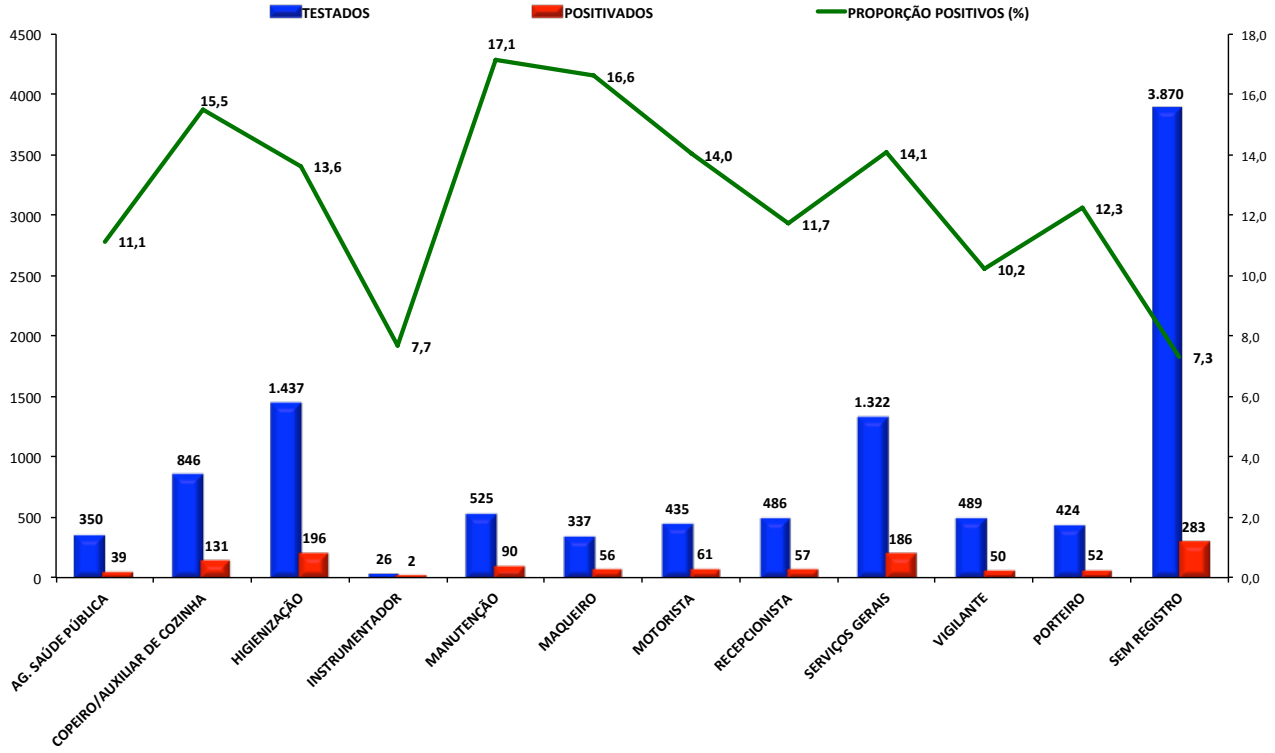
**Gráfico 6: Trabalhadores testados e positivados para COVID-19 por categoria e nível técnico, de 30 de março a 20 de julho de 2020. Salvador, Bahia.**




Fonte: SIAST/ CTA/ CIEVS/ SESAB

Já entre as categorias classificadas como de nível médio para o exercício das atividades, estão os que exercem atividades de manutenção com 17,1%, seguidos pelos maqueiros com 16,6%, os copeiros/auxiliares de cozinha com 15,5%, Gráfico 7.

**Gráfico 7:Trabalhadores testados e positivados para COVID-19 por categoria e nível médio, de 30 de março a 20 de julho de 2020. Salvador, Bahia.**




Fonte: SIAST/ CTA/ CIEVS/ SESAB

Em relação aos trabalhadores positivados para COVID-19, destaca-se que 1.099 são considerados curados e 10 evoluíram a óbito, sendo: 01 auxiliar de regulação (Hospital Geral de Ipiaú), 01 almoxarife (Hospital Geral Ernesto Simões Filho) 01 enfermeiro (Hospital Geral de Camaçari), 01 auxiliar de enfermagem e 01 auxiliar administrativo (Hospital Geral do Estado), 03 médicos, (um do Hospital Geral Prado Valadares, um da Unidade de Emergência de Cajazeiras VIII e um do Hospital Geral Clériston Andrade/ Hospital Geral Ernesto Simões Filho), 01 agente de saúde pública (Núcleo Regional de Saúde Leste) e 01 enfermeira/Diretora Geral (Maternidade Albert Sabin).

### 1.2.Testagem dos trabalhadores das Policlínicas Regionais de Saúde

As Policlínicas Regionais de Saúde, unidades de especialização ambulatorial, implantadas por meio da instituição de consórcios interfederativos formados entre o estado e municípios, após o inicio da pandemia retomaram suas atividades em maio de 2020, a fim de se adequar às normas sanitárias vigentes, garantindo a segurança dos trabalhadores e usuários. As 14 Policlínicas que reiniciaram o funcionamento no Estado, a fim de minimizar os riscos de contágio dos usuários atendidos pelo serviço, adotaram como critério para retorno dos trabalhadores às suas funções, a testagem de toda sua força de trabalho pela modalidade RT-PCR.

Entre os dias 11/05/2020 a 20/07/2020, dos trabalhadores testados, 126 obtiveram resultado positivo para COVID-19, com uma incidência cumulativa de 8,9%. De acordo com a Tabela 5, verifica-se que a Policlínica de Itabuna permanece com a maior incidência de casos, com 29,9% (32) dos trabalhadores testados apresentando resultados positivos para COVID-19. Nesta semana, a Policlínica de Barreiras vem em segundo lugar com incidência de positivados, com 15,1% (16), seguida da Policlínica de Teixeira de Freitas, que permaneceu com 13,2% (12).

**Tabela 5: Trabalhadores testados e positivados para COVID-19 nas Policlínicas Regionais de Saúde, de 11 de maio a 20 de julho de 2020. Salvador, Bahia.**

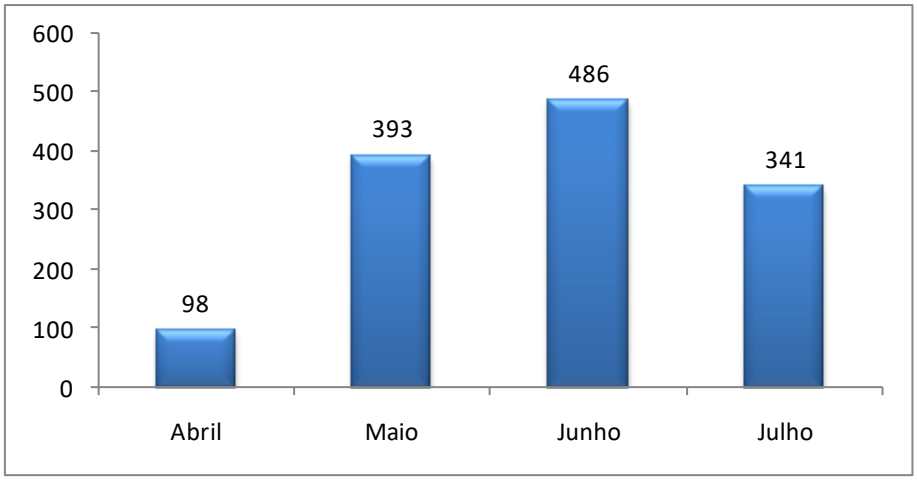
| UNIDADE DE SAÚDE – GESTÃO DIRETA | N. TRAB. | TESTES REALIZADOS | TESTES (%) | POSITIVADOS | INCIDÊNCIA CUMULATIVA (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| ALAGOINHAS | 111 | 105 | 94,6% | 3 | 2,7% |
| BARREIRAS | 106 | 91 | 85,8% | 16 | 15,1% |
| FEIRA DE SANTANA | 126 | 11 | 8,7% | 5 | 4,0% |
| GUANAMBI | 103 | 11 | 10,7% | 11 | 10,7% |
| ITABUNA | 107 | 32 | 29,9% | 32 | 29,9% |
| IRECÊ | 105 | 108 | 102,9% | 3 | 2,9% |
| JACOBINA | 90 | 4 | 4,4% | 4 | 4,4% |
| JUAZEIRO | 101 | 9 | 8,9% | 9 | 8,9% |
| PAULO AFONSO | 84 | 7 | 8,3% | 7 | 8,3% |
| SANTO ANTÔNIO DE JESUS | 100 | 107 | 107,0% | 5 | 5,0% |
| SENHOR DO BONFIM | 82 | 16 | 19,5% | 9 | 11,0% |
| SIMÕES FILHO | 93 | 88 | 94,6% | 7 | 7,5% |
| VITÓRIA DA CONQUISTA | 110 | 102 | 92,7% | 3 | 2,7% |
| TEIXEIRA DE FREITAS | 91 | 76 | 83,5% | 12 | 13,2% |
| **Total** | **1409** | **767** | 54,4% | **126** | 8,9% |

Fonte: Policlínicas/ DGECOP/SAIS

## 2. ACOLHIMENTO PSICOLÓGICO EMERGENCIAL DOS TRABALHADORES DA SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

O Centro de Acolhimento Psicológico Emergencial para Trabalhadores da Saúde no enfrentamento da COVID-19, implantado para contribuir com o cuidado à saúde mental dos trabalhadores, tem ofertado serviços de acolhimento, orientação, primeiros cuidados psicológicos (PCP), plantão psiquiátrico e Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PICS) à distância para este segmento de trabalhadores, desde sua implantação, em 08 de abril até o dia 20 de julho de 2020. Já foram realizados um total de **1.318** atendimentos, conforme pode-se verificar no Gráfico 8.

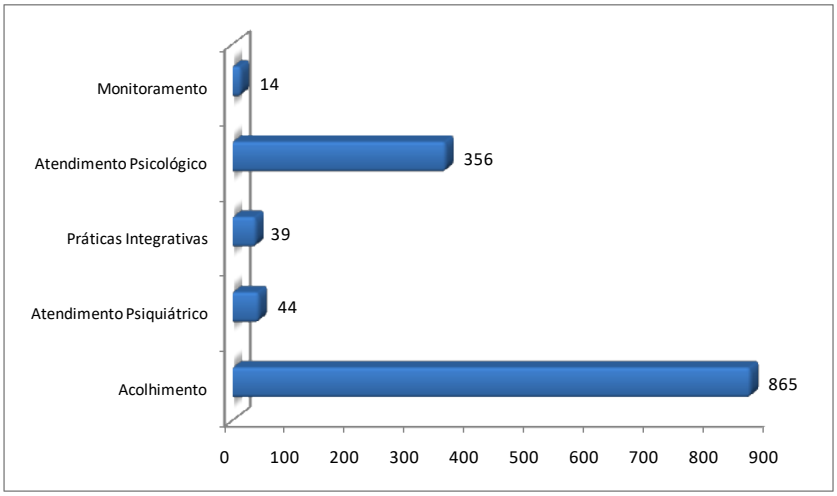
**Gráfico 8: Total de atendimentos realizados no Centro de Acolhimento Psicológico Emergencial para Trabalhadores da Saúde, período de 08 de abril a 20 de julho de 2020. Salvador, Bahia.**




Fonte: Centro de Acolhimento Psicológico Emergencial para Trabalhadores da Saúde/ SESAB, 2020

Entre os serviços ofertados, o mais acionado tem sido o acolhimento pontual/ breve (865), relacionado ao suporte emocional, alívio de tensão e estresse dos trabalhadores; seguido do atendimento psicológico aos profissionais (356), que buscam o serviço em razão de estafa, crise de ansiedade, entre outros, e atendimento psiquiátrico (44) para os trabalhadores que solicitam atendimento por demandas como: ideação suicida e/ou transtornos mentais, a exemplo de depressão, síndrome do pânico, ansiedade generalizada, dentre outros. As Práticas Integrativas à distância, apesar da indicação do Ministério da Saúde para doenças como depressão, ainda são pouco procuradas pelos trabalhadores, no período, foram realizadas 21 atividades. Vale destacar que não houve alteração no quantitativo de atendimentos psiquiátricos há quatro semanas (Gráfico 9).

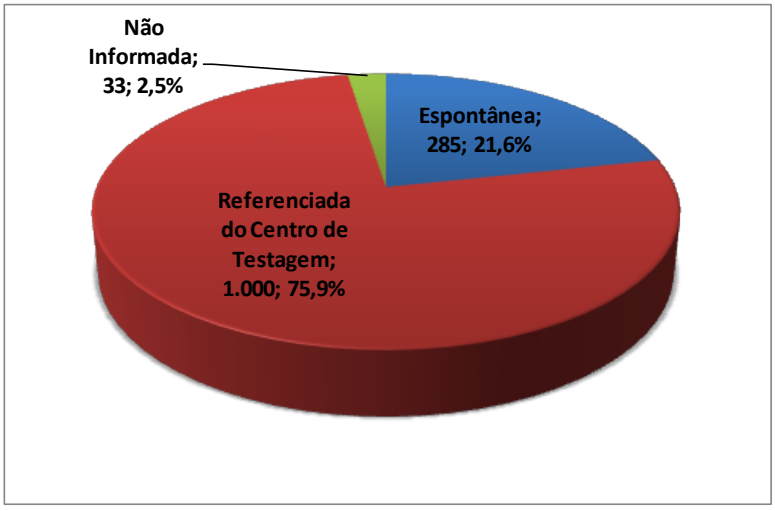
**Gráfico 9: Total de atendimentos realizados no Centro de Acolhimento Psicológico Emergencial para Trabalhadores da Saúde, por tipo de atendimento, período de 08 de abril a 20 de julho de 2020. Salvador, Bahia.**




Fonte: Centro de Acolhimento Psicológico Emergencial para Trabalhadores da Saúde/ SESAB, 2020.

Com relação ao fluxo de chegada da demanda ao Centro, verifica-se que dos **1.318** atendimentos realizados, **1.000** (75,9%) foram referenciados pelo CTA e **285** (22,4%) por demanda espontânea, apenas em **33** (2,5%) casos não há informação (Gráfico 10).

**Gráfico 10: Atendimento por tipo de Demanda, período de 08 de abril a 20 de julho de 2020. Salvador, Bahia.**




Fonte: Centro de Acolhimento Psicológico Emergencial para Trabalhadores da Saúde/ SESAB, 2020.

Ao observarmos a variável categoria profissional averigua-se que as(os) técnicas(os)/ auxiliares de enfermagem figuram em primeiro colocado para todos os tipos de atendimentos ofertados pelo centro com: **192** (22,4%) acolhimentos, 141 (39,6%) atendimentos psicológicos, 15

(34,1%) atendimentos psiquiátricos, 7 (17,9%) práticas integrativas e 4 (28,6%) monitoramentos (Tabela 6).

Ao analisarmos as demais categorias profissionais atendidas no centro verifica-se que, assim como no boletim anterior, os auxiliares administrativos, com 80 (9,2%) teleatendimentos, recepcionistas, 68 (7,9%), e enfermeiras, 61 (7,1%), são, depois das técnicas(os)/auxiliares de enfermagem, os que mais procuram o acolhimento. No atendimento psicológico as três categorias permanecem como as maiores demandantes do serviço, no entanto, com inversão na ordem entre enfermeiras, auxiliares administrativos e recepcionistas com: 31 (8,7%), 30 (8,4%) e 18 (5,1%) sessões à distância, em sequência (Tabela 6).

É importante destacar que, apesar de o centro estar voltado, preferencialmente, para o atendimento de profissionais da saúde percebe-se a utilização por profissionais de outras áreas, a exemplo dos policiais militares com 31 (4,0%) dos acolhimentos, bem como de familiares de trabalhadores que foram a óbito, com 5 acolhimentos até o momento.

É importante destacar que, apesar de não figurarem entre as categorias que mais demandam atendimento no centro de acolhimento, houve um crescimento de 166,0% e 34,1% no número de acolhimentos, nesta semana, para os agentes de portaria e os profissionais de higienização, respectivamente. (Tabela 6).

