

CORONAVÍRUS COVID-19



Documento Assinado Digitalmente por: NILVA MARIA MENDES DE SA
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 8d570e1d-e4e4-40dc-b205-4e8ef1c057e

ORIENTAÇÕES PARA MANEJO DE PACIENTES COM COVID-19

DISQUE
SAÚDE
136



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL

CORONAVÍRUS COVID-19



Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria Executiva (SE), Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)

COORDENAÇÃO:

Arnaldo Correia de Medeiros – Secretário de Vigilância em Saúde
Antônio Elcio Franco Filho – Secretário-Executivo
Daniela de Carvalho Ribeiro – Secretária de Atenção Primária à Saúde (Substituta)
Luiz Otávio Franco Duarte – Secretário de Atenção Especializada à Saúde
Mayra Isabel Correia Pinheiro – Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Robson Santos da Silva – Secretário Especial de Saúde Indígena
Sandra de Castro Barros – Secretária de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (Substituta)

ORGANIZAÇÃO:

Ana Carolina Menezes da Silva Braga (SAPS)
Bruna Gisele de Oliveira (SAPS)
Fernanda Luiza Hamze (SAES)
Mariana Borges Dias (SAES)
Melquia da Cunha Lima (SAPS)
Pâmela Moreira Costa Diana (SAES)

REVISÃO TÉCNICA:

Adriano José Pereira – Médico Intensivista – PROADI-SUS/Hospital Israelita Albert Einstein
Alessandro Glauco dos Anjos Vasconcelos – Médico – Assessor Técnico da Secretaria Executiva/SE/MS
Bruno de Arruda Bravim – Médico Intensivista – PROADI-SUS/Hospital Israelita Albert Einstein
Bruno de Melo Tavares – Médico Infectologista – Proadi-SUS/ Hospital Alemão Oswaldo Cruz
Gustavo Faissol Janot de Matos – Médico Intensivista – PROADI-SUS/Hospital Israelita Albert Einstein
Hélio Angotti Neto – Médico – Diretor do Departamento de Gestão da Educação em Saúde/DEGES/SGTES/MS
Hélio Penna Guimarães – Médico Intensivista – PROAD-SUI/Hospital Israelita Albert Einstein
Isabela Yuri Tsuji – Médica Intensivista – PROADI-SUS/Hospital Israelita Albert Einstein
João Fernando Lourenço de Almeida – Médico Intensivista Pediátrico – PROADI-SUS/Hospital Israelita Albert Einstein
Leonardo José Rolim Ferraz – Médico Intensivista – PROADI-SUS/Hospital Israelita Albert Einstein
Mariana Borges Dias – Médica Clínica – Assessora Técnica da Coordenação Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar/DAHU/SAES/MS
Rafael Leandro de Mendonça – Fisioterapeuta – Coordenador-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar/DAHU/SAES/MS
Ricardo Goulart Rodrigues – Médico – Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo/SP
Ricardo Luiz Cordioli – Médico Intensivista – PROADI-SUS/Hospital Israelita Albert Einstein
Thiago Domingos Corrêa – Médico Intensivista – PROADI-SUS/Hospital Israelita Albert Einstein

COLABORAÇÃO:

Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ/MS)
Bruna Gisele de Oliveira (SAPS)
Camila Ferreira Alves Simões (SESAI)
Caroline Gava (SVS)
Daniele Maria Pelissari (SVS)
Demetrio de Lacerda Caetano dos Santos (SGTES)
Eduardo Marques Macário (SVS)
Eloiza Andrade Almeida Rodrigues (SAES)
Evandro Medeiros Costa (SCTIE)
Felipe Fagundes Soares (SCTIE)
Fernanda Luiza Hamze (SAES)
Luana Gonçalves Gehres (SE)
Melquia da Cunha Lima (SAPS)
Morgana de Freitas Caraciolo (SVS)
Pâmela Moreira Costa Diana (SAES)
Sarah Maria Soares Fernandes Baym (SVS)
Sílvia Lustosa de Castro (SCTIE)

CORONAVÍRUS COVID-19



Documento Assinado Digitalmente por: NILVA MARIA MENDES DE SA
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validarDoc.seam> Código do documento: 8d570e1d-e4e4-40dc-b205-4e8e9ffc057e

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
OBJETIVOS	6
• Gerais	6
• Específicos	6
CARACTERÍSTICAS GERAIS SOBRE A INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS – SARS-CoV-2	6
• Diagnóstico.....	6
• Diagnóstico clínico	6
• Diagnóstico laboratorial	7
• Notificação.....	8
• Sinais e sintomas	8
• Condições e fatores de risco a serem considerados para possíveis complicações da síndrome gripal	10
• Exames laboratoriais e complementares relevantes na COVID-19	10
ORGANIZAÇÃO E CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA CUIDADOS AO PACIENTE COM COVID-19	11
• Características dos serviços disponíveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme pontos da Rede de Atenção à Saúde	12
CONDUTA CLÍNICA CONFORME A GRAVIDADE	14
• CASOS LEVES	15
• Monitoramento clínico no âmbito da Atenção Primária à Saúde	15
• Teleatendimento	16
• Consultório Virtual de Saúde da Família	17
• Estratégias tecnológicas para esclarecimento de dúvidas sobre a COVID-19 para a população	17
• Estratégias tecnológicas de suporte às equipes de saúde – Telessaúde para Atenção Primária e Especializada.....	17
• Teleconsultoria para Atenção Primária.....	17
• Teleconsultoria para Atenção Especializada	18
• Teleatendimento para suporte psicológico aos profissionais de saúde.....	18
• CASOS MODERADOS	20
• CASOS GRAVES.....	20
• MANEJO CLÍNICO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA POR SARS-CoV-2	20
• Terapia e monitoramento precoces	20
• Indicações de admissão na UTI	21
• Tratamento da insuficiência respiratória hipoxêmica.....	22
• Contraindicações à ventilação não invasiva (VNI)	24
• Critérios para desmame de ventilação mecânica.....	27
• Critérios de sucesso após TRE	27
• Sedação e analgesia	27
• Manejo hemodinâmico.....	28
• Prevenção de complicações.....	30