**Tabela 6: Distribuição dos acolhimentos realizados no Centro de Acolhimento Psicológico Emergencial para Trabalhadores da Saúde, por categoria profissional, período de 08 de abril a 20 de julho de 2020. Salvador, Bahia.**

| CATEGORIA PROFISSIONAL | ACOLHIMENTO | | ATENDIMENTO PSICOLÓGICO | | ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO | | PRÁTICAS INTEGRATIVAS | | MONITORAMENTO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| AGENTE DE PORTARIA | 8 | 0,9% | 6 | 1,7% | - | - | - | - | - | - |
| AGENTE DE SAÚDE | 4 | 0,5% | - | - | - | - | - | - | - | - |
| AGENTE OPERACIONAL | 8 | 0,9% | 1 | 0,3% | 1 | 2,3% | 1 | 2,6% | - | - |
| ALMOXARIFE/AUX. ALMOXARIFADO | 3 | 0,3% | 2 | 0,6% | - | - | - | - | - | - |
| ASS. SOCIAL | 16 | 1,8% | 9 | 2,5% | 6 | 13,6% | 6 | 15,4% | 3 | 21,4% |
| AUX./TÉC. ADM | 80 | 9,2% | 30 | 8,4% | 2 | 4,5% | 2 | 5,1% | - | - |
| AUX./TÉC. DE ENFERMAGEM | 192 | 22,2% | 141 | 39,6% | 15 | 34,1% | 7 | 17,9% | 4 | 28,6% |
| AUXILIAR DE FARMÁCIA | 4 | 0,5% | 1 | 0,3% | - | - | - | - | - | - |
| COORDENADOR(A) | 46 | 5,3% | 5 | 1,4% | 2 | 4,5% | - | - | - | - |
| COPEIRO(A) | 9 | 1,0% | 5 | 1,4% | 1 | 2,3% | - | - | - | - |
| ENFERMEIRO(A) | 61 | 7,1% | 31 | 8,7% | 2 | 4,5% | 3 | 7,7% | 2 | 14,3% |
| FARMACÊUTICO(A) | 7 | 0,8% | 6 | 1,7% | 1 | 2,3% | 1 | 2,6% | - | - |
| FISIOTERAPEUTA | 9 | 1,0% | 11 | 3,1% | 1 | 2,3% | - | - | 2 | 14,3% |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HIGIENIZAÇÃO | 55 | 6,4% | 6 | 1,7% | - | - | 1 | 2,6% | - | - |
| MANUTENÇÃO | 12 | 1,4% | 2 | 0,6% | - | - | - | - | - | - |
| MAQUEIRO | 11 | 1,3% | 4 | 1,1% | - | - | - | - | - | - |
| MÉDICO(A) | 27 | 3,1% | - | - | - | - | - | - | - | - |
| MOTORISTA | 11 | 1,3% | 6 | 1,7% | 2 | 4,5% | - | - | - | - |
| NUTRICIONISTA | 7 | 0,8% | - | - | - | - | 6 | 15,4% | - | - |
| FAMILIAR | 5 | 0,6% | - | - | 1 | 2,3% | - | - | - | - |
| POLICIAL MILITAR | 31 | 3,6% | 5 | 1,4% | 1 | 2,3% | - | - | - | - |
| PSICÓLOGO(A) | 7 | 0,8% | 2 | 0,6% | - | - | - | - | - | - |
| RECEPCIONISTA | 68 | 7,9% | 18 | 5,1% | 2 | 4,5% | 1 | 2,6% | - | - |
| SANITARISTA | 5 | 0,6% | 6 | 1,7% | - | - | 3 | 7,7% | 1 | 7,1% |
| SECRETÁRIA | 2 | 0,2% | 3 | 0,8% | - | - | 6 | 15,4% | 2 | 14,3% |
| TÉC. DE INFORMÁTICA | 4 | 0,5% | - | - | - | - | - | - | - | - |
| TEC. PATOLOGIA/LABORATÓRIO | 13 | 1,5% | 7 | 2,0% | 2 | 4,5% | 1 | 2,6% | - | - |
| TÉC. RADIOLOGIA | 4 | 0,5% | - | - | - | - | - | - | - | - |
| TERAPEUTA OCUPACIONAL | 5 | 0,6% | 4 | 1,1% | 1 | 2,3% | - | - | - | - |
| VIGILANTE | 5 | 0,6% | - | - | - | - | - | - | - | - |
| NÃO INFORMADO | 45 | 5,2% | 33 | 9,3% | 1 | 2,3% | 1 | 2,6% | - | - |
| OUTROS | 101 | 11,7% | 12 | 3,4% | 3 | 6,8% | - | - | - | - |
| **TOTAL GERAL** | **865** | **100,0%** | **356** | **100,0%** | **44** | **100,0%** | **39** | **100,0%** | **14** | **100,0%** |

* O grupo “outros” compõe as categorias profissionais com quantitativo de trabalhadores acolhidos iguais ou menores que 2.
Fonte: Centro de Acolhimento Psicológico Emergencial para Trabalhadores da Saúde/ SESAB, 2020.

É importante destacar que o atendimento psiquiátrico ofertado pelo Centro de Acolhimento Psicológico Emergencial ocorre à distância, através de recursos digitais e/ou contato telefônico. Caso haja necessidade de suporte emergencial presencial, os trabalhadores são direcionados, pela própria equipe do Centro, para as unidades de referência de saúde mental da SESAB em Salvador, quando o trabalhador reside na capital do Estado, e para os NRS, que referenciam os trabalhadores para os serviços de saúde mental dos municípios do Estado.

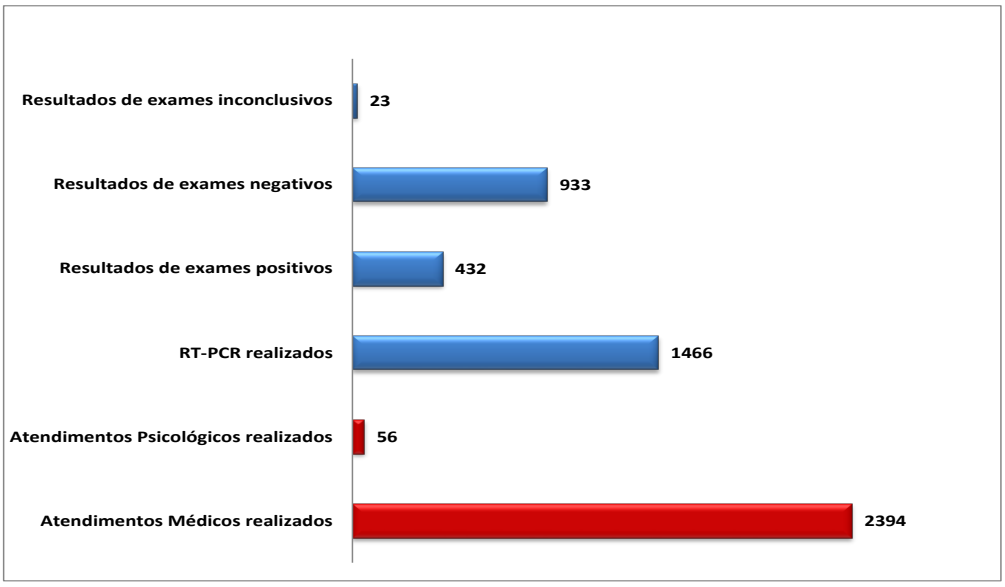
Outro fluxo que também ocorre, frente à necessidade de continuidade do acompanhamento psicológico, é o encaminhamento destes trabalhadores para o Serviço Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador (SIAST) Assistencial, estrutura componente do Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da SESAB (PAIST).

## 3. PRONTO ATENDIMENTO PARA O TRABALHADOR DO SUS

O Pronto Atendimento COVID-19 para Trabalhadores do SUS, Instalado nas dependências da antiga Faculdade Ruy Barbosa, foi implantado com o objetivo de ofertar atendimentos de saúde de complexidade intermediaria para os profissionais que atuam no enfrentamento da COVID-19.

A unidade conta com 48 profissionais, entre médicos, maqueiros, técnicos em enfermagem e psicólogos, e funciona por demanda espontânea, contando com dez leitos, sendo oito de observação e dois de estabilização, com respiradores. No período de 16 a 21 de julho atendeu um total de 259 trabalhadores da saúde, tendo acumulado, desde a sua inauguração, 2.394 (Gráfico 11).

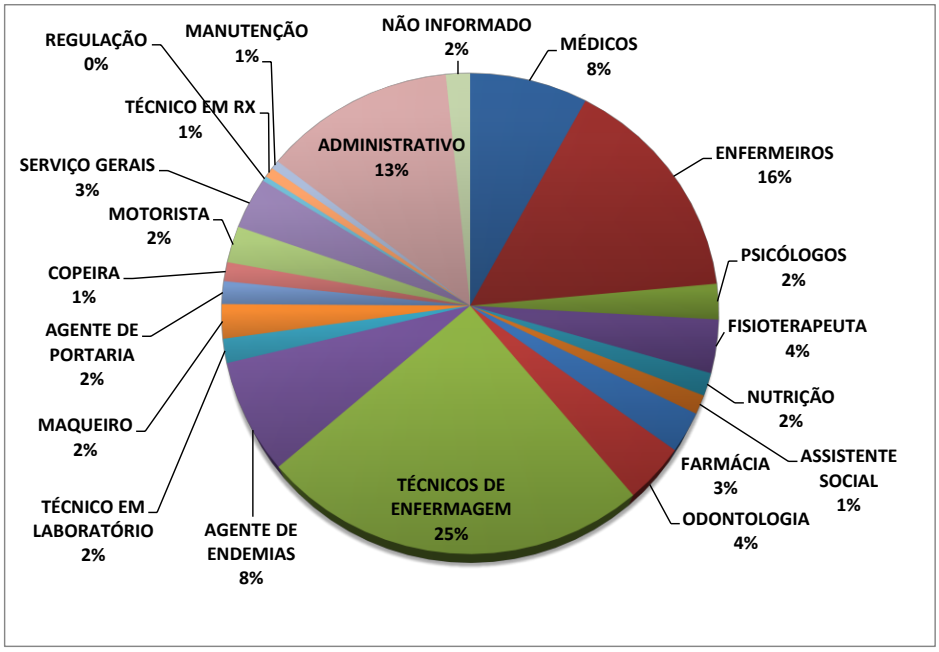
**Gráfico 11: Distribuição dos atendimentos e exames realizados no Pronto Atendimento COVID-19 para Trabalhadores do SUS, período de 16 de julho a 21 de julho de 2020. Salvador, Bahia.**




Fonte: Pronto Atendimento COVID-19 para Trabalhadores do SUS, 2020.

Desde sua implantação até 30 de junho de 2020, observa-se no total de atendimentos realizados, com relação à variável categoria profissional, que as(os) técnicas(os) de enfermagem configuram em primeiro colocado 289 (25%), seguido das enfermeiras(o) 183 (16%) e técnicos/auxiliares administrativos 151 (13%) (Gráfico 12).

**Gráfico 12: Atendimento no Pronto Atendimento, por categoria profissional, período de 09 de junho a 30 de junho de 2020. Salvador, Bahia.**




Fonte: Pronto Atendimento COVID-19 para Trabalhadores do SUS, 2020.

## 4. PRÁTICAS E AÇÕES HUMANIZADORAS PARA VALORIZAÇÃO E CUIDADO DO TRABALHADOR

As ações humanizadoras descritas neste boletim, a fim de disseminar boas práticas de valorização e cuidado do trabalhador, foram desenvolvidas pelos Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) das unidades de saúde e seus parceiros.

O contexto de pandemia requer atenção para promoção do cuidado aos trabalhadores de saúde, pois reconhece que os mesmos estão na linha de frente em situação de exposição e incertezas. Gerenciar o estresse e bem-estar psicossocial é tão importante neste momento quanto cuidar da saúde física.

Nesse sentido, a humanização com seus dispositivos e diretrizes pode contribuir no acolhimento e valorização do trabalhador conforme as Políticas Nacional e Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, em articulação com o Programa de Atenção Integral de Saúde da trabalhadora e do Trabalhador da SESAB (PAIST).

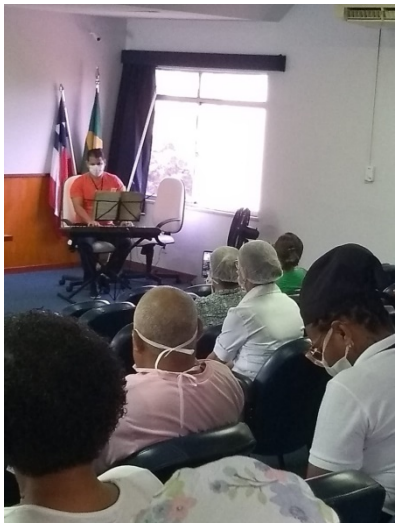
As Políticas de Humanização apostam no processo criativo e inventivo dos sujeitos, reconhecendo seu protagonismo na potência do coletivo para construção de redes de cuidados compartilhados. Desta forma, o GTH das unidades incentiva a adoção dos dispositivos de

humanização nas práticas de saúde com vistas a produzir o “Reencantamento do concreto”: efeito contagiante produzido nos trabalhadores e rompimento com a solidão no enfrentamento das condições adversas de trabalho e de produção de saúde no território (VARELA, 2003)[5].

Assim, prosseguindo com as ações de humanização na rede SUS-BA, o Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP) realizou uma ação para comemorar o dia do amigo, com a utilização do instrumento **Cortina do abraço**(Figuras 1 e 2), apresentação do músico **Maurício Cana Brasil**(Figura 3), profissional de psicologia da unidade, e entrega de cartão com mensagens motivacionais junto com chocolates. Essa ação envolveu 110 trabalhadores deste serviço e foi desenvolvida pelo grupo de trabalho de prevenção ao combate ao Coronavírus.

Essas ações, na perspectiva da humanização, objetivam ampliar a integração entre as equipes e o fortalecimento dos vínculos entre os trabalhadores, a fim de promover o cuidado, as trocas solidárias, o afeto e a participação coletiva na produção de saúde.

**Figura 1, 2 e 3: Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP)**








Fonte: GTH/CEDAP/SESAB

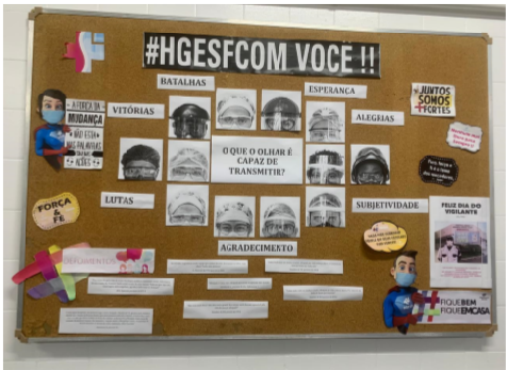
O reconhecimento do protagonismo dos trabalhadores da saúde no enfrentamento da pandemia, como também a sobrecarga física e emocional neste cenário, tem provocado o GTH para organizar um conjunto de estratégias visando à valorização da dimensão subjetiva, o fomento da grupalidade, a ampliação do diálogo e autonomia e prevenção de riscos em articulação com outros atores das unidades de saúde e da rede.

[5]VARELA, F. O reencantamento do concreto. In: PELBART, P. P.; COSTA, R. (Org.) Cadernos de subjetividade: o reencantamento do concreto. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 71-86.

Nesse sentido, o Hospital Geral Ernesto Simões Filho (HGESF) promove a escuta e acolhimento aos trabalhadores em seus locais de trabalho, ofertando espaço para produção de subjetividade e fomento de estratégias de enfrentamento ao novo cenário, essa ação conjunta entre Comissão de Humanização e o serviço de psicologia envolveu 300 trabalhadores da unidade, e produziu peças comunicacionais de estímulo à troca de afetos e valorização (Figuras 4 e 5).

**Figura 4 e 5: Hospital Geral Ernesto Simões Filho (HGESF)**




Fonte: GTH/HGESF/SESAB

O GTH das unidades de saúde têm se dedicado em desenvolver ações de acolhimento visando o suporte emocional dos trabalhadores, considerando a ansiedade, insegurança e vigilância dos sintomas da doença durante a pandemia. Destaca-se que a exposição dos trabalhadores a situações de extrema tensão pode afetar sua saúde mental, seja por situações vivenciadas direta ou indiretamente. De acordo com documentos oficiais, é recorrente o aumento dos sintomas de ansiedade, depressão, perda da qualidade do sono, aumento do uso de drogas lícitas ou ilícitas, sintomas psicossomáticos e medo de se infectarem ou transmitirem a infecção aos membros da família e colegas de trabalho.

Nessa perspectiva, o Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA) estimula adoção de medidas no intuito de promover o bem-estar das equipes de forma regular, de modo a garantir comunicação de boa qualidade e atualizações precisas das informações sobre a COVID – 19, no intuito de atenuar as preocupações e as incertezas que os trabalhadores tenham, proporcionando uma sensação de segurança e proteção.

Assim, o SIAST/CEDEBA organizou um vídeo sobre orientações e dicas para o auto-cuidado do profissional, ofertando serviço da rede para apoio psicológico, a exemplo da Central de Acolhimento Psicológico para Trabalhadores da SESAB no enfrentamento da COVID-19,

compartilhando por aplicativo de mensagem (Figura 6 e 7). Trata-se de uma ação que tem uma capacidade potente de capilarização das informações para os trabalhadores da saúde.

**Figura 6 e 7: Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA)**




Fonte: SIAST/CEDEBA/SESAB

Todas essas estratégias/ações estão em direção de viabilizar a prevenção de riscos e o cuidado, objetivando a promoção da humanização no processo e nas relações de trabalho em saúde, no sentido de reconhecer a importância do trabalhador da saúde no enfrentamento da pandemia da COVID-19, assim como no fortalecimento do SUS-Bahia.

Estratégias de acolhimento para o retorno do trabalhador da saúde às suas atividades laborais, após a recuperação pela COVID-19, não é uma exclusividade dos serviços de saúde estaduais. Diversos GTH de unidades que compõem a rede de humanização do SUS Bahia também tem desenvolvido ações.

Um dos exemplos vem do Hospital Martagão Gesteira (HMG), que organizou uma linha de ação de promoção de cuidado aos profissionais, assim implantou o **Programa de Acolhimento Psicológico aos Colaboradores**, com o objetivo de minimizar os impactos emocionais causados pela pandemia da COVID-19, disponibilizando horários para a realização de acolhimento psicológico aos trabalhadores do hospital.

Essa ação é realizada pelo profissional de psicologia que conduz as sessões de acolhimento, de maneira a proporcionar amparo e alívio de tensão aos profissionais de linha de frente e todos que estão desenvolvendo suas atividades laborativas no Hospital. O acolhimento psicológico é realizado mediante agendamento prévio, individualizado, podendo ocorrer via contato telefônico

ou de maneira presencial, preservando todos os cuidados de distanciamento e higienização preconizados pelas autoridades sanitárias.

Outra ação desenvolvida pelo HMG é o projeto **Nutrindo com afeto,** sob a responsabilidade do serviço de nutrição, que consiste em enviar mensagens de apoio e incentivo junto com as refeições dos trabalhadores dos setores de referência a COVID-19, como forma reconhecimento do profissional.

O município de Jaguaquara-Ba, por meio da Diretoria da Atenção Básica vem realizando o acolhimento, mediante a realização de rodas de conversa com café da manhã, distribuição de mensagens motivacionais e oferta de atendimento de Psicologia disponível na rede.

## 5.ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE ORGANIZADAS PELOS NUGTES DAS UNIDADES DA SESAB

Estratégias de Educação Permanente[6] também têm sido estimuladas nos serviços, a partir das áreas de Educação Permanente que compõem os Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (NUGTES) das unidades de GD da SESAB. Essas estratégias são fundamentais para prevenção de riscos relacionados à COVID-19 e promoção da saúde.

Desta forma, o Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA), em Feira de Santana, através do Centro de Educação Permanente em Saúde (CEPER/HGCA) e do Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento (NUDED/HGCA), está realizando cotidianamente capacitação em serviço e simulação realística para a equipe multiprofissional, de apoio e administrativa da unidade. Atualmente 1.806 profissionais já receberam capacitação para lidar com o Novo Coronavírus, adquirindo o conhecimento sobre prevenção e controle da transmissão (Figuras 8 e 9).

Essa ação envolve toda equipe multiprofissional da unidade, ocorre no auditório, respeitando o distanciamento mínimo e o número de participantes. Os temas abordados são: Fluxos de Atendimento ao Paciente com COVID-19; Manejos aos Resíduos Hospitalares na COVID-19; protocolos do HGCA para COVID-19; uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI); lavagem das mãos; paramentação e desparamentação; oxigenoterapia e intubação em pacientes de COVID-19.

[6]Educação permanente em saúde: Ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde. (Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde / Ministério da Saúde, BRASIL, 2013)

**Figura 8 e 9: Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA)**





Fonte: GTH/HGCA/SESAB

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

**ENDEREÇO ELETRÔNICO DA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB):**

http://www.saude.ba.gov.br/

**PAINEL EPIDEMIOLÓGICO BAHIA - COVID -19:**

https://bi.saude.ba.gov.br/transparencia/

**INFORMAÇÕES SOBRE AÇÕES DA SECRETARIA DA SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19:**

http://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/coronavirus/

**EDIÇÕES ANTERIORES DO BOLETINS INFORMATIVOS COVID-19 – TRABALHADORES DA SAÚDE E DEMAIS AÇÕES RELACIONADAS AOS TRABALHADORES**:

http://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/coronavirus/profissionais-de-saude-covid19/

Secretaria da Saúde
**Fábio Vilas-Bôas**

Subsecretaria de Saúde
**Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho**

Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH)
**Janaína Peralta de Souza**

Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES)
**Bruno Guimarães de Almeida**

Coordenação de Saúde e Segurança do Trabalhador (CSST)
**Camila Moitinho de Aragão Bulcão**

Coordenação de Humanização do Trabalho na Saúde
**Érica Cristina da Silva Bowes**

Superintendente de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA)
**Rívia Mary Barros**

Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP)
**Márcia São Pedro Leal Souza**

Coordenação de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS)
**Ramon da Costa Saavedra**

Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso
**Monica Hupsel Frank**

Referências Técnicas do Centro de Testagem e Atendimento COVID-19 para Trabalhadores da SESAB
**Bruno Guimarães de Almeida** (DGTES/ SUPERH)
**Monica Hupsel Frank** (CREASI/ SESAB)

Equipe responsável pela sistematização e Elaboração do Boletim:
**Ana Flávia Barros Cruz** (DGTES/ SUPERH)
**Angélica Araújo de Menezes** (DGTES/ SUPERH)
**Bruno Guimarães de Almeida** (DGTES/ SUPERH)
**Érica Cristina Silva Bowes** (DGTES/ SUPERH)
**Luciano de Paula Moura** (DGTES/ SUPERH)

Equipe de Comunicação do Boletim
**Efrén de Melo Ferreira** (SUVISA)
**Rejane Cardoso Andrade** (DGTES/ SUPERH)

Equipe responsável pela disponibilização dos dados:

**Alexsandra Oliveira de Cerqueira Magalhães** (CREASI/ SESAB)
**Ana Claudia Caldas** (SIAST Assistencial/ DGTES/ SUPERH)
**Bráulio Silva Villares Barral** (CREASI/ SESAB)
**Danielle Brandão Boulhosa Luna** (CPM/ DARH/ SUPERH)
**Débora Santos de Santana** (SESAB/Pronto Atendimento do Trabalhador do SUS)
**Diógenes Farias de Magalhães** (DGTES/ SUPERH)
**Flávia Guimarães Simões Santos** (CREASI/ SESAB)
**Ivânia Silva Pereira** (CREASI/ SESAB)
**Juliane de Alcântara Guilherme Pereira** (CREASI/ SESAB)
**Renata Muniz Caires** (CREASI/ SESAB)
**Ramon da Costa Saavedra** (CIEVS/ DIVEP/ SUVISA/ SESAB)
Apoiadores dos **Grupos de Trabalho de Humanização** das unidades de saúde
Referências técnicas dos **Serviços de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador** da SESAB

Equipe Responsável pela Revisão:

**Ana Flávia Barros Cruz** (DGTES/ SUPERH)
**Angélica Araújo de Menezes** (DGTES/ SUPERH)
**Bruno Guimarães de Almeida** (DGTES/ SUPERH)
**Camila Moitinho de Aragão Bulcão**(DGTES/ SUPERH)
**Érica Cristina Silva Bowes** (DGTES/ SUPERH)
**Luciano de Paula Moura** (DGTES/ SUPERH)

Equipe de Monitoramento das informações sobre Trabalhadores de Saúde da SESAB:

**Aline Maciel São Paulo Pai**xão (DGTES/ SUPERH)
**Ana Cristina Coelho Ramos** (DGTES/ SUPERH)
**Ana Flávia Barros Cruz** (DGTES/ SUPERH)
**Angélica Araújo de Menezes** (DGTES/ SUPERH)
**Bruno Dórea Jaques** (DGTES/ SUPERH)
**Camila Moitinho de Aragão Bulcão** (DGTES/ SUPERH)
**Carla Oliveira Bueno Massa** (DGTES/ SUPERH)
**Damásia Carvalho de Oliveira Fernandes** (DGTES/ SUPERH)
**Diana Guadalupe Macedo Licona** (DGTES/ SUPERH)
**Diógenes Farias de Magalhães** (DGTES/ SUPERH)
**Érica Cristina Silva Bowes** (DGTES/ SUPERH)
**Isabela da Silva Caldas Rodrigues** (Residente ISC/UFBA)
**Louise Miranda de Sena** (DGTES/ SUPERH)
**Rosana Santos Batista Adorno** (DGTES/ SUPERH)
**Tiane Silva de Oliveira** (DGTES/ SUPERH)
**Suelen LemonsClasen** (Residente ISC/UFBA)

Revista Baiana
de Saúde Pública

# NOTAS TÉCNICAS

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Diretoria de Atenção Especializada – DAE

Salvador, 27 de abril de 2020.

# NOTA TÉCNICA Nº 01

**ASSUNTO: Leitos hospitalares exclusivos para atendimento a COVID 19 no Estado da Bahia.**

## APRESENTAÇÃO

O Plano Estadual de Enfrentamento a COVID 19- Bahia, foi o aprovado pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB-Bahia) em 26 de março de 2020. O documento foi construído por grupo técnico, com a participação de representantes das superintendências e coordenações executivas da SESAB.

No eixo relativo a modelagem assistencial , o Plano Estadual conceitua quatro tipologias de pontos de atenção que integram a rede assistencial, no âmbito da pandemia, que são: (i) PA COVID 19: unidades pré-hospitalares ou hospitalares de média complexidade, com acesso por **demanda espontânea**, para **atendimento exclusivo** a sintomáticos respiratórios para classificação de risco e estabilização de casos graves ate regulação; (ii) Unidade de Referência (UR): unidades hospitalares de média e alta complexidade para ainternação hospitalar de casos COVID-19 de maior gravidade, com acesso totalmente regulado pela Central Estadual de Regulação; (iii) Unidade de Retaguarda COVID 19 (URC): unidades hospitalares ou estruturas temporárias de retaguarda para as UR, para pacientes COVID de menor complexidade; (iv) Unidades de Retaguarda Não COVID 19: unidades hospitalares de média complexidade e/ou alta complexidade, destinadas a absorver pacientes não-COVID, objetivando a desospitalização desses usuários das Unidades de Referência, podendo dispor, ou não de Unidade de Tratamento Intensivo.

O Plano Estadual de Enfrentamento a COVID 19 foi encaminhado ao Ministério da Saúde e as unidades de saúde que integram a rede assistencial, de acordo com as tipologias supracitadas, estão definidas em anexos que são atualizados diariamente.

A partir do dia 1º de abril, em atendimento à dinâmica de acompanhamento estabelecida pelo Ministério da Saúde, relativa à disponibilidade de leitos para pacientes suspeitos ou confirmados para COVID 19, a CIB/BA passou a validar ás segundas, quartas e sextas feiras a situação das Unidades de Referência e Unidades de Retaguarda, com envio da respectiva resolução à DAHU/SAES/MS.

As áreas técnicas da SAIS e da SUREGS acompanham, diariamente, a ativação dos leitos planejados, a partir do credenciamento de unidades hospitalares filantrópicas ou privadas, cadastramento no CNES e solicitação de habilitação de leitos de UTI de unidades sob gestão municipal ou início de funcionamento em unidades da rede própria da SESAB.

Esta Nota Técnica trata da estimativa de necessidade de leitos, da evolução da disponibilidade de leitos para atendimento a COVID, sua distribuição regional frente ao cenário epidemiológico, e análise da oferta de leitos versus incidência de casos positivados.

## 1. QUANTO A ESTIMATIVA DE NECESSIDADES DE LEITOS E EVOLUÇÃO DOS CASOS CONFIRMADOS COVID 19:

Considerando as variáveis e estudos explicidados na primeira nota, encontra-se a seguinte estimativa de necessidades de leitos/mês, para atenção às pessoas com sintomas respiratórios graves, infectadas pelo COVID-19:

| **Estimativa de Necessidade de leitos para atenção ao COVID, por Macrorregião de Saúde - Bahia** | | | |
|---|---|---|---|
| **Macrorregião** | **UTI** | **Leito clínico** | **TOTAL** |
| Leste | 383 | 3.066 | 3449 |
| Centro-Leste | 215 | 1.720 | 1935 |
| Nordeste | 84 | 668 | 752 |
| Centro-Norte | 78 | 626 | 704 |
| Norte | 105 | 838 | 943 |
| Oeste | 91 | 731 | 822 |
| Sudoeste | 171 | 1371 | 1542 |
| Sul | 159 | 1269 | 1428 |
| Extremo-sul | 80 | 640 | 720 |
| **TOTAL** | **1366** | **10.929** | **12.295** |

De acordo com os dados contidos no Boletim Epidemiológico da SUVISA/SESAB, no dia 01 de abril foram 246 casos confirmados de COVID 19 no Estado da Bahia e 02 óbitos. No dia 17 de abril havia 1.064 casos confirmados e 36 óbitos. No último dia 24, já foram notificados 1.979 casos confirmados e 67 óbitos. O gráfico a seguir, demonstra a evolução dos casos e óbitos no Estado, desde a primeira confirmação (06/03):




De acordo com a mesma fonte, em relação aos pacientes internados, temos que, no dia 01/04, havia 33 internados. No dia 17, eram 116 pessoas internadas. No último dia 24, registrou-se 230 pacientes internados em unidades hospitalares, correspondendo a 11,6% dos casos confirmados. Destes, 68 estavam internados em leitos de UTI (3,4%).

## 2. QUANTO A EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS EXCLUSIVOS COVID 19:

No dia 1º de abril, foram informados ao Ministério da Saúde um total de 2.900 leitos planejados para atendimento exclusivo a COVID 19, entre clínicos e de terapia intensiva, adulto e pediátricos, distribuídos entre 45 unidades hospitalares. No dia 17 de abril, o acompanhamento SAIS/SUREGS identificava um total de 2.550 leitos, distribuídos entre 43 unidades hospitalares. Essa redução deveu-se, principalmente a desistência de alguns prestadores privados em ofertar leitos ao SUS, ou pelo não atendimento a critérios mínimos para a implantação de leitos de terapia intensiva, exigindo um esforço na busca de novos prestadores públicos e privados.