CORONAVÍRUS COVID-19



Documento Assinado Digitalmente por: NILVA MARIA MENDES DE SA
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 8d570e1d-e4e4-40d-c-b205-4e8ef1c057e

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA CRIANÇAS	31
• Indicação de admissão na UTI Pediátrica.....	32
• Alocação (isolamento)	32
• Suporte de oxigênio e ventilação mecânica	32
• Particularidades do procedimento de intubação orotraqueal (IOT) no CTI Pediátrico.....	33
• Indicação de terapias de resgate nos casos não responsivos.....	34
• Recomendações específicas em pediatria	34
CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA GESTANTES	35
• Recomendações no manejo clínico de gestantes suspeitas de síndrome respiratória aguda por SARS-CoV-2	35
• Manejo obstétrico de gestantes com COVID-19 suspeita ou confirmada.....	36
• Fluxo de atendimento às gestantes em centro obstétrico.....	36
CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS	37
• Saúde indígena	37
• Recomendações quanto à organização e estruturação do trabalho em serviços de saúde para proteção dos profissionais de saúde e preservação da força laboral	37
• Medidas de prevenção e controle	39
• Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus – COVID-19	40
REFERÊNCIAS	40
ANEXOS.....	44



INTRODUÇÃO

Em face da pandemia de COVID-19 declarada pela OMS, em 11 de março de 2020, o Ministério da Saúde, vem através deste documento, oferecer orientações aos gestores e profissionais de saúde sobre o manejo dos pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19 nos diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde, com foco em uma assistência qualificada e em tempo oportuno, desde as pessoas assintomáticas até aquelas com manifestações mais severas da doença.

A COVID-19 destaca-se pela rapidez de disseminação, dificuldade para contenção e gravidade. A vigilância epidemiológica de infecção humana pelo SARS-CoV-2 está sendo construída à medida que a OMS consolida as informações recebidas dos países e novas evidências técnicas e científicas são publicadas. Assim, as melhores e mais recentes evidências foram utilizadas na elaboração desse documento, mas, pela dinâmica da doença e produção de conhecimento associada a ela, atualizações poderão ser necessárias.

Consideramos prerrogativas estruturantes do SUS para o adequado enfrentamento a desta pandemia:

- O provimento de infraestrutura com recursos humanos, equipamentos e suprimentos adequados;
- A comunicação clara, unificada e efetiva com a população e entre todos os pontos da rede assistencial;
- Uma regulação estratégica para direcionar a demanda às vagas adequadas a cada caso;
- A organização apropriada da força de trabalho
- O apoio técnico aos profissionais, por ferramentas de telessaúde e educacionais diversas.

Este material, construído de forma integrada e multidisciplinar, pretende ser este apoio útil e prático, seja na mesa do gestor, à beira do leito ou nos consultórios e domicílios, àqueles que de fato estão à frente da batalha contra o coronavírus, que merecem todo nosso respeito e gratidão.



OBJETIVOS

Geral

- Orientar os profissionais de saúde da Rede Assistencial do SUS para atuação na identificação, notificação e manejo oportuno de casos suspeitos ou confirmados de infecção humana por SARS-CoV-2, mediante critérios técnicos, científicos e operacionais atualizados.

Específicos

- Atualizar os profissionais de saúde que atuam no atendimento de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19;
- Orientar quanto ao adequado manejo de pacientes com COVID-19;
- Apresentar fluxos de manejo clínico e operacional para casos de COVID-19.

CARACTERÍSTICAS GERAIS SOBRE A INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS – SARS-CoV-2

A transmissão do SARS-CoV-2 acontece de uma pessoa doente para outra por meio de gotículas respiratórias eliminadas ao tossir, espirrar ou falar, por meio de contato direto ou próximo, especialmente através das mãos não higienizadas e pelo contato com objetos ou superfícies contaminadas. Estudos apontam que uma pessoa infectada pelo vírus SARS-CoV-2 pode transmitir a doença durante o período sintomático, que pode ser de 2 a 14 dias, em geral de 5 dias, a partir da infecção, mas também sugerem que a transmissão possa ocorrer mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas. Ainda há controvérsias acerca da transmissão do vírus por pessoas assintomáticas.

Diagnóstico

Diagnóstico clínico

A infecção pelo SARS-CoV-2 pode variar de casos assintomáticos, manifestações clínicas leves como um simples resfriado, até quadros de insuficiência respiratória^[BT1], choque e disfunção de múltiplos órgãos, sendo necessária atenção especial aos sinais e sintomas que indicam piora clínica exigindo a hospitalização do paciente.

O diagnóstico pode ser feito por investigação clínico-epidemiológica e exame físico adequado do paciente caso este apresente sintomas característicos da COVID-19. Também é crucial que se considere histórico de contato próximo ou domiciliar nos últimos



14 dias antes do aparecimento dos sintomas com pessoas já confirmadas para COVID-19. Alto índice de suspeição também deve ser adotado para casos clínicos típicos sem vínculo epidemiológico claramente identificável. Essas informações devem ser registradas no prontuário do paciente para eventual investigação epidemiológica.

Diagnóstico laboratorial

O diagnóstico laboratorial pode ser realizado tanto por testes de biologia molecular (RT-PCR), como pelos testes imunológicos (sorologia).

- **Biologia molecular (PCR em tempo real)**

Permite identificar a presença do vírus SARS-CoV-2 em amostras coletadas da nasofaringe até o 8º dia de início dos sintomas. Tem por objetivo diagnosticar casos graves internados e casos leves em unidades sentinela para monitoramento da epidemia.

Segundo a Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial, a detecção do vírus por RT-PCR (reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa) permanece sendo o teste laboratorial de escolha para o diagnóstico de pacientes sintomáticos na fase aguda (entre o 3º e 7º dia da doença, preferencialmente).

- **Imunológico (sorologia por imunocromatografia, teste rápido para detecção de anticorpo IgM e/ou anticorpo IgG, teste enzimaimunoensaio - ELISA IgM ou imunoensaio por eletroquimioluminescência - ECLIA IgG)**

Os testes de detecção de anticorpos contra o SARS-CoV-2 (ou “testes rápidos”) podem diagnosticar doença ativa ou pregressa. Mesmo validados, é importante saber que os testes rápidos apresentam limitações e a principal delas é que precisa ser realizado, de forma geral, a partir do 8º (oitavo) dia do início dos sintomas. É necessário que o caso suspeito ou contato de caso confirmado de COVID-19 espere esse tempo para que o sistema imunológico possa produzir anticorpos em quantidade suficiente para ser detectado pelo teste.

- **Imagem (tomografia computadorizada de alta resolução – TCAR)**

As seguintes alterações tomográficas são compatíveis com caso de COVID-19 (Anexo 1)

*OPACIDADE EM VIDRO FOSCO periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”).

*OPACIDADE EM VIDRO FOSCO multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”).

CORONAVÍRUS COVID-19



*SINAL DE HALO REVERSO ou outros achados de pneumonia em organização (observados posteriormente na doença).

Observações:

Segundo o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), quando indicada, o protocolo é de uma TC de alta resolução (TCAR), se possível com protocolo de baixa dose. O uso de meio de contraste endovenoso, em geral, não está indicado, sendo reservado para situações específicas a serem determinadas pelo radiologista.

Notificação

A Doença pelo SARS-CoV-2 (COVID-19) é uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), segundo Anexo II do Regulamento Sanitário Internacional. Portanto, trata-se de um evento de saúde pública de notificação imediata. A fim de proceder com a adequada notificação do evento, seguir as orientações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde no Guia de Vigilância Epidemiológica que se encontra disponível no: no Portal do Ministério da Saúde.

Além da notificação, as informações de todos pacientes com síndrome gripal devem ser registradas no prontuário para possibilitar a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, assim como realizar a eventual investigação epidemiológica e posterior formulação de políticas e estratégias de saúde. Atente para o uso do CID-10 correto sempre que disponível no sistema de registro.

O CID-10 que deve ser utilizado para síndrome gripal inespecífica é o J11. Os CID-10 específicos para infecção por coronavírus são o B34.2 - Infecção por coronavírus de localização não especificada, e os novos códigos U07.1 - COVID-19, vírus identificado e U07.2 - COVID-19, vírus não identificado, clínico epidemiológico, que são os marcadores da pandemia no Brasil. Nos casos em que haja também classificação por CIAP, pode-se utilizar o ClAP-2 r74 (infecção aguda de aparelho respiratório superior).

Sinais e sintomas

Geralmente, o paciente com COVID-19 apresenta quadro de síndrome gripal (SG), podendo evoluir para síndrome respiratória aguda grave (SRAG). No quadro a seguir estão dispostos os sinais e sintomas por classificação:

CORONAVÍRUS COVID-19



Classificação dos sinais e sintomas por grupo	Leve	Moderado	Grave
Adultos e gestantes	<p><i>Síndrome gripal: tosse, dor de garganta ou coriza seguido ou não de:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Anosmia (disfunção olfativa) – Ageusia (disfunção gustatória) – Coriza – Diarreia – Dor abdominal – Febre – Calafrios – Mialgia – Fadiga – Cefaleia 	<ul style="list-style-type: none"> - Tosse persistente + febre persistente diária OU - Tosse persistente + piora progressiva de outro sintoma relacionado à COVID-19 (adina-mia, prostração, hiporexia, diarreia) OU - Pelo menos um dos sintomas acima + presença de fator de risco 	<p>Síndrome respiratória aguda grave – 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 de lábios ou rosto</p> <p>*Importante: em gestantes, observar hipotensão.</p>
Crianças			<ul style="list-style-type: none"> – Taquipneia: ≥ 70 rpm para menores do que 1 ano; ≥ 50 rpm para crianças maiores do que 1 ano; – Hipoxemia; – Desconforto respiratório; – Alteração da consciência; – Desidratação; – Dificuldade para se alimentar; – Lesão miocárdica; – Elevação de enzimas hepáticas – Disfunção da coagulação; rabdomiólise; – Qualquer outra manifestação de lesão em órgãos vitais

Observação: as crianças, idosos e as pessoas imunossuprimidas podem apresentar ausência de febre e sintomas atípicos.

*Infiltrados bilaterais em exames de imagem do tórax, aumento da proteína C-reativa (PCR) e linfopenia evidenciada em hemograma são as alterações mais comuns observadas em exames complementares.



Condições e fatores de risco a serem considerados para possíveis complicações da síndrome gripal:

- Idade igual ou superior a 60 anos;
- Miocardiopatias de diferentes etiologias (insuficiência cardíaca, miocardiopatia isquêmica etc.);
- Hipertensão;
- Pneumopatias graves ou descompensados (asma moderada/grave, DPOC);
- Tabagismo;
- Obesidade;
- Imunodepressão;
- Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5);
- Diabetes mellitus, conforme juízo clínico;
- Doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica;
- Neoplasia maligna;
- Gestação de alto risco.