Já no dia 24 de abril, o acompanhamento SAIS/SUREGS identificou uma ampliação do previsto na semana anterior (17/04), totalizando a previsão de 2.794 leitos, distribuídos entre 44 unidades hospitalares, conforme demonstrado no quadro a seguir:

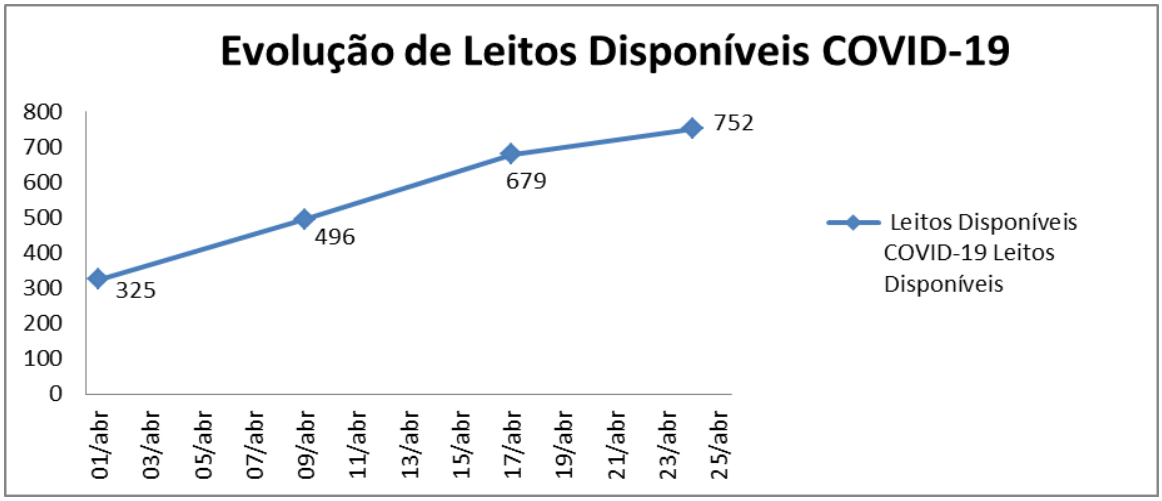
| DATA | Nº HOSPITAIS | LEITOS CLÍNICOS | LEITOS TERAPIA INTENSIVA | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| 01/04 | 45 | 1.564 | 1.336 | **2.900** |
| 17/04 | 43 | 1.326 | 1.224 | **2.550** |
| 24/04 | 44 | 1.463 | 1.331 | **2.794** |

Destaca-se que essa ampliação se deve a estruturação de novos leitos em unidades próprias ou conveniadas com a SESAB, bem como a inserção de hospitais municipais de referência ou retaguarda COVID.

Considerando a metodologia utilizada para o cálculo da necessidade de leitos e o tempo médio de permanência, o número inicial de leitos (2.900) planejados seria suficiente para o atendimento a 880 pacientes. O planejamento atual prevê o atendimento para 867 pacientes.

Em relação à disponibilidade de leitos para o COVID, em 1º de abril, do total de leitos planejados, apenas 11% (325) estavam ativos para a atenção exclusiva ao COVID. No dia 17 de abril, já existiam 679 leitos disponíveis o que representou um aumento de 209% na capacidade instalada.

Após uma semana, no dia 24 de abril, houve o crescimento de 11% dos leitos disponíveis, totalizando 752 leitos, sendo 442 clínicos (adulto e pediátrico) e 310 de terapia intensiva (adulto e pediátrico). Este quantitativo representa a possibilidade de atendimento a pelo menos, 243 pacientes suspeitos ou confirmados. Esta evolução está demonstrada no gráfico a seguir:



## 3. QUANTO A TIPOLOGIA DOS LEITOS:

Considerando os leitos disponíveis e aqueles ainda planejados para ampliação, em 24 de abril, a proporcionalidade entre leitos clínicos e de terapia intensiva, adulto e pediátrico está demonstrado no quadro a seguir:

| TIPO DE LEITO/ ESPECIALIDADE | Disponíveis | Ampliação | Total | Proporção % |
|---|---|---|---|---|
| Clínicos Adulto | 392 | 1021 | 1.413 | 50,6 |
| Clínicos Pediátrico | 50 | 0 | 50 | 1,8 |
| UTI Adulto | 269 | 1021 | 1.290 | 46,1 |
| UTI Pediátrica | 41 | 0 | 41 | 1,5 |
| **TOTAL** | **752** | **2.042** | **2.794** | **100** |

Como pode ser observado, a proporção entre leitos clínicos e de terapia intensiva, considerando o total de leitos que compõem a rede assistencial COVID 19 é de, aproximadamente, um para um. Quanto à proporcionalidade entre leitos adultos e pediátricos, 3,3% (91) são pediátricos.

## 4. QUANTO A DISTRIBUIÇÃO MACRORREGIONAL

A distribuição macrorregional de leitos adulto, ainda tomando por base o planejamento da capacidade instalada de leitos hospitalares no dia 24 de abril, está demonstrada no quadro a seguir:

| MACRORREGIÃO | LEITOS HOSPITALARES COVID 19 ADULTO | | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| | DISPONÍVEIS | | A IMPLANTAR | | |
| | CLÍNICOS | UTI | CLÍNICOS | UTI | |
| Leste | 233 | 155 | 637 | 785 | 1810 |
| Centro-Leste | 0 | 20 | 141 | 65 | 226 |
| Nordeste | 21 | 15 | 10 | 12 | 58 |
| Centro-Norte | 5 | 5 | 110 | 15 | 135 |
| Norte | 29 | 10 | 20 | 10 | 69 |
| Oeste | 10 | 5 | 0 | 45 | 60 |
| Sudoeste | 28 | 20 | 40 | 30 | 118 |
| Sul | 53 | 24 | 56 | 54 | 187 |
| Extremo Sul | 13 | 15 | 7 | 5 | 40 |
| **TOTAL** | **392** | **269** | **1021** | **1021** | **2703** |

No comparativo com a semana anterior, observa-se que houve ampliação de leitos disponíveis clínicos e de UTI nas macro Leste e Sudoeste. Em relação à ampliação, há o planejamento de mais leitos clínicos e UTI nas Macros Sul, Sudoeste e Leste; leitos clínicos na Norte e leitos de UTI na Centro-Leste e Oeste. Na macro Centro-Norte houve redução do planejamento de leitos clínicos (Jacobina). Não houve alteração nas macros Nordeste e Extremo-Sul.

Quanto aos leitos pediátricos, a distribuição macrorregional está demonstrada no quadro a seguir:

| Macrorregião | LEITOS HOSPITALARES COVID 19 PEDIÁTRICOS | |
|---|---|---|
| | DISPONÍVEIS | |
| | CLÍNICOS | UTI |
| Centro-Leste | 20 | 10 |
| Leste | 20 | 27 |
| Sudoeste | 0 | 1 |
| Sul | 10 | 3 |
| **TOTAL** | **50** | **41** |

Em relação aos leitos pediátricos, não houve alteração.

## 5. QUANTO A DISTRIBUIÇÃO MACRORREGIONAL DE ACORDO COM O CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

Embora o planejamento para a ampliação de leitos exclusivos COVID, a princípio, tenha tido como premissa uma distribuição equitativa pelas nove macrorregiões de saúde, o cenário epidemiológico da COVID 19 obriga a uma reavaliação acerca desta distribuição.

Ao estratificarmos os 1.979 casos confirmados na Bahia, pode-se perceber que a distribuição territorial e o crescimento das pessoas infectadas não é uniforme no território baiano.

O quadro a seguir demonstra a razão por território, em que foi calculado o coeficiente de incidência (casos positivados divididos por 100.000 habitantes), bem como o comportamento de cada macrorregião na última semana:

**Erro! Vínculo não válido.**Como pode ser observado as Macrorregiões Leste e Sul têm a maior taxa de casos confirmados, 27,7 e 22,5, respectivamente, seguidas pela Macrorregião Extremo Sul, com uma taxa de casos confirmados de 7,4 por 100.000 habitantes.

Em relação ao percentual de crescimento, verifica-se que todas as macros ampliaram sua incidência acima de 20% na última semana. Ressalta-se que a macro Norte aumentou em aproximadamente 69% dos casos, a Sul, em 55% e a Leste em 48%, necessitando de alerta.

Estas taxas ainda são maiores se estratificarmos por municípios específicos, onde Salvador (Macro Leste), apresenta uma taxa de 42,4 casos confirmados por 100.000 habitantes; Ilhéus e Itabuna (Macrorregião Sul), com taxas de 82,5 e 50,2 respectivamente, e Santa Cruz Cabrália (Macrorregião Extremo Sul), com taxa de 25,2, Estas, são situações preocupantes.

As Macrorregiões Oeste e Centro Norte ainda apresentam uma taxa inferior a 1,0 caso por 100.000 habitantes, mas nesta última, houve crescimento semanal superior a 30% na incidência.

Quando comparamos o percentual de casos confirmados no dia 24 de abril, com o percentual de leitos disponíveis e aqueles a serem implantados, por Macrorregião de Saúde, observamos que existe a necessidade de reavaliação no planejamento, conforme demonstrado no quadro a seguir:

**Erro! Vínculo não válido.**

Considerando a atualização semanal, foi possível observar que ampliou-se o percentual de leitos na macro Sul. Todavia, o número de leitos atualmente contemplados no Plano Estadual de Contingência para a mesma, bem como para a macro Extremo Sul são insuficientes para o atendimento aos casos graves de COVID, mantendo-se o mesmo cenário epidemiológico.

## 6. CONSIDERAÇÕES

- A estimativa do número de leitos necessários ao atendimento exclusivo aos casos de COVID 19 na Bahia considerou um percentual de 10% da população infectada. Até o dia 24 de abril, o percentual de casos confirmados era muito inferior (0,012%), pela impossibilidade de testagem em massa na população. No que diz respeito ao percentual estimado para internação

hospitalar, os dados demonstram assertividade: 11% dos casos confirmados necessitaram de internação hospitalar, sendo 3,4% em leitos de UTI.

- O número total de leitos exclusivo COVID, de acordo com o Plano de Contingência Estadual, atualizado em 24 de abril (2.794), corresponde a 23% da necessidade estimada para o Estado da Bahia (12.295). Torna-se necessário buscar novas unidades hospitalares em condições de ofertar leitos exclusivos para o atendimento aos casos de COVID 19, ou identificar estratégias para desospitalizar pacientes internados em unidades de maior porte ampliando a capacidade instalada para pacientes COVID.

- Do número total de leitos planejados (2.794), apenas 27% (752) estavam disponíveis para a Central Estadual de Regulação em 24 de abril. Necessário agilizar obras de implantação de hospitais de campanha ou de adequações em unidades hospitalares convencionais, além de identificar possíveis unidades não integrantes do Plano de Contingência que disponham de respiradores mecânicos ociosos para empréstimo as unidades já em condições de funcionamento que apenas dependem desse equipamento

- A proporção entre leitos clínicos e leitos de terapia intensiva planejados (52,4% e 47,6% respectivamente), não corresponde ao estimado como necessário (89% e 11% respectivamente). Sugere-se revisar o planejamento visando ampliar o número de leitos clínicos. Ressalta-se que do número de leitos de UTI estimados como necessário para o Estado (1.366), já estão planejados (992). Diferente é a situação dos leitos clínicos que, dos 10.929 estimados como necessários, apenas 822 estão planejados. Sugere-se que não sejam mais consideradas, para efeito de ampliação da rede hospitalar, nenhuma proporção entre leito de UTI e leito clínico inferior a 1/5.

- A distribuição macrorregional de leitos não está alinhada ao cenário epidemiológico. Existe a necessidade de ampliação do número de leitos planejados para as macrorregiões Sul e Extremo Sul.

- A Macrorregião Sul tem uma estimativa de necessidade de 159 leitos de UTI e 1.269 leitos clínicos. De acordo com o Plano de Contingência Estadual, estão planejados 81 leitos de UTI e

119 leitos clínicos. Destes, estão disponíveis 53% (63) dos clínicos e 50% (27) dos leitos de UTI. Considerando o cenário epidemiológico é urgente a adoção de medidas visando a ampliação da atual capacidade instalada, entre estas: (i) efetivar os leitos do Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães, em Itabuna, com a disponibilização de 10 leitos de UTI e 38 leitos clínicos, inserido no anexo do Plano de Contingência Estadual; (ii) o funcionamento de 09 leitos de UTI do Hospital de Ilhéus que depende apenas de ventiladores mecânicos; (iii) avaliar a situação do Hospital Costa do Cacau que tem 30 leitos de UTI planejados para entrar em funcionamento após adequação da área física, porém sem oferta de leitos clínicos.

- A Macrorregião Extremo Sul tem uma estimativa de necessidade de 80 leitos de UTI e 640 clínicos. De acordo com o Plano de Contingência Estadual, estão planejados 20 leitos de UTI e apenas 20 leitos clínicos. Destes, estão disponíveis 15 leitos de UTI (10 no Hospital Deputado Luís Eduardo Magalhães, em Porto Seguro e 05 no Hospital Municipal de Teixeira de Freitas) e, apenas 13 leitos clínicos. Está programada a implantação de um Hospital de Campanha em Teixeira de Freitas, porém sem até o momento, haver informações quanto ao número de leitos, além da oferta de leitos em Eunápolis, cuja inserção no Plano Estadual de Contingência depende da oficialização pela Secretaria Municipal.

- A Macrorregião Leste tem uma estimativa de necessidade de 383 leitos de UTI e 3.066 clínicos. De acordo com o Plano de Contingência Estadual, estão planejados 940 leitos de UTI e apenas 870 leitos clínicos. Destes, estão disponíveis 155 leitos de UTI (16,5%) e 233 leitos clínicos (26,8%). Além destes, conta com 47 leitos de pediatria, sendo 20 clínicos e 27 de UTI pediátrica. Nesta perspectiva, sugere-se uma revisão quanto a proporcionalidade de leitos, além da necessidade de início de funcionamento dos hospitais de campanha.

- As demais macrorregiões de saúde, considerando o cenário epidemiológico, devem ser alvo de avaliações semanais quanto à disponibilidade dos leitos atualmente planejados.

Alcina Romero

Diretora DAE

Salvador, 23 de dezembro de 2020.

# NOTA TÉCNICA Nº 19

Este documento visa à atualização do contexto hospitalar para atenção às pessoas suspeitas ou confirmadas de infecção pelo COVID-19. Vale relembrar que o Plano Estadual de Enfrentamento a COVID 19- Bahia foi o aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB-Bahia) em 26 de março de 2020.

No eixo relativo à modelagem assistencial, o Plano conceitua seis tipologias de pontos de atenção que integram a rede, no âmbito da pandemia, que são: (i) Centro de Atendimento ao COVID; (ii) PA COVID; (iii) Unidade de Referência (UR); (iv) Unidade de Retaguarda COVID (URC); (v) Unidade de Retaguarda não-COVID; (vi) Hospitais Filantrópicos na Rede COVID.

Este Plano foi encaminhado ao Ministério da Saúde e as unidades de saúde que integram a rede assistencial estão definidas em anexos que são atualizados periodicamente, sendo validadas pela CIB/BA, com envio da respectiva resolução à DAHU/SAES/MS.

Por fim, esta Nota Técnica trata da estimativa de necessidade de leitos, da evolução da disponibilidade de leitos para atendimento a COVID-19, sua distribuição regional frente ao cenário epidemiológico, e análise da oferta de leitos versus incidência de casos positivados.

## 1. QUANTO À ESTIMATIVA DE NECESSIDADES DE LEITOS E EVOLUÇÃO DOS CASOS CONFIRMADOS COVID 19:

A COAH tem trabalhado na atualização da necessidade de leitos, de acordo com estudos disponíveis, customizados a partir de dados locais, publicizados nos Boletins Epidemiológicos.

De acordo com as variáveis: (i) a projeção de 1% da população baiana infectada, (ii) o crescimento médio diário de 7% em novos casos de infecção, (iii) a necessidade de internação em 15% dos casos confirmados, sendo 7% em UTI e 8% em leitos clínicos, (iv) o tempo médio de permanência de 07 dias na UTI e 14 dias em leitos clínicos (parâmetros OMS), (v) tempo médio de duplicação da epidemia de 5,1 dias, e, (vi) disponibilidade de leitos para o COVID, estimou-se a necessidade de **4.125 leitos exclusivos COVID para a Bahia**, distribuídos em 2.455 clínicos e 1.670 de UTI.