Exames laboratoriais e complementares relevantes na COVID-19

• Laboratoriais

Hemograma completo, gasometria arterial, coagulograma (TP, TTPA, fibrinogênio, D-dímero), proteína C-reativa sérica (de preferência ultra sensível); perfil metabólico completo (AST (TGO), ALT (TGP), Gama-GT, creatinina, ureia, albumina), glicemia, ferritina, desidrogenase láctica, biomarcadores cardíacos (troponina, CK-MB, Pró-BNP), 25 OH-Vitamina D, íons (Na/K/Ca/Mg), hemoculturas e culturas de escarro, RT-PCR para SARS-CoV-2, sorologia ELISA IGM IGG para SARS-Cov-2, teste molecular rápido para coronavírus.

• Complementares

Oximetria de pulso, eletrocardiograma e tomografia computadorizada de tórax.



ORGANIZAÇÃO E CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA CUIDADOS AO PACIENTE COM COVID-19

O cuidado à saúde da pessoa com COVID-19 nos serviços de saúde locais é de extrema importância, pois permitem às equipes de saúde lançarem mão dos insumos e recursos disponíveis nos serviços a fim de identificar os sinais de alerta e antecipar as medidas fundamentais para desfechos favoráveis desses casos.

Conhecer e estabelecer fluxos para atendimento ao paciente suspeito ou confirmado de COVID-19 é extremamente importante, pois possibilita a realização de um atendimento resolutivo, maior controle na disseminação da doença, além de garantir a continuidade da assistência nos diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde. As seguintes recomendações podem auxiliar na organização dos serviços:

- Designar profissionais dedicados exclusivamente para o acolhimento e indicação do fluxo diferenciado para pacientes com sintomas respiratórios;
- Realizar classificação de risco na porta de entrada do serviço e encaminhamento subsequente para atendimento, objetivando diminuir o fluxo de pessoas em circulação, o tempo de contato entre pacientes e, conseqüentemente, a disseminação do vírus. Importante verificar viabilidade de fluxos distintos também para exames complementares, administração de medicamentos ou inalação;
- Os pacientes com sintomas respiratórios deverão usar máscara, conforme protocolo local. Encaminhá-los, em seguida, para área de espera exclusiva para esse fim. Ele deverá ser orientado a lavar as mãos com água e sabão ou usar álcool 70% em gel para que não contamine o espaço do atendimento com suas mãos;
- Orientá-los sobre não tocar na máscara, nos olhos, no nariz e na boca;
- Utilizar o EPI necessário para prestar assistência adequada, mas com segurança. Todo profissional em contato com pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 deverão atentar para uso correto dos EPI e adotar as medidas para evitar contaminação/contágio;
- Manter o ambiente de atendimento arejado e, caso haja ventiladores, ajustar o fluxo de ar na direção contrária ao profissional de saúde durante a assistência ao paciente e atentar para a limpeza frequente desses dispositivos. Paciente assintomático respiratório segue o fluxo normal do serviço no qual deu entrada (APS/ hospital) para investigação de outras patologias;

CORONAVÍRUS COVID-19



- Encaminhar o paciente sintomático respiratório com necessidade de internação hospitalar para área de observação exclusiva até sua estabilização ou quando necessária a transferência para serviço de referência. Ao paciente sintomático respiratório sem sinais de gravidade, orientar o tratamento domiciliar e realizar seu monitoramento;
- Evitar que materiais e medicamentos destinados à área dedicada para atendimento à COVID-19 sofram devolução. Se possível, montar uma farmácia satélite para atender rapidamente esta área.
- Sinalizar os ambientes, áreas e espaços destinados ao atendimento de pacientes com COVID-19;
- Viabilizar fluxo de limpeza da área exclusiva, separadamente das demais;
- Manter registro de todos os profissionais que prestarem assistência direta ou entrarem nos quartos ou áreas assistenciais de pacientes com diagnóstico ou suspeita de COVID-19.

Características dos serviços disponíveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme pontos da Rede de Atenção à Saúde

Tipo de serviço	Público demandante: sinais/sintomas	Procedimentos possíveis	Exames possíveis de imediato	Profissionais necessários	Desfechos esperados
APS*	Leves/moderados/graves	Acolhimento(*), primeiro atendimento e diagnóstico clínico(**), suporte terapêutico e ventilatório (se disponível)	Testagem (se disponível), oximetria (se disponível), exames de sangue (se disponível), exames complementares (se disponível e se necessário)	Médico, enfermeiro, téc. de enfermagem, agente comunitário de saúde, equipe de saúde bucal, equipe multidisciplinar	Orientação para tratamento domiciliar, acompanhamento domiciliar ou encaminhamento para estabelecimento de saúde de média ou alta complexidade
Programa Melhor em Casa/ Serviços de Atenção Domiciliar (SAD)	Leves/moderados/graves	Atendimento domiciliar e diagnóstico clínico(**), suporte terapêutico e ventilatório (se disponível)	Testagem (se disponível), oximetria (se disponível), coleta de exames de sangue, encaminhamento para outros exames complementares (se necessário)	Médico, enfermeiro, téc. de enfermagem e fisioterapeuta + equipe multiprofissional	Alta de acompanhamento domiciliar ou encaminhamento para estabelecimento de saúde de média ou alta complexidade
UPA	Leves/moderados/graves	Acolhimento(*), primeiro atendimento e diagnóstico clínico(**), suporte terapêutico e ventilatório	Testagem, exames de sangue e radiografias	Médico, enfermeiro e téc. enfermagem	Alta para acompanhamento domiciliar ou encaminhamento para estabelecimento de saúde de média ou alta complexidade
Container ou tenda	Leves/moderados/graves	Acolhimento(*) e primeiro atendimento e diagnóstico clínico(**), suporte terapêutico	Testagem, exames de sangue e radiografias	Médico, enfermeiro e téc. enfermagem	Alta para acompanhamento domiciliar ou encaminhamento para estabelecimento de saúde de média ou alta complexidade

CORONAVÍRUS COVID-19



Hospital de campanha	moderados/ graves	Acolhimento(*) e primeiro atendimento e diagnóstico clínico(**), suporte terapêutico e ventilatório	Testagem, exames de sangue e radiografias	Médico, enfermeiro, téc. enfermagem e fisioterapeuta	Alta para acompanhamento domiciliar, internação de casos moderados OU encaminhamento para estabelecimento de saúde de alta complexidade
HPP	Leves/ moderados/ graves	Acolhimento(*) e primeiro atendimento e diagnóstico clínico(**), suporte terapêutico e ventilatório	Testagem, exames de sangue e radiografias	Médico, enfermeiro, téc. enfermagem e fisioterapeuta	Alta para acompanhamento domiciliar, internação de casos moderados OU encaminhamento para estabelecimento de saúde de alta complexidade
Hospital geral	moderados/ graves/ muito graves	Acolhimento(*) e primeiro atendimento e diagnóstico clínico(**), suporte terapêutico e ventilatório, UTI	Testagem, exames laboratoriais, radiografias, exames de imagem e outros	Médico, enfermeiro, téc. de enfermagem e fisioterapeuta + equipe multiprofissional	Alta para acompanhamento domiciliar OU internação ou transferência para serviço menos complexo OU hospital de referência
Hospital de referência	Graves e muito graves	Acolhimento(*) e primeiro atendimento e diagnóstico clínico(**), suporte terapêutico e ventilatório, UTI especializada	Testagem, exames laboratoriais, radiografias, exames de imagem e outros	Médico, enfermeiro, téc. de enfermagem e fisioterapeuta + equipe multiprofissional	Alta para acompanhamento domiciliar OU internação ou transferência para serviço menos complexo OU hospital de referência

APS: Atenção Primária à Saúde; UPA: Unidade de Pronto Atendimento; HPP: hospital de pequeno porte

(*) Melhor em Casa/ Serviços de Atenção Domiciliar (SAD): Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar e de Apoio (EMAD). Vide Nota Técnica nº 9, sobre recomendações da Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar em relação à atuação dos SAD/ Programa Melhor em Casa na pandemia do coronavírus (COVID-19). Disponível em: portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/20/doc-nota-tecnica-covid19---1-.pdf

(**) Consultório na Rua, Equipes de Saúde da Família, Equipes de Atenção Primária à Saúde, Equipes de Saúde Ribeirinha, Unidade Básica de Saúde Fluvial, Saúde na Hora, Equipe de Atenção Básica Prisional, Centros de Atendimento para Enfrentamento da COVID-19, Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da COVID-19 e outros serviços existentes a nível local.

(*) Acolhimento do paciente com sintomas gripais em todos os serviços:

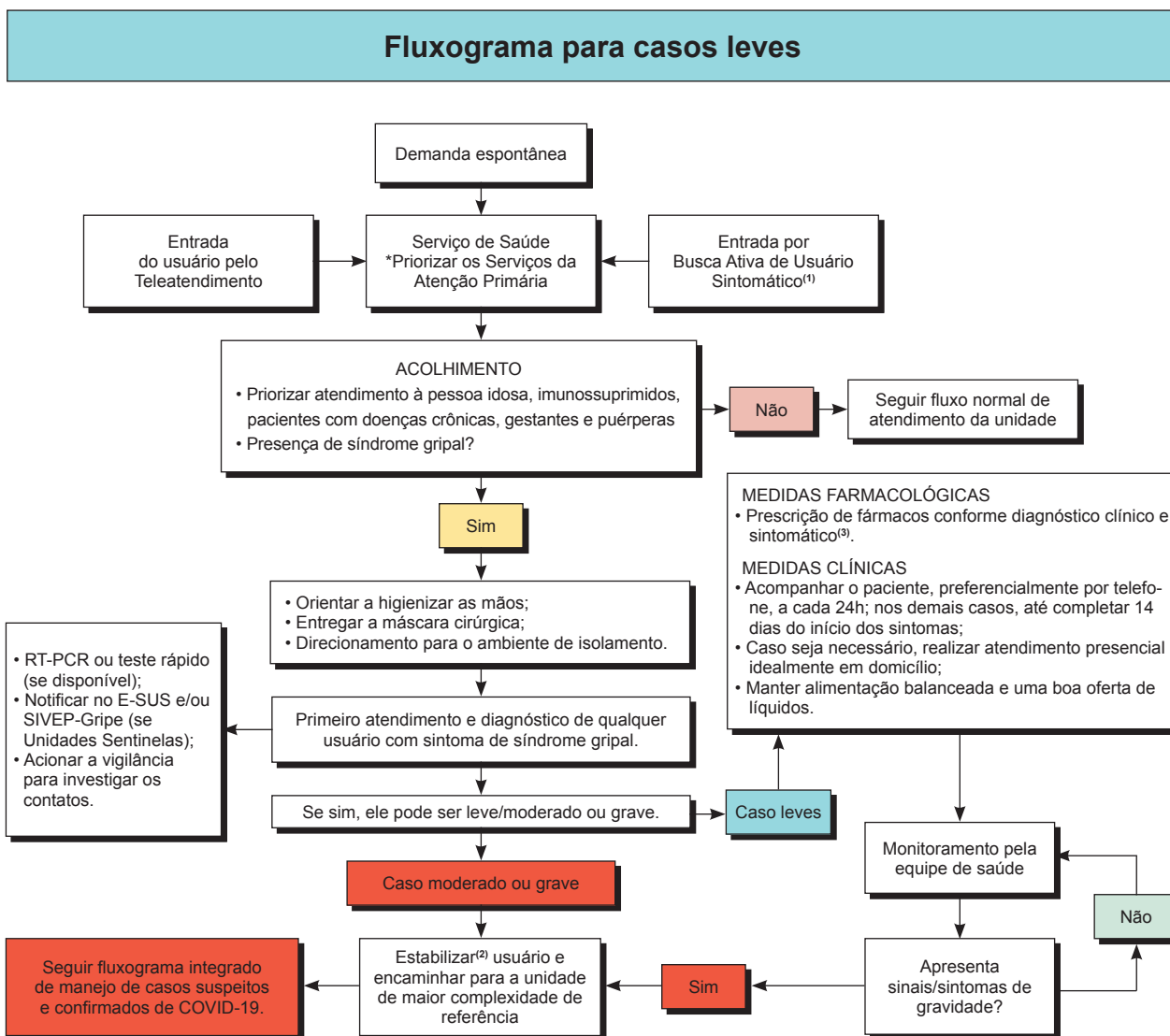
- Fluxo diferenciado sinalizado;
- Os pacientes com sintomas respiratórios deverão utilizar máscaras conforme protocolo local;
- Fornecer meios para higienização das mãos;
- Sala de espera exclusiva.