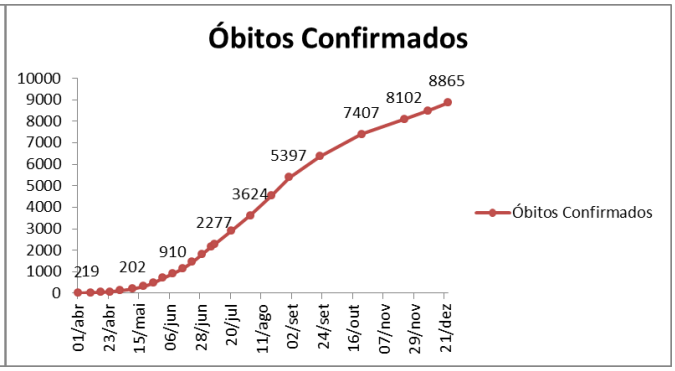
Vale ressaltar que a última atualização da matriz calculadora contendo as variáveis utilizadas foi feita no mês de julho, diante de um cenário epidemiológico de crescimento de casos, semelhante ao atual.Abaixo, apresenta-se a estimativa de leitos, por macrorregião:

| Estimativa de Necessidade de leitos para atenção aCOVID, por Macrorregião de Saúde - Bahia | | | |
|---|---|---|---|
| **Macrorregião** | **UTI** | **Leito clínico** | **TOTAL** |
| Leste | 735 | 964 | 1699 |
| Centro-Leste | 167 | 249 | 416 |
| Nordeste | 62 | 106 | 168 |
| Centro-Norte | 50 | 77 | 127 |
| Norte | 91 | 144 | 235 |
| Oeste | 110 | 187 | 297 |
| Sudoeste | 177 | 293 | 470 |
| Sul | 192 | 298 | 490 |
| Extremo-Sul | 86 | 137 | 223 |
| **TOTAL** | **1670** | **2455** | **4125** |

Salienta-se que a calculadora está disponível na Coordenação de Atenção Hospitalar e poderá ser encaminhada, caso necessário, para subsidiar no planejamento das ações COVID.

Segundo os dados contidos no Boletim Epidemiológico da SUVISA/SESAB, no dia 05 de abril, 01 mês após a notificação do 1º caso no Estado, foram confirmados 246 casos de COVID 19 e 09 óbitos na Bahia. A evolução de casos e óbitos, a partir da identificação do 1º caso, está demonstrada nos gráficos a seguir:




Nos últimos 15 dias, entre 09 e 22 de dezembro,os dados demonstram um **crescimento de 9,8%dos casos confirmados**. Observa-se uma acentuação na tendência da curva de crescimento. Em relação aos **óbitos**, no mesmo período, nota-se um aumento de 4,2%.

## 2. REDE ASSISTENCIAL COVID-19

- **PA-COVID:**

Os PA COVID-19 são unidades pré-hospitalares ou hospitalares de média complexidade, de abrangência locorregional, com acesso por demanda espontânea, para atendimento exclusivo a sintomáticos respiratórios.

No momento existem 15 serviços em funcionamento. Não houve estruturação de novos serviços no último período estudado, conforme ilustrado na tabela a seguir:

| PRONTO-ATENDIMENTO EXCLUSIVO COVID 19 -BA | | | |
|---|---|---|---|
| **MACRORREGIÃO** | **MUNICÍPIO** | **CNES** | **EAS** |
| **LESTE** | LAURO DE FREITAS | 112615 | Pronto Atendimento Santo Amaro de Ipitanga |
| | CRUZ DAS ALMAS | 185213 | Centro de AtendimentoCOVID 19 |
| **CENTRO-LESTE** | CONCEIÇÃO DO COITÉ | 112119 | PA Especializado COVID-19 |
| | ITABERABA | 149349 | Unidade de Pronto Atendimento* |
| | TUCANO | 134589 | UPA 24 HORAS |
| **NORDESTE** | ALAGOINHAS | 133965 | UPA 24 HORAS |
| | ESPLANADA | 9753842 | PRONTO ATENDIMENTO DO PALAME |
| **NORTE** | PAULO AFONSO | 9442693 | UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO TIPO II |
| **CENTRO-NORTE** | IRECÊ | 2532638 | Hospital Municipal Josefa Sobral |
| | MORRO DO CHAPÉU | 219665 | Unidade de pronto atendimento Tolentino Oliveira Guimarães |
| **OESTE** | BARREIRAS | 2659069 | Hospital Municipal Eurico Dutra |
| **SUDOESTE** | BRUMADO | 149152 | UPA 24 HORAS |
| **SUL** | CAMACAN | 2602644 | HOSPITAL AMEC |
| | JEQUIÉ | 2494930 | Hospital São Vicente |
| **EXTREMO SUL** | PORTO SEGURO | 7077149 | UPA FREI CALIXTO |

## 3. QUANTO A EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS EXCLUSIVOS COVID 19, EM UNIDADES DE REFERÊNCIA E RETAGUARDA, E SUA OCUPAÇÃO:

No dia 1º de abril, foi informado ao Ministério da Saúde um total de 2.900 leitos planejados para atendimento exclusivo a COVID-19, entre clínicos e de terapia intensiva, adulto e pediátrico, distribuídos entre 45 unidades hospitalares. Estes leitos foram implementados conforme avanço da pandemia, encontrando-se no mês de agosto o maior número de leitos ativos.

Neste contexto, até o dia 23 de dezembro, o acompanhamento SAIS/SUREGS identificou um total de **1.989 leitos ativos**, distribuídos entre 54 unidades hospitalares, conforme demonstrado no quadro a seguir:

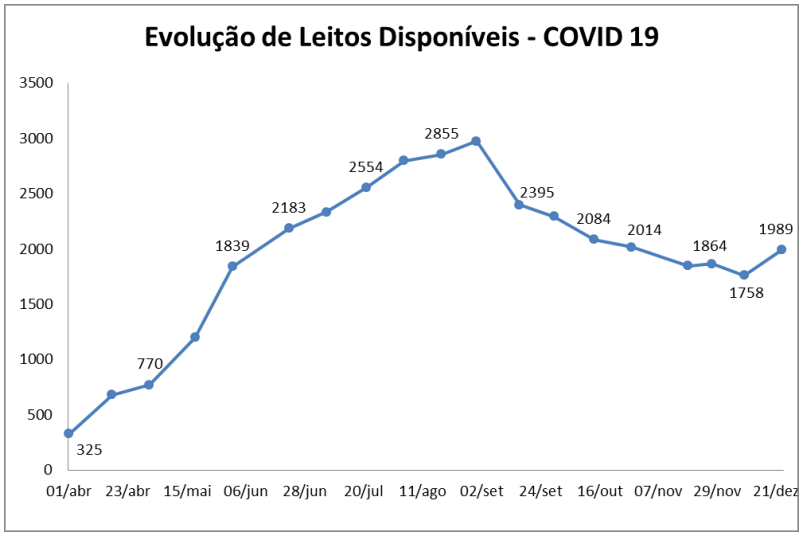
| Implementação dos leitos COVID-19, Bahia | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **DATA** | **Nº HOSPITAIS** | **LEITOS CLÍNICOS** | **LEITOS UTI** | **TOTAL** |
| 01/04 | 45 | 1.564 | 1.336 | **2.900** |
| 07/07 | 60 | 1.839 | 1.309 | **3.158** |
| 20/07 | 61 | 1.924 | 1.344 | **3.293** |
| 03/08 | 63 | 1.936 | 1.417 | **3.378** |
| 18/08 | 66 | 1.956 | 1.437 | **3.433** |
| 31/08 | 66 | 1.948 | 1.422 | **3.435** |
| 22/09 | 70 | 1.472 | 1.233 | **2.792** |
| 09/11 | 49 | 1.073 | 854 | **1.927** |
| 18/11 | 49 | 1.013 | 834 | **1.847** |
| 09/12 | 55 | 912 | 846 | **1.758** |
| 23/12 | 54 | 1.024 | 965 | **1.989** |

Fonte: Rede/tipologia DAE. 23/12/20

A partir de setembro, diante do cenário de queda nos índices de infecção pelo novo Coronavírus, iniciou-se o processo de desmobilização de tais leitos. Assim, foram desmobilizados um total de 907 leitos, sendo 548 leitos clínicos e 359 leitos de UTI, com destaque para o Hospital de Campanha COVID-19 Fonte Nova, estrutura temporária que dispunha de 180 leitos (100 clínicos e 80 de UTI), 100% desativado.

Entretanto, a partir de dezembro, observou-se um aumento progressivo do número de casos, e fez-se necessário planejar a reabertura de leitos exclusivos. Diante disto, até o dia 23/12, estava planejada a remobilização gradual de 182 leitos exclusivos, sendo 63 clínicos e 119 de UTI, que ocorrerá conforme o cenário epidemiológico apresentado.

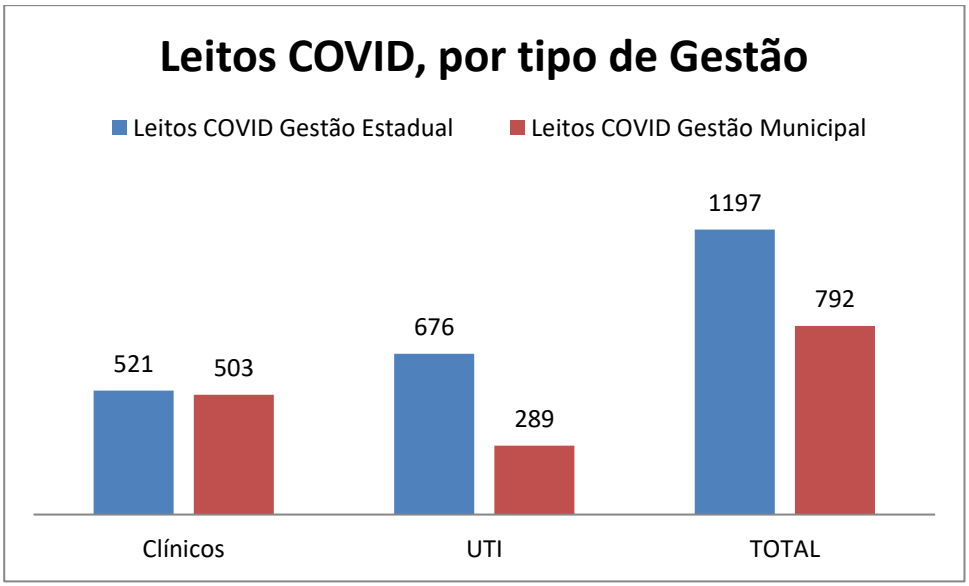
A variação no número de leitos disponíveis está demonstrada no gráfico a seguir:




Fonte: Rede/tipologia DAE. Monitoramento COAH/DAE. 23/12/20.

## 4. QUANTO AO TIPO DE GESTÃO DOS LEITOS COVID-19

Dos 1.989 leitos ativos, 1.197 estão sob gestão estadual (Unidades Próprias ou contratualizadas SESAB) e 792 estão sob gestão dos municípios. Assim, observa-se que a **gestão estadual** corresponde a 70% dos leitos de UTI ativos e 50,9% dos leitos clínicos ativos, conforme gráfico abaixo:

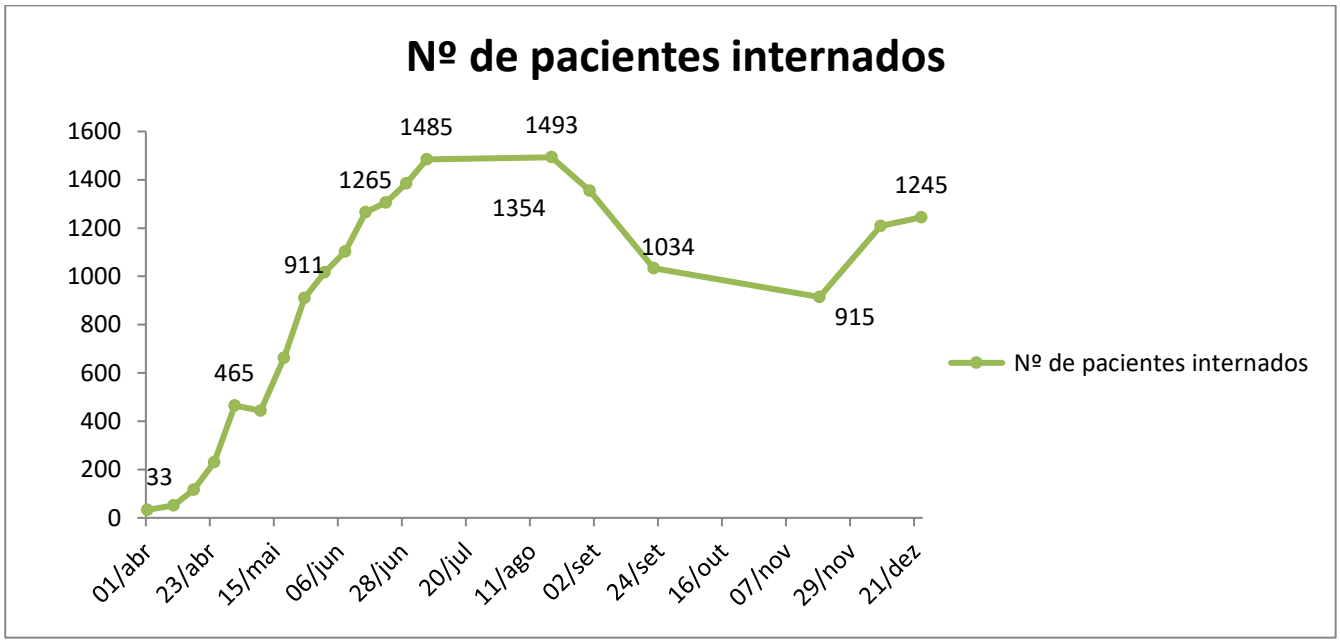



Fonte: Rede/tipologia DAE. 23/12/20

## 5. QUANTO À EVOLUÇÃO DAS INTERNAÇÕES E TAXA DE OCUPAÇÃO

Em específico à evolução das internações por COVID-19, de acordo com o monitoramento da Central de Comando e Controle da SESAB, no dia23 de dezembro havia **1.245 pessoas internadas**, sendo destas 741 em UTI Adulto. No período estudado, houve **aumento de 3% no índice de internações**, em relação ao informado na última Nota Técnica elaborada, com o acréscimo de 37 pessoas internadas.

Quanto à taxa de ocupação dos leitos, no dia 23/12 encontrou-se uma TOH geral de 51% em leitos clínicos adulto e pediátricos, e 77% em leitos de UTI adulto e pediátricos. Nota-se um discreto aumento de 1% na taxa de ocupação em leitos de UTI, ao passo que os leitos que envolvem atendimento clínico obtiveram uma redução de 4%. Ressalta-se que a abertura de novos leitos tiveram impacto sobre a TOH. O gráfico a seguir demonstra a evolução das internações por COVID-19:




Conforme quadro acima, observa-se o início da mudança no comportamento da linha descendente de pacientes internados, que aponta para uma ascensão da curva de tendência.

Adicionalmente, nota-se que as taxas de ocupação têm se comportado diferente nas Macrorregiões de Saúde. Segundo o monitoramento do dia 23 de dezembro, encontrou-se o seguinte cenário:

| MACRORREGIÃO | TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR - LEITOS COVID 19 (%)* | | | |
|---|---|---|---|---|
| | CLÍNICOS | | UTI | |
| | ADULTO | PED | ADULTO | PED |
| Leste | 64% | 70% | 73% | 66% |
| Centro-Leste | 54% | - | 90% | 60% |
| Nordeste | - | - | 75% | - |
| Centro-Norte | 26% | - | 85% | - |
| Norte | 21% | - | 70% | - |
| Oeste | 22% | - | 70% | - |
| Sudoeste | 44% | - | 78% | - |
| Sul | 53% | 40% | 82% | - |
| Extremo Sul | 20% | | 82% | - |

* Para cálculo da TOH, considerou-se os dados disponibilizados pela Central Integrada de Comando e Controle da Saúde.

Observou-se que, a despeito da remobilização, os leitos de UTI sustentam TOH elevada, a partir de 70% em todas as Macrorregiões. Ressalta-se que a macro Centro Leste apresentou a maior ocupação do período. Em relação aos leitos clínicos, a macro Leste demonstrou redução importante, de 85% para 64% no período.