(**) Primeiro atendimento para diagnóstico clínico em todos os serviços:

- Atendimento seguindo as recomendações de precaução de contato e respiratório (gotículas, aerossóis ou em caso de procedimentos que gerem aerossóis);
- Coletar informações sobre a história pregressa e antecedentes de risco do paciente;
- Realizar exame físico, obter dados vitais, oximetria de pulso;
- Realizar o diagnóstico clínico;
- Avaliar a necessidade de testagem para COVID-19;
- Avaliar necessidade de solicitar exames de sangue (hemograma, coagulograma, função hepática e renal, ionograma, LDH, PCR, D-Dímero e gasometria se saturação O₂ < 95%);
- Avaliar necessidade de exames de imagem e exames complementares: radiografia ou tomografia computadorizada (TC) de tórax e eletrocardiograma;
- Realizar prescrição de acordo com o quadro clínico do paciente;
- Encaminhar para alta e monitoramento domiciliar ou serviço de maior complexidade, conforme diagnóstico.



CONDUTA CLÍNICA CONFORME A GRAVIDADE



(1) Entrada por Busca Ativa: usuários que foram orientados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou outros profissionais de saúde a procurarem as unidades atenção da primária. Os ACS são atores importantes na identificação precoce dos casos de síndrome gripal na comunidade.

(2) Caso o atendimento ocorra na APS, estabilizar o usuário para transporte: garantir estabilidade ventilatória e hemodinâmica, se necessário fornecendo cateter com O₂ e soro endovenoso.

(3) Nota Informativa nº 9/2020 GAB/SE/MS: Orientações para Manuseio Medicamentoso Precoce de Pacientes Adultos com Diagnóstico de COVID-19 e suas atualizações.

CORONAVÍRUS COVID-19



Casos leves

Deverão ser observados os sinais e sintomas apresentados pelo paciente para condução da melhor terapêutica. É de extrema importância a realização da anamnese, exame físico e exames complementares (conforme disponibilidade) para uma melhor abordagem e conduta. O médico poderá proceder com prescrição a seu critério, conforme diagnóstico clínico realizado, observando as recomendações locais e as orientações do Ministério da Saúde.

O afastamento/tratamento domiciliar será por 14 dias a contar da data de início dos sintomas e, para tal, faz-se necessário o fornecimento de atestado médico até o final do período. Caso o paciente não tenha sido atendido em serviço de Atenção Primária à Saúde, fornecer **Guia de Contrarreferência** a ser apresentada nesse ponto da rede para fins de acompanhamento e monitoramento da evolução do caso pela APS.

A estratégia para acompanhamento e monitoramento deverá levar em consideração as orientações e recomendações do Ministério da Saúde e do gestor local.

Monitoramento clínico no âmbito da Atenção Primária à Saúde

Se esse paciente for atendido em UPA, pronto socorro ou hospital, é imprescindível a comunicação com os serviços de Atenção Primária à Saúde para realização de monitoramento durante todo o período de afastamento/tratamento a fim de observar a evolução clínica do quadro. O monitoramento será feito por um profissional da APS a cada 24h em pessoas com mais de 60 anos e portadores de condições clínicas de risco e a cada 48h nos demais, até completar 14 dias do início dos sintomas.

Em referência à Portaria nº 454, de 20 de março de 2020, que define as condições de afastamento/tratamento domiciliar, é importante esclarecer que o documento recomenda o afastamento ou tratamento das pessoas com qualquer sintoma respiratório o mais precoce possível, buscando a contenção da transmissibilidade da COVID-19.

Os contatos domiciliares de paciente com SG confirmada também deverão realizar as medidas de distanciamento social por 14 dias, bem como medidas de higienização. Caso seja necessário, os contatos deverão receber atestado médico pelo período preconizado, com o CID 10 – Z 20.9 – Contato com exposição à doença transmissível não especificada.

A pessoa sintomática, ou seu responsável legal, deverá informar ao profissional médico o nome completo das demais pessoas que residam no mesmo endereço, assinando um termo de declaração contendo a relação dos contatos domiciliares, sujeitando-se à responsabilização civil e criminal pela prestação de informações falsas. Caso o contato inicie



com sintomas e seja confirmada SG, deverão ser iniciadas as precauções de afastamento ou tratamento para paciente, o caso notificado e o período de 14 dias deve ser reiniciado.

Contudo, o período de afastamento ou tratamento das demais pessoas do domicílio é mantido. Ou seja, contatos que se mantenham assintomáticos por 14 dias não reiniciam seu afastamento ou tratamento, mesmo que outra pessoa da casa inicie com sintomas durante o período.

Deverá ser realizado o monitoramento presencial ou por telefone a cada 24h em pessoas com mais de 60 anos e portadores de condições clínicas de risco e a cada 48h nos demais, até completar 14 dias do início dos sintomas. Reforçar com o paciente a importância e da permanência do uso de máscara no domicílio e deve ser seguido as orientações preconizadas em cada município.

Teleatendimento

Em 20 de março de 2020 foi publicada Portaria nº 467, que dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da epidemia de COVID-19.

Por meio desta portaria, ficam autorizadas, em caráter excepcional e temporário, ações de telemedicina de interação a distância. Elas podem contemplar atendimento pré-clínico, suporte assistencial, consultas, monitoramento e diagnóstico realizados por meio de tecnologia da informação e comunicação no âmbito do SUS.

A teleconsulta poderá ser feita pelo canal com que o paciente tenha mais afinidade, podendo ser realizada por telefone ou videoconferência. A escolha pelo tipo de modalidade de atendimento está condicionada à situação clínica, cabendo a decisão ao profissional e à pessoa a ser atendida.

Os atendimentos deverão garantir a integridade, a segurança e o sigilo das informações. Deverão também ser registrados em prontuário clínico, com as seguintes informações:

- I. Dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchidos em cada contato com o paciente;
- II. Data, hora, tecnologia da informação e comunicação utilizada para o atendimento; e
- III. Número do Conselho Regional Profissional e sua unidade da federação.



É importante que a equipe atue de forma integrada, com apoio entre profissionais de nível superior e de nível técnico, facilitando o fluxo de informação e decisão.

Consultório Virtual de Saúde da Família

É uma ferramenta *on-line* disponibilizada para todas as equipes da APS do SUS. Com essa ferramenta, os profissionais de saúde podem fazer teleconsultas de forma ágil, cômoda e segura, mantendo a continuidade do cuidado. Além da oferta de plataforma para realização de teleconsultas, os profissionais receberão treinamento para a navegação no sistema, com manutenção e suporte técnico do sistema 24 horas por dia. Os profissionais que aderirem receberão gratuitamente certificação para a realização dos teleatendimentos. A plataforma permitirá aos médicos e profissionais de APS registrar a consulta a distância, emitir atestados e receitas e enviar por endereço eletrônico para seus pacientes. Para aderir ao uso da ferramenta, foi adicionado um módulo **no e-Gestor AB** (egestorab.saude.gov.br).

O gestor local deverá entrar e adicionar os profissionais que farão uso do Consultório Virtual de Saúde da Família. O manual instrutivo de cadastro dos profissionais também está disponível no e-Gestor AB. Os dados serão validados e o suporte da plataforma fará contato com o profissional para disponibilização do acesso e treinamento, bem como para a emissão da certificação digital, que será gratuita e com validade de cinco anos.

Estratégias tecnológicas para esclarecimento de dúvidas sobre a COVID-19 para a população

Como uma estratégia de esclarecimento das dúvidas da população sobre a COVID-19, o Ministério da Saúde disponibiliza o canal de comunicação Disque Saúde. A ligação é gratuita para o telefone 136.

Estratégias tecnológicas de suporte às equipes de saúde - Telessaúde para Atenção Primária e Especializada

- **Teleconsultoria para Atenção Primária**

O Ministério da Saúde dispõe de suporte especializado para discussão de caso entre profissionais de Atenção Primária em Saúde e especialistas em saúde. Em caso de dúvidas sobre manejo clínico e gestão dos casos de síndrome gripal, os profissionais da Atenção Primária podem entrar em contato com o número 0800 644 6543. O suporte

CORONAVÍRUS COVID-19



por telefone está disponível de segunda à sexta-feira, das 8h às 20h, gratuitamente. As dúvidas dos profissionais de saúde são respondidas em tempo real por um time de especialistas, sem a necessidade de agendamento prévio.

- **Teleconsultoria para Atenção Especializada**

Para orientação a respeito dos casos graves, o Ministério da Saúde, em parceria com o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), oferece, por meio do Projeto Tele-UTI COVID-19 Brasil, um serviço de rotina/visita horizontal diária utilizando recursos de telemedicina. Hospitais de referência COVID-19, em regiões com grande número de casos são elegíveis para esta modalidade. Maiores informações e cadastramento podem ser realizados pelo telefone (61) 3315-9209 ou no site hospitais.proadi-sus.org.br/covid19. Também está disponível um “hot-line” direcionado a todos os profissionais de saúde para auxiliar na condução dos casos graves e discussão dos protocolos de segurança todos os dias, das 7 às 19h, pelo número 0800-970-0311.

- **Tele atendimento para suporte psicológico aos profissionais de saúde**

O TelePSI conta com uma central de atendimento que presta serviços de suporte a saúde mental para os profissionais de saúde que estão na linha de frente no combate à COVID-19 em todo país. A central de atendimento funciona de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, pelo número 0800-644-6543.