Quanto aos leitos pediátricos, houve redução discreta na ocupação dos leitos clínicos da macro Leste. Na Macro Sul, despontam com 40% de TOH. Já os leitos de UTI não apresentaram mudanças significativas na Macro Leste, ao passo que na Centro Leste, chegaram a 60%.

## 6. QUANTO A INCIDÊNCIA MACRORREGIONAL, A DISPONIBILIDADE DE LEITOS E MAPEAMENTO DOS ÓBITOS, SEGUNDO CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

O cenário epidemiológico da COVID-19 requer avaliação frequente acerca do planejamento das ações. Ao estratificarmos os 467.126 casos confirmados, no dia 22/12, na Bahia, pôde-se perceber que a distribuição e o crescimento de pessoas infectadas não é uniforme no território baiano. O quadro a seguir demonstra a razão por macrorregião, em que foi calculado o coeficiente de incidência (casos positivados divididos por 100.000 habitantes), bem como o percentual de crescimento do último período:

| Incidência de Casos Confirmados de COVID - 19 por Macrorregião | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Macrorregião | Período | | Diferença semanal | % de crescimento |
| | 09 - dez | 22 - dez | | |
| Leste | 3104,8 | 3293,2 | 188,4 | 6,1 |
| Centro-Leste | 2375,7 | 2741,0 | 365,3 | 15,4 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Nordeste | 2146,3 | 2293,2 | 146,9 | 6,8 |
| Centro-Norte | 2450,8 | 3019,4 | 568,6 | 23,2 |
| Norte | 1919,7 | 2162,1 | 242,4 | 12,6 |
| Oeste | 2213,7 | 2406,7 | 193,0 | 8,7 |
| Sudoeste | 2118,7 | 2456,5 | 337,8 | 15,9 |
| Sul | 4071,6 | 4360,4 | 288,8 | 7,1 |
| Extremo-Sul | 3502,9 | 3781,1 | 278,2 | 7,9 |

Ao observarmos a incidência macrorregional, houve crescimento em todas as macros no período, e a Centro-Norte continua sendo a Macrorregião com o maior percentual de crescimento. Em contrapartida, a Macro Sul apresentou a maior incidência, e a Macro Leste obteve os menores índices de crescimento no período estudado.

Outro dado relevante é a comparação do percentual de casos confirmados no dia 23 de dezembro, com o percentual de leitos disponíveis, por Macrorregião de Saúde, conforme tabela abaixo:

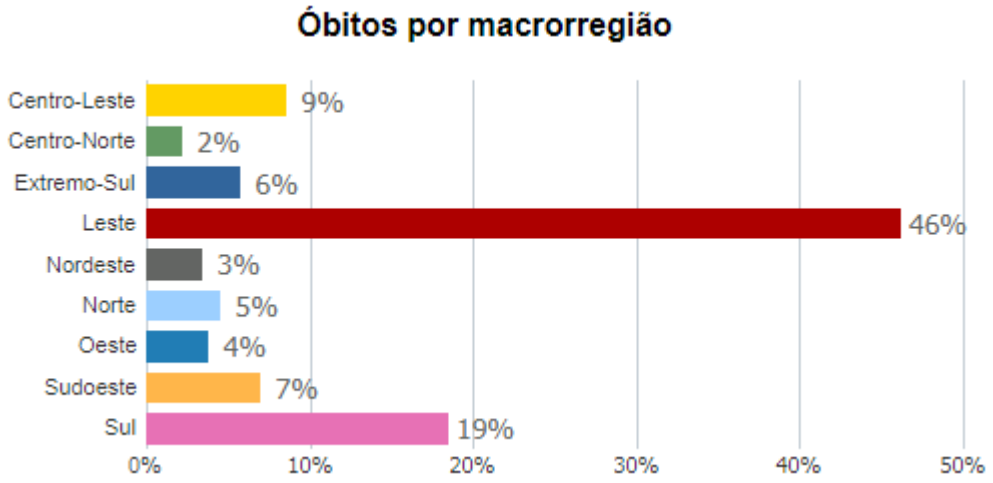
| MACRORREGIÃO | % casos confirmados | % de leitos ativos | Diferença |
|---|---|---|---|
| **Leste** | 34,3 | 46,5 | 12,2 |
| **Centro-Leste** | 13,4 | 10,7 | -2,8 |
| **Nordeste** | 4,4 | 0,6 | -3,8 |
| **Centro-Norte** | 5,4 | 3,5 | -1,9 |
| **Norte** | 5,2 | 7,0 | 1,8 |
| **Oeste** | 5,0 | 5,2 | 0,2 |
| **Sudoeste** | 9,6 | 7,9 | -1,7 |
| **Sul** | 15,8 | 14,9 | -0,9 |
| **Extremo Sul** | 6,9 | 3,8 | -3,1 |
| **TOTAL** | **100,0** | **100,0** | |

As Macros Centro-Leste, Nordeste, Centro-Norte, Sudoeste, Sul e Extremo-Sul obtiveram índices de leitos ativos inferiores ao percentual de casos confirmados.

No tocante **aos óbitos**, segundo dados atualizados e disponibilizados pela DIVEP/SUVISA, observou-se que a Bahia apresentou uma taxa de letalidade por COVID-19 de 1,87%, menor se comparada à taxa nacional, que é de 2,6%.

Quanto à análise do **cenário macrorregional dos óbitos,** observou-se que a macrorregião Leste concentrou até agora o maior percentual, que é de 46%. Já as macrorregiões Centro-Norte e Nordeste apresentaram os menores índices de óbitos por COVID-19. O gráfico abaixo demonstra

o percentual de óbitos por macrorregião:




## 7. QUANTO AOS RECURSOS FEDERAIS PARA FINANCIAMENTO DE HOSPITAIS/LEITOS COVID-19

### 7.1.HABILITAÇÃO DOS LEITOS DE UTI COVID-19

O Ministério da Saúde estabeleceu a habilitação de novos leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto/Pediátrico, para atendimento exclusivo dos pacientes com SRAG/COVID-19 na Portaria GM/MS nº3.300, de 07 de dezembro de 2020, que revoga a Portaria GM/MS nº 1.802, de 20 de julho de 2020. Neste âmbito, a SESAB, por meio das áreas técnicas da SAIS e SUREGS, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde e aos hospitais de referência para COVID-19, concentrou esforços para acelerar o processo de habilitação dos leitos de UTI disponíveis ao SUS.

Entretanto, considerandoque os critérios epidemiológicos apontam para necessidade de rápida remobilização dos leitos, informamos que este dado será monitorado pela SUREGS.

Adicionalmente, dia 09 de dezembro foi publicada a Resolução CIB nº 189/2020, que aprova a relação de leitos de UTI SRAG/COVID a serem integrados à Rede de Atenção à Saúde do Estado da Bahia em 2021. Assim, pactuou-se a inclusão de 520 leitos de UTI adulto e 17 de leitos de UTI Pediátrico.

### 7.2 HOSPITAIS FILANTRÓPICOS/ ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS

O Ministério da Saúde publicou as Portarias Ministeriais (i) nº 1.393, de 21 de maio de 2020 e (ii) nº 1.448, de 29 de maio de 2020, que dispõem sobre o auxílio financeiro emergencial às Santas Casas e aos Hospitais Filantrópicos sem fins lucrativos, para participarem, de forma coordenada, no controle do avanço da pandemia da COVID-19.

Para as unidades da Bahia foram disponibilizados aproximadamente R$ 97,5 milhões, contemplando 87 hospitais, sendo 48 sob gestão estadual e 39 sob gestão municipal. Destes, 63 hospitais já estão com plano de trabalho aprovado com processo para repasse de recurso concluído. Assim, não houve variação em relação à 18ª Nota Técnica.

### 7.3. CENTRO DE ATENDIMENTO PARA ENFRENTAMENTO DA COVID 19

A Portaria nº 1.445, de 29 de maio de 2020 instituiu os Centros de Atendimento para Enfrentamento da COVID-19, estruturas auxiliares, que servem para identificação precoce dos casos, com atendimento adequado das pessoas com síndrome gripal (SG) e Covid-19, no Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste sentido, os Centros de Atendimento foram classificados nas seguintes tipologias:

I - Tipo 1: municípios de até 70.000 habitantes, com valor de custeio mensal a ser repassado pelo Ministério da Saúde de R$60.000,00;

II - Tipo 2: municípios de 70.001 habitantes a 300.000 habitantes e custeio mensal pelo Ministério da Saúde de R$ 80.000,00; e

III - Tipo 3: municípios acima de 300.000 habitantes, com custeio mensal de R$100.000,00.

Até o momento, encontram-se credenciados pelo Ministério da Saúde com portaria publicada309Centros de Atendimento na Bahia, sendo 284 Tipo I e 25Tipo II. Ressalta-se que o credenciamento é de caráter temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus.

## 8. CONSIDERAÇÕES

- Em relação à **evolução de casos confirmados e óbitos:** entre 09 e 23 de dezembro, obteve-se um crescimento de aproximadamente 10% na confirmação dos casos e de 4% no número de óbitos.

- Em setembro, com a queda nos índices de infecção pelo novo Coronavírus, iniciou-se o processo de desmobilização leitos. Entretanto, diante do cenário de aumento do número de casos no território baiano a partir de dezembro, fez-se necessário **planejar a reabertura** de leitos COVID;

- Em relação à **evolução de internações**: houve um aumento de 3% no total (37 pessoas). Desse modo, estavam internadas, no dia 23/12, 1.245 pacientes, dos quais 741 em leitos de UTI.

- Destaca-se que as **taxas de ocupação** dos leitos de UTI adulto têm se mantido acima de 70% em todas as macros, principalmente na Centro-Leste, que apresentou 90% de TOH. Quanto aos leitos clínicos, a macro Leste obteve importante redução, de 85% para 64%, o que, em parte, deve-se à remobilização de leitos.

- Em relação à **gestão dos leitos exclusivos COVID:** do total de leitos, 60,1% estão sob gestão estadual e 39,9% sob gestão dos municípios.Numa análise por tipologia, a SESAB é responsável por 70% dos leitos de UTI e 50,9% dos leitos clínicos;

- Em relação à **incidência de novos casos**: houve aumento em todas as macros no período, sendo a Centro-Norte a macrorregião com o maior percentual de crescimento. Em contraponto, apesar de apresentar uma das maiores incidências do Estado, a Macro Leste obteve os menores índices de crescimento no período estudado.

- Quando comparado percentual de casos confirmados e leitos disponíveis, foi possível observar que a macro Leste elevou o positivo o percentual de leitos disponíveis em relação ao percentual de casos positivados, por conta da remobilização de leitos. Entretanto, Extremo-

Sul, Sudoeste, Centro-Norte, Centro- Leste e Nordeste mantiveram o déficit de leitos em relação aos casos confirmados.

- Em relação à Habilitação de leitos de UTI COVID, tendo em vista o cenário de rápida remobilização de leitos, será monitorada pela SUREGS.

- Sobre recursos federais para Santas Casas/Hospitais Filantrópicos: foram disponibilizados aproximadamente R$ 97,5 milhões, contemplando 87 hospitais, sendo 48 sob gestão estadual e 39 sob gestão municipal. Até o dia 23/12, estavam firmados 63 contratos para repasse destes recursos aos hospitais;

- Quanto aos Centros de Atendimento para Enfrentamento da COVID-19, a Bahia conta com 309 Centros de Atendimento, sendo 284 tipo I e 25 tipo II, mantendo-se os números apresentados na nota anterior.

- Diante do exposto, observou-se que a tendência de crescimento da incidência e, consequentemente, dos índices de internação estão mantidos, evidenciada na manutenção das taxas de ocupação elevadas principalmente nos leitos de UTI. Salienta-se, ainda, que a pressão do alto número de internações levou à necessidade de remobilização de leitos exclusivos COVID.

Atenciosamente,

**Coordenação de Atenção Hospitalar**
**Diretoria de Atenção Especializada**

# RECOMENDAÇÕES SOBRE DESCONTINUAÇÃO DE PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO DE PACIENTES SUSPEITOS OU COM CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL DO DIAGNÓSTICO DE COVID-19

**Considerando** os Decretos Estaduais nº 19.529, de 16 de março de 2020, e nº 19.532, de 17 de março de2020, que dispõe sobre medidas temporárias a serem adotadas, no âmbito do Estado da Bahia, para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do Coronavírus;

**Considerando** que as atualizações científicas recentes, especificamente do Center for Disease Control-CDC/EUA, indicam que pessoas com a COVID-19 leve a moderada podem transmitir o vírus não mais que 10 dias após o início dos sintomas;

**Considerando** que as evidências cientificas disponíveis indicam que os adultos recuperados podem continuar apresentando o RNA detectável de SARS-CoV-2 nas amostras respiratórias superiores por até 12 semanas, após o inicio da doença, em baixas concentrações, entretanto com possibilidade de infecção e transmissão nula;

**Considerando** as novas recomendações propostas pela ANVISA, através da Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 07/2020, de um período para permanência das precauções de isolamento de até 10 dias desde o aparecimento dos primeiros sintomas, para pacientes com quadros da doença leve e moderada, sem necessidade de nova testagem, que visa a limitar o prolongamento desnecessário do isolamento das pessoas e da utilização de recursos laboratoriais e outros insumos;

**Atualizamos as recomendações sobre os critérios para descontinuação das precauções de isolamento para que seja decidida EXCLUSIVAMENTE pela "Estratégia de descontinuação das precauções de isolamento com base na resolução dos sintomas", inclusive para trabalhadores de saúde.**

**Desse modo, recomendam-se as medidas a seguir:**

**Interrupção das precauções de isolamento para pessoas adultas ASSINTOMÁTICAS com confirmação laboratorial de infecção pelo SARS-CoV-2:**

1. **Indivíduos assintomáticos** que porventura tenham **teste de RT-PCR ou teste rápido de Antígeno positivo** para COVID-19 devem manter o isolamento domiciliar por **10 dias** a contar da data de realização do teste, não sendo necessário repetir o RT-PCR após ter findado o período de isolamento.
2. **Indivíduos assintomáticos** que porventura tenham **teste sorológico positivo para IgM** para COVID-19 devem manter o isolamento domiciliar por **10 dias** a contar da data de realização do teste, não sendo necessário realizar o RT-PCR para confirmação diagnóstica.

**Interrupção das precauções de isolamento para pessoas adultas SINTOMÁTICAS com confirmação laboratorial ou não de infecção pelo SARS-CoV-2:**

A decisão de descontinuar as precauções de isolamento deve ser tomada com base na ***evolução dos sintomas.***

Por esta estratégia, o paciente sintomático e **não gravemente imunossuprimido**, pode ter as precauções de isolamento descontinuadas se ao menos **10 dias** tenham se passado desde o início dos primeiros sintomas e:

a. Ao menos **1 dia** (24hs) tenha se passado desde a resolução da febre, sem uso de medicações antitérmicas; **E**

b. O paciente apresentar evidente melhora dos sintomas respiratórios (tosse, falta de ar, dentre outros).

**Interrupção das precauções de isolamento para pacientes com suspeita de COVID-19 e RT-PCR negativo:**

1. A descontinuação da precaução de isolamento para pacientes inicialmente suspeitos de COVID-19, mas que tiveram o RT-PCR negativo pode ser realizada porque o resultado negativo no teste molecular sugere que o paciente não tem COVID-19. **Entretanto, se uma alta suspeita clínica de COVID-19 persistir (por exemplo, pacientes com manifestações clínicas ou achados radiológicos fortemente sugestivos de COVID-19), deve-se considerar manter as precauções de isolamento e repetir o RT-PCR.**

2. É sempre importante considerar o julgamento clínico e o grau de suspeição de infecção pelo SARS-CoV-2 para definir a manutenção ou interrupção das precauções de isolamento.

**Observações:**

1. É considerada como doença leve aquelas cujo paciente apresenta um quadro de síndrome gripal (febre, tosse, dor de garganta, mal estar, cefaleia, mialgia, etc.) sem sintomas respiratórios como falta de ar, dispneia ou anormalidades radiológicas, bem como, é considerado como doença moderada aquela cujo paciente apresente evidência clínica ou radiológica de doença respiratória e SatO2 ≥94% em ar ambiente.

2. Indivíduos com confirmação do diagnóstico de COVID-19 através de RT-PCR não necessitam de realização de teste rápido para pesquisa de anticorpos IgM/IgG para COVID-19, mesmo após findado o período recomendado para o afastamento. Os testes sorológicos não devem ser utilizados isoladamente para estabelecer presença ou ausência de infecção, diagnóstico de COVID-19, ou para indicar período de infectividade da doença ou sinalizar possibilidade de retirada do isolamento social.

3. Considerando a alta demanda por leitos hospitalares para tratamento de pacientes com COVID-19, bem como a grande quantidade de exames de RT-PCR realizados pelo LACEN, **recomendamos que pacientes que cumpriram os critérios para descontinuidade das precauções de isolamento referidos acima, mas que ainda necessitam de internação hospitalar por motivo não relacionado a COVID-19, sejam transferidos para uma unidade de saúde não dedicada ao tratamento de COVID-19,** não sendo necessário repetir o RT-PCR.

4. Pacientes com suspeita ou confirmação laboratorial do diagnóstico de COVID-19 que estejam hospitalizados e apresentem critérios para alta hospitalar não devem ser mantidos no hospital para cumprir as medidas de precaução de isolamento. Nesse caso, eles devem ter alta hospitalar e seguir as orientações de isolamento domiciliar referidas acima. Caso o paciente não tenha condição de manter as medidas de isolamento em domicílio, considerar transferi-lo para os Centros de Acolhimento do Estado para tratamento da COVID-19.

5. Caso um paciente seja transferido para outra unidade hospitalar ou para uma instituição de longa permanência antes de cumprir os critérios para descontinuidade das precauções de isolamento definido, o paciente deverá continuar a precaução de isolamento na unidade de destino, até cumprir os critérios para descontinuação das precauções de isolamento previamente referidas.

6. Caso um paciente tenha cumprido os 10 dias de isolamento após início dos sintomas, mas apresente persistência de sintomas respiratórios como tosse, falta de ar, dentre outros, deverá passar por reavaliação médica.

7. Há relatos de detecção prolongada de RNA viral por RT-PCR sem que haja ~~uma~~ correlação direta com a detecção viral por cultura, o que sugere que nem todo paciente com RT-PCR positivo seja infeccioso.

8. Em situações de imunossupressão severa, classificados como aqueles pacientes em a) quimioterapia para câncer; b) pacientes com infecção pelo HIV e contagem de linfócitos CD4+ abaixo de 200; c) imunodeficiência primária; d) uso de corticóides por mais de 14 dias em dose superior a 20mg de prednisona ou equivalente OU em uso de terapia imunossupressora, e) pacientes transplantado de órgão sólido ou transplante de célula-tronco hematopoiética; f) pacientes neutropênicos, que podem manter disseminação viral por um tempo maior. Nesses casos, recomenda-se um tempo de afastamento de, pelo menos, **20 dias** a partir do início dos sintomas, ou a partir da testagem para os casos assintomáticos.
9. É recomendado para pacientes com quadro grave/crítico que apresentam falência respiratória, choque séptico e/ou disfunção de múltiplos órgãos, um afastamento das atividades cotidianas de, pelo menos, 20 dias desde o início dos sintomas **E** pelo menos 24 horas sem febre (sem uso de antitérmicos) **E** melhora dos sintomas.

Reitera-se que estas são as recomendações informadas por evidências disponíveis até a presente data e estão sujeitas a revisão mediante novas publicações e estudos científicos, durante a vigência da pandemia.

**REFERÊNCIAS**

ANVISA. MINISTÉRIO DA SAÚDE. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 07/2020- Orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por SARS- CoV-2( COVID-19) dentro dos serviços de saúde - 05/08/2020.

CDC. Discontinuation of transmission-based precautions and disposition of patients with COVID-19 in healthcare settings (interim guidance). Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/disposition-hospitalized-patients.html

Grupo Força Colaborativa COVID-19 Brasil. Orientações sobre Diagnóstico, Tratamento e Isolamento de Pacientes com COVID-19. Versão 01. Associação Brasileira dos Profissionais em Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar (ABIH); Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI); Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB); Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA); Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR); Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT); Instituto de Medicina Tropical (IMT USP); Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED); Sociedade Brasileira de Nefrologia.

Liu Y, Yan L-M, Wan L, Xiang T-X, Le A, Liu J-M, et al. Viral dynamics in mild and severe cases of COVID-19. Lancet Infect Dis 2020. 2020 Jun;20(6):656-657. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30232-2. Epub 2020 Mar 19.

Bullard J, Dust K, Funk D, Strong JE, Alexander D, Garnett L, et al. Predicting infectious SARS-CoV-2 from diagnostic samples, Clinical Infectious Diseases. 2020; ciaa638, https://doi.org/10.1093/cid/ciaa638

**SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**
**SECRETARIA DA EDUCAÇÃO DO ESTADO DA BAHIA**
**09/03/2020**

# NOTA INFORMATIVA CONJUNTA

## Medidas de prevenção da infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19) dirigidas à comunidade escolar e universitária

A Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19), causada pelo vírus SARS-CoV-2, é um agente relacionado a infecções respiratórias, que podem apresentar-se com um quadro semelhante às síndromes gripais. Sua transmissão, com base no conhecimento científico adquirido até o presente momento, ocorre através da entrada do vírus no trato respiratório, através do contato com gotículas de secreções, a exemplo muco nasal. Isso pode acontecer através do contato direto com as secreções da pessoa infectada, pela tosse ou espirro, ou de forma indireta, pelo contato com superfícies e utensílios contaminados, levando-se as partículas ao nariz ou à boca através das mãos.

Com objetivo de prevenir a transmissão, recomendamos medidas às instituições escolares, bem como medidas comportamentais, cuja iniciativa cabe aos membros da comunidade escolar - profissionais, alunos e responsáveis. Essas recomendações são relevantes, tendo em vista que as escolas são ambientes fechados, com grande número de pessoas e com realização frequente de atividades coletivas.

### Medidas Institucionais

- Promover, em parceria com a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), ações de divulgação das medidas preventivas nas escolas;
- Promover atividades educativas sobre higiene de mãos e etiqueta respiratória (conjunto de medidas comportamentais que devem ser tomadas ao tossir ou espirrar);
- Recomenda-se a aquisição de sabonete líquido e/ou álcool em gel (70%), a fim de estimular a correta higienização das mãos. Sempre que possível, utilizar dispensadores de sabonete líquido, suporte de papel toalha e lixeiras com tampa por acionamento por pedal nos lavatórios e banheiros. Já os dispensadores de preparações alcoólicas para as mãos devem ser instalados em pontos de maior circulação, tais como: recepção, corredores de acessos à sala de aulas e refeitório;
- Estimular o uso de lenços de papel, bem como seu descarte adequado;

- Realizar a limpeza e desinfecção das superfícies das salas de aula e demais espaços da escola (classes, cadeiras, mesas, aparelhos, bebedouros e equipamentos de educação física) após o uso. Preconiza-se a limpeza das superfícies, com detergente neutro, seguida de desinfecção (álcool 70% ou hipoclorito de sódio);
- Evitar compartilhamento de copos e vasilhas;
- Estimular o uso de recipientes individuais para o consumo de água, evitando o contato direto da boca com as torneiras dos bebedouros;
- Lavar regularmente os brinquedos com água e sabão;
- Manter os ambientes arejados por ventilação natural (portas e janelas abertas);
- Evitar atividades que envolvam grandes aglomerações em ambientes fechados, durante o período de circulação dos agentes causadores de síndromes gripais, como o novo coronavírus (COVID-19);
- Manter a atenção para indivíduos (estudantes e profissionais) que apresentem febre e sintomas respiratórios (tosse, coriza, etc.). Orientar a procura por atendimento em serviço de saúde e, conforme recomendação médica, manter afastamento das atividades;
- Comunicar às autoridades sanitárias a ocorrência de suspeita de caso(s) de infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19).
- É recomendado a mobilização das famílias e de toda a comunidade escolar, professores, gestores, coordenadores pedagógicos, técnico administrativos, profissionais da alimentação escolar;

**Medidas Individuais (profissionais, estudantes e responsáveis)**

- Higienizar as mãos com água e sabonete/sabão antes das refeições, após tossir, espirrar ou usar o banheiro. Quando não houver sujidade visível, pode-se usar as preparações alcoólicas (álcool gel a 70%, por exemplo);
- Evitar tocar os olhos, nariz ou boca após tossir ou espirrar ou após contato com superfícies; - Não compartilhar alimentos, copos, toalhas e objetos de uso pessoal;
- Aplicar a etiqueta respiratória: proteger com lenços (preferencialmente descartáveis) a boca e nariz ao tossir ou espirrar para evitar disseminação de gotículas das secreções. Na impossibilidade de serem usados lenços, recomenda-se proteger a face junto à dobra do cotovelo ao tossir ou espirrar;
- A criança que apresentar febre abaixo de 37.8°C, tosse e espirros devem permanecer em casa, em repouso com boa alimentação e hidratação.
- Atentar à presença de febre acima de 37.8°C que persiste por mais de 24 horas e desconfortos respiratórios como cansaço e dispneia. Se

estiverem presentes, procurar um serviço de saúde e seguir recomendações médicas;

- O uso de máscaras por indivíduos sadios não representa, quando adotado de forma isolada, uma medida de prevenção. A lavagem das mãos e a etiqueta respiratória se constituem em medidas de maior efetividade. Além disso, o uso da máscara sem a lavagem das mãos e a etiqueta respiratória pode prejudicar sua eficácia na redução do risco de transmissão.

A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) mantém a vigilância ativa da circulação dos vírus respiratórios, através do monitoramento constante da situação epidemiológica, gerando boletins e notas técnicas para orientação dos serviços de saúde, dos demais setores e da população.

Na ocorrência de qualquer mudança no cenário epidemiológico, que justifique a adoção de outras medidas de prevenção e controle dirigidas à comunidade escolar, haverá divulgação, em tempo hábil, através dos veículos oficiais de comunicação.

A Secretaria da Educação do Estado da Bahia (SEC) ressalta que ações preventivas já são desenvolvidas, durante o ano letivo nas escolas, por meio de programas e projetos voltados à Educação Ambiental e à Promoção da Saúde na Escola. No entanto, alerta sobre a importância do engajamento de toda a comunidade escolar neste processo de prevenção ao COVID-19. Trabalhar pedagogicamente este contexto é fundamental para que os estudantes se apropriem dos conceitos e conheçam como podem ser agentes multiplicadores sobre a prevenção ao Coronavírus junto aos amigos, às famílias e à comunidade onde vivem.

Mais informações em www.saude.ba.gov.br/coronavirus.

# PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

| | | |
|---|---|---|
| **Procedimento:**<br>**Fluxo de atendimento de casos suspeitos de COVID-19** | Número 001 | |
| | Data:17/03/2020 | |
| | Revisão: - | |
| **Quem realiza**:<br>**Profissionais das Unidades Básicas de Saúde** | Atualização: - | |
| | Aprovação: 17/03/2020 | |

**Conceito:**
Atendimento a pessoas suspeitas de infecção pelo novo coronavírus SARSCoV-2 na Atenção Básica.

**Local**

Unidades Básicas de Saúde

**Registros**
Ficha de Notificação

**Materiais**

Orientações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde e Centro Estadual de Vigilância em Saúde da Bahia.

**Procedimentos**

**Executantes:** profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica à Saúde (ABS).

**Resultado esperado**: padronizar as ações para a detecção precoce de pessoas caracterizadas como casos suspeitos de infecção pelo novo coronavírus SARSCoV-2; realizar manejo inicial; acionar transporte e encaminhar casos suspeitos para a unidade de referência de forma oportuna e segura; registrar informações clínicas, histórico de viagem internacional ou contato com caso suspeito ou confirmado; investigar e registrar dados de contatos próximos; realizar a notificação imediata ;adotar medidas para evitar casos graves e óbitos; e orientar a população sobre medidas de prevenção.

**1. Identificação de caso suspeito:**

- Acolher e avaliar rapidamente todas as pessoas, independentemente da idade, que

apresentem febre ou pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse seca, dor de garganta, mialgia, cefaleia, prostração, dificuldade para respirar e batimento das asas nasais, entre outros).

**Acolhimento do usuário**

O serviço de saúde deve adotar medidas para garantir que todos os casos suspeitos ou confirmado de infecção pelo novo coronavírus (COVID-19) ou outra infecção respiratória (por exemplo, febre e tosse) sigam os procedimentos de higiene respiratória, etiqueta da tosse e higiene das mãos durante todo o período que permanecerem na unidade. Podem ser utilizados alertas visuais (por exemplo, cartazes, placas e pôsteres) na entrada dos serviços de saúde e em locais estratégicos (por exemplo, áreas de espera, elevadores e lanchonetes) para fornecer aos pacientes e acompanhamentes/visitantes as instruções sobre higiene das mãos, higiene respiratória e etiqueta da tosse. As instruções devem incluir o uso das máscaras cirúrgicas para cobrir o nariz e a boca ao tossir ou espirrar e a higiene das mãos.

**CASO SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)**

**Situação 1 – VIAJANTE:** pessoa que apresente febre E pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O2 < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia) E com histórico de viagem para país com transmissão sustentada OU área com transmissão local nos últimos 14 dias; OU

**Situação 2 - CONTATO PRÓXIMO**: Pessoa que apresente febre OU pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O2 < 95%, sinais de cianose, atimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia) E histórico de contato com caso suspeito ou confirmado para COVID-19, nos últimos 14 dias.

**Situação 3 - CONTATO DOMICILIAR:** Pessoa que manteve contato domiciliar com caso confirmado por COVID-19 nos últimos 14 dias E que apresente febre OU pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O2 < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia). Nesta situação é importante observar a presença de outros sinais e sintomas como: fadiga, mialgia/artralgia, dor de cabeça, calafrios, manchas vermelhas pelo corpo, gânglios linfáticos aumentados, diarreia, náusea, vômito, desidratação e inapetência.

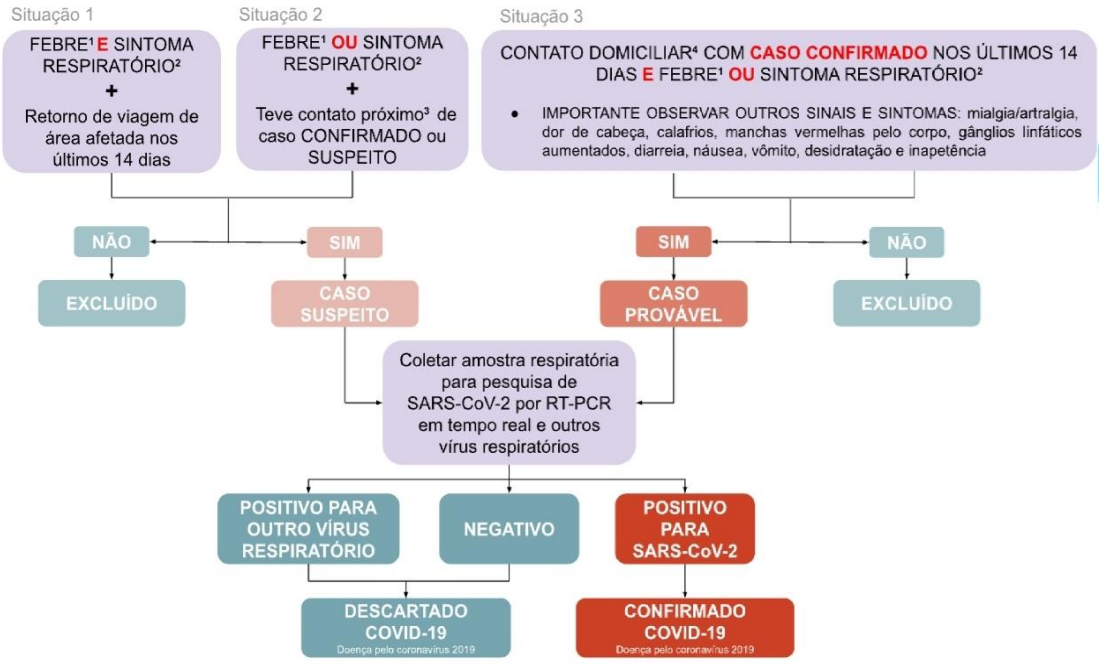
***** FEBRE: temperatura corporal acima de 37,8 ºC, conforme verificação axilar**.**

**SINTOMAS RESPIRATÓRIOS: tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival dificuldade de deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O2 <95%, sinais de cianose, batimento das asas nasais, tiragem intercostal, dispneia, etc.

***SINTOMAS INESPECÍFICOS: fadiga, mialgia/artralgia, dor de cabeça, calafrios, gânglios linfáticos aumentados, diarreia, náusea, vômito, desidratação e inapetência.

**Considerar os demais diagnósticos diferenciais pertinentes e o adequado manejo clínico. Em caso de suspeita para influenza, não retardar o início do tratamento com fosfato de oseltamivir, conforme protocolo de tratamento:**

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_tratamento_influenza_2017.pdf




**2. Medidas de isolamento:**

Desde o primeiro atendimento, a pessoa com suspeita de novo coronavírus deve utilizar máscara cirúrgica,

Realizar o atendimento da pessoa com suspeita do novo coronavírus em sala privativa ou com menor circulação de pessoas, mantendo a porta fechada e o ambiente ventilado,

Realizar higiene adequada das mãos, respeitando os cinco momentos de higienização:

1 – antes de contato com a pessoa;

2 – antes da realização de procedimento;

3 – após risco de exposição a fluidos biológicos;

4 – após contato com a pessoa;

5– após contato com áreas próximas à pessoa, mesmo que não tenha tocado a pessoa, cuidando direta ou indiretamente da pessoa.

• O profissional deve usar equipamento de proteção individual (EPI): protetor ocular ou protetor de face; luvas; capote/avental/ jaleco, máscara N95/PFF2 (ou outras máscaras com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até 0,3µ tipo N99, N100 ou PFF3), sempre que realizar procedimentos geradores de aerossóis.

• Para realização de outros procedimentos não geradores de aerossóis, avaliar a disponibilidade da N95 ou equivalente no serviço. **Não havendo disponibilidade, é obrigatório o uso**

**da máscara cirúrgica.**

**3. Notificação:**

Notificação Todos os indivíduos que se enquadrem em casos suspeitos, prováveis e confirmados, devem ser notificados imediatamente, até 24 horas, à CIEVS/BA pelo e-mail: cievs.notifica@saude.ba.gov.br ou pelos telefones: (71) 3116-0018, (71) 99994-1088, inclusive aos sábados, domingos e feriados. Destaca-se que as informações devem ser inseridas na ficha de notificação, disponível em: http://bit.ly/COVID-19, utilizando a CID10 - B34.2 - Infecção por Coronavírus de localização não especificada.

**4. Identificação de contactantes*:**

Identificar todas as pessoas que tiveram ou têm contato com caso suspeito ou confirmado e apoiar a equipe da vigilância na realização de busca ativa;

Os contatos próximos de uma pessoa com suspeita de coronavírus (2019-nCoV) devem ser acompanhados e monitorados quanto à apresentação de sinais e sintomas; e

Na presença de sinais e sintomas, orientar que procure o serviço de saúde para avaliação e encaminhamento.

* **Contato próximo** é definido como: estar a aproximadamente 2 metros ou menos da pessoa com suspeita de caso por novo coronavírus, dentro da mesma sala ou área de atendimento por um período prolongado, sem uso de equipamento de proteção individual (EPI). O contato próximo pode incluir: cuidar, morar, visitar ou compartilhar uma área ou sala de espera de assistência médica ou, ainda, nos casos de contato direto com fluidos corporais, enquanto não estiver usando o EPI recomendado.

**5. Transporte:**

A equipe deve certificar-se de que as informações do caso foram repassadas oportunamente para a unidade de referência para a qual a pessoa for encaminhada;

Todos os profissionais que estiverem envolvidos no transporte deverão utilizar máscara cirúrgica durante todo o deslocamento até chegar à unidade de referência. Se houver necessidade de realizar procedimentos, atentar para o uso dos EPI adequados;

Realizar higiene de mãos, respeitando os cinco momentos de higienização; Orientar possíveis acompanhantes quanto à importância da higienização das mãos; Garantir a ventilação do veículo para aumentar a troca de ar durante o transporte;

Limpar e desinfetar todas as superfícies internas do veículo após a realização do transporte. A desinfecção pode ser feita com álcool 70%, hipoclorito de sódio ou outro desinfetante indicado para este fim, seguindo o procedimento operacional padrão definido para a atividade de limpeza e desinfecção do veículo e seus equipamentos;

A provisão de todos os insumos, como sabão líquido, álcool em gel e EPI, devem ser reforçados pela instituição, bem como higienizantes para o ambiente; e

No serviço de referência, sempre que ocorrer a identificação de caso suspeito, será realizada

a coleta de duas amostras de aspirado de nasofaringe (ANF) ou swabs combinado (nasal/oral) ou amostra de secreção respiratória inferior (escarro, lavado traqueal ou lavado broncoalveolar). As amostras coletadas serão encaminhadas para o laboratório, conforme fluxo estabelecido.

**6. Medidas de controle do ambiente assistencial:**

Equipamentos de uso compartilhado entre as pessoas (por exemplo, estetoscópios, aparelho para aferição de pressão arterial e termômetros) devem ser limpos e desinfetados com álcool 70% após o uso;

Higienizar adequadamente as mãos com frequência, respeitando os cinco momentos de higienização;

Utilizar EPI para evitar contato direto com fluidos corporais: protetor ocular ou protetor de face; luvas; capote/ avental/jaleco, máscara padrão de segurança N95/PFF2/N99/N100/PFF3 ou, se indisponível, máscara cirúrgica;

Fornecer máscara cirúrgica à pessoa com suspeita de infecção pelo novo coronavírus, ou pessoa que têm ou teve contato com o caso suspeito ou confirmado, e encaminhar para uma área separada ou sala de isolamento;

Prevenir picadas de agulha ou ferimento por objetos cortantes; gerenciamento seguro de resíduos;

Limitar procedimentos indutores de aerossóis (intubação, sucção, nebulização);

Realizar desinfecção de equipamentos e limpeza do ambiente com solução de hipoclorito de sódio e/ou desinfetante hospitalar, em pisos e superfícies dos banheiros;

Descartar adequadamente os resíduos, segundo o regulamento técnico para gerenciamento de resíduos de serviços de saúde da Anvisa; e

A SMS deve compartilhar com as equipes que atuam na ABS dados epidemiológicos sobre a circulação do vírus corona e outros vírus respiratórios, bem como orientar os profissionais sobre as medidas de controle e a condução dos casos suspeitos. sódio e/ou desinfetante hospitalar, em pisos e superfícies dos banheiros;

Descartar adequadamente os resíduos, segundo o regulamento técnico para gerenciamento de resíduos de serviços de saúde da Anvisa; e

A SMS deve compartilhar com as equipes que atuam na ABS dados epidemiológicos sobre a circulação do vírus corona e outros vírus respiratórios, bem como orientar os profissionais sobre as medidas de controle e a condução dos casos suspeitos.

**7. Medidas de prevenção populacional:**

Instruir todas as pessoas que durante a tosse ou espirro cubram o nariz e a boca com o cotovelo flexionado ou utilize tecido ou lenço de papel, descartando-os após o uso;

Lavar as mãos frequentemente com água e sabão por pelo menos 20 segundos. Se não houver água e sabão, usar um desinfetante para as mãos à base de álcool;

Evitar tocar olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas;

Orientar sobre os sinais e sintomas do novo coronavírus que acionam o fluxo de atendimento para casos suspeitos da doença;
Limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência; e
Manter os ambientes bem ventilados.

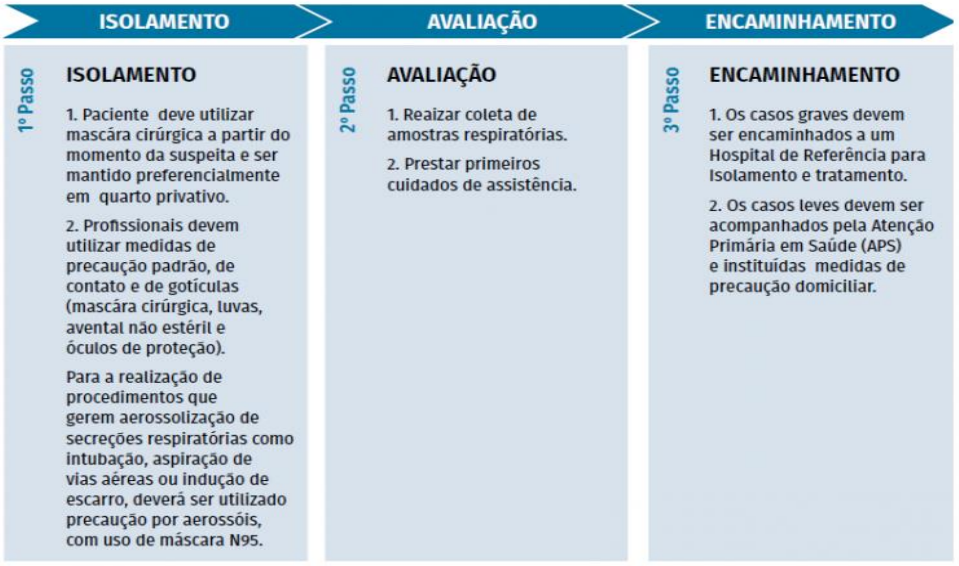
**8. Registro no Sistema de Informação da Atenção Primária (e-SUS AB):**

Registrar o atendimento no Sistema de Informação (e-SUS AB) CID 10 - U07.1 – Diagnóstico de doença respiratória aguda pelo 2019-nCoV para registro de casos.

**9. Materiais necessários para medidas de prevenção e controle:**

- Máscara padrão de segurança N95/PFF2/N99/N100/ PFF3;
- Máscara cirúrgica;
- Protetor ocular ou protetor de face;
- Luvas;
- Capote/ avental/ jaleco;
- Sabão líquido;
- Papel toalha
- Álcool em gel;
- Álcool 70%;
- Higienizantes para o ambiente;
- Saco para descarte de resíduo contaminado.

**Informações adicionais**:




Fonte: https://sbpt.org.br/portal/ministerio-da-saude-coronavirus/

**Referências**

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (Covid-19).Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota%2BT%C3%A9cnica%2Bn%2B04-2020%2BGVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28. Acesso em 17 de março de 2020.

Ministério da Saúde. Coronavírus. Disponível em: https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/coronavirus. Acesso em 17 de março de 2020.

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Contingências para Enfrentamento do Novo Coronavírus - COVID-19. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/BAHIA_SESAB-Plano-de-Contingencia-Coronav%C3%ADrus-_Bahia.pdf. Acesso em 17 de março de 2020.

Universidade Aberta do SUS - UNASUS. Atendimento a pessoas com suspeita de infecção pelo novo coronavírus (2019-nCoV) na Atenção Primária à Saúde. Disponível em: https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/24. Acesso em 17/03/2020.

# COMUNICADO DE ALERTA SESAB/CIEVS/SUVISA n° 01, 23 de janeiro de 2021

Assunto: Notificação imediata dos casos suspeitos e confirmados oriundos do estados do Amazonas.

Em 6 de janeiro de 2021, o Instituto Nacional de Doenças Infecciosas (NIID) do Japão identificou uma nova cepa variante do SARS-CoV-2 em quatro viajantes que chegaram a Tóquio vindos do Amazonas em 2 de janeiro de 2021. Os casos foram detectados no rastreio do aeroporto de Tóquio.

De acordo com o Instituto Nacional de Doenças Infecciosas, essa variante tem as mesmas mutações relatadas no Reino Unido e na África do Sul.

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde foram notificados até o momento, dois casos de reinfecção por nova variante do SARS-CoV-2, um no estado da Bahia e outro já confirmado no estado do Amazonas. Por esses motivos o Ministério da Saúde reforça aos estados, Distrito Federal e municípios o contínuo fortalecimento das atividades de controle da Covid-19, a ampliação do sequenciamento de rotina dos vírus SARS-CoV-2, a investigação de surtos e o rastreamento de contatos de todo caso de Covid-19.

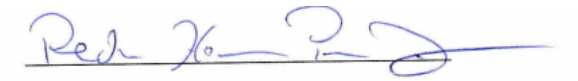
Desta forma, DETERMINAMOS às unidades notificadoras que estejam atentas ao atendimento de casos suspeitos de COVID-19, assim como de outros agravos de notificação, realizando a NOTIFICAÇÃO IMEDIATA dos casos suspeitos e confirmados do estado do Amazonas, através do Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde.

A notificação, tem como o objetivo de detectar os casos de COVID-19 infectados com novas variantes do vírus, deverá ser feita na SUSPEITA, através do preenchimento adequado da ficha de notificação do e-SUS/ve e encaminhada para o cievs.notifica@saude.ba.gov.br com a informação detalhada dos sintomas e IDENTIFICAÇÃO DA PROCEDÊNCIA do paciente e constando no assunto do e-mail a suspeita e a procedência do paciente.

Ressaltamos a necessidade de orientação à população quanto às medidas de prevenção e controle como: isolamento domiciliar da pessoa que estiver com suspeita ou em período de transmissão da doença, lavagem frequente das mãos com água e sabão e/ou álcool em gel a 70%, além do uso obrigatório de máscara e manter o distanciamento social.

Certos de contarmos com a vossa colaboração, solicitamos que esse comunicado seja compartilhado e multiplicado a todos os profissionais dos serviços de saúde, pois o monitoramento dessas alterações ajuda a acompanhar os casos e na tomada de decisões referente as medidas de bloqueio da cadeia de transmissão.

Atenciosamente



Pedro Henrique Presta Dias
Coordenador CIEVS-BA

# Revista Baiana de Saúde Pública

APRESENTAÇÃO

PLANOS

PLANO ESTADUAL DE CONTINGÊNCIAS PARA ENFRENTAMENTO DO NOVO CORONAVÍRUS - SARS COV2

PLANO ESTRATÉGICO DE RETOMADA GRADATIVA E SEGURA DAS ATIVIDADES ESCOLARES

PLANO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO ESTADO DA BAHIA

FLUXOGRAMA DE DISTRIBUIÇÃO DE VACINAS NO ESTADO DA BAHIA

PLANO DE TESTAGEM DE TRABALHADORES PARA COVID-19 DURANTE A RETOMADA DE ATIVIDADES COTIDIANAS E DA ECONOMIA

PLANO ESTADUAL DE MANEJO DE ÓBITOS DURANTE PANDEMIA DA COVID-19

PLANO DE DESMOBILIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL DEVOTADA AO ATENDIMENTO DE PACIENTES COM COVID-19 NO ESTADO DA BAHIA

PLANILHA DESMOBILIZAÇÃO DE LEITOS COVID-19

PLANOS DE AÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS DA SESAB PARA A PANDEMIA DA COVID-19

BOLETINS

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO COVID-19 JANEIRO-FEVEREIRO 2020

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO COVID-19 Nº 01

BOLETIM ELETRONICO BAHIA N. 50

BOLETIM-INFOGRÁFICO-116

BOLETIM INFORMATIVO CREASI

BOLETIM INFORMATIVO COVID-19 TRABALHADORES DA SAÚDE 28/04/20

BOLETIM INFORMATIVO COVID-19 TRABALHADORES DA SAÚDE 24/07/20

NOTAS TÉCNICAS

NOTA TÉCNICA Nº 01

NOTA TÉCNICA Nº 19

NOTA TÉCNICA COE SAÚDE Nº 67 DE 26 DE MAIO DE 2020

NOTA INFORMATIVA CONJUNTA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

COMUNICADO DE ALERTA SESAB/CIEVS/SUVISA Nº 01, 23 DE JANEIRO DE 2021

GOVERNO DO ESTADO | SECRETARIA DA SAÚDE