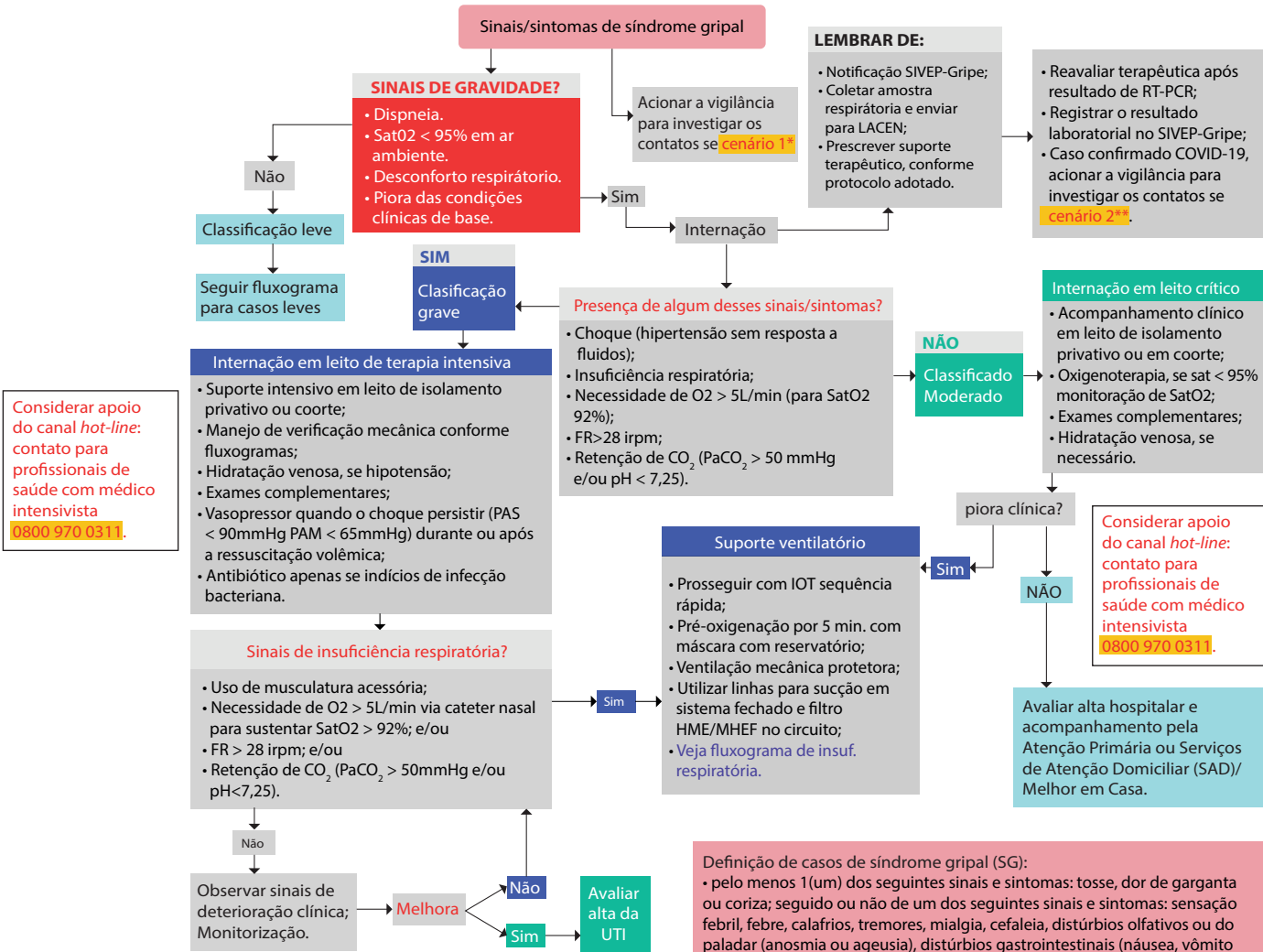
CORONAVÍRUS COVID-19



Fluxograma integrado de manejo de casos suspeitos e confirmados de COVID-19

LEGENDA

- Casos leves
- Casos moderados
- Casos graves



Considerar apoio do canal **hot-line:** contato para profissionais de saúde com médico intensivista **0800 970 0311**.

Considerar apoio do canal **hot-line:** contato para profissionais de saúde com médico intensivista **0800 970 0311**.

Definição de casos de síndrome gripal (SG):

- pelo menos 1 (um) dos seguintes sinais e sintomas: tosse, dor de garganta ou coriza; seguido ou não de um dos seguintes sinais e sintomas: sensação febril, febre, calafrios, tremores, mialgia, cefaleia, distúrbios olfativos ou do paladar (anosmia ou ageusia), distúrbios gastrointestinais (náusea, vômito ou diarreia).

CRITÉRIOS DE ALTA DA UTI

- Paciente que tenha seu quadro clínico controlado e estabilizado (extubação > 24h, sem DVA > 24h, tolera HDI sem DVA, pouca necessidade de aspirações de VA);
- Paciente para o qual tenha se esgotado todo arsenal terapêutico curativo/ estaurativo e que possa permanecer no ambiente hospitalar fora da UTI de maneira digna e, se possível, junto com sua família.

ATENÇÃO

- Colete culturas antes da primeira dose de antibiótico e desalone com base no resultado microbiótico ou julgamento clínico
- Não administre rotineiramente corticosteroides sistêmicos para tratamento de pneumonia viral ou SRAG, a menos que sejam indicados por outro motivo.

***Cenário 1** - apenas casos importados (local de infecção fora do seu município de residência), casos autóctones esporádicos ou clusters localizados.

****Cenário 2** - transmissão comunitária.

Definição de síndrome respiratória aguda grave (SRAG):

- Indivíduo com SG que apresenta, pelo menos, 1 (um) dos seguintes sinais e/ou sintomas:
- Falta de ar (dispneia, desconforto respiratório); ou
- Sensação de pressão persistente no peito (tórax); ou
- Saturação de O₂ menos que 95% em ar ambiente (medida em oxímetro de pulso); ou
- Coloração azulada da face (lábios ou rosto).



CASOS MODERADOS

São aqueles que necessitam de internação hospitalar para observação e acompanhamento clínico, mas não preenchem critérios de gravidade para internação em UTI: não têm disfunções orgânicas ou instabilidade hemodinâmica e não estão necessitando de ventilação mecânica ou outros procedimentos de cuidado intensivo. Em geral, são pessoas com alguma condição prévia que os coloca em grupo de risco, cuja hospitalização é recomendável até a estabilização clínica (ausência de febre e dispneia por pelo menos 48h) e melhora dos parâmetros laboratoriais. No momento da alta, é importante fazer contato telefônico e fornecer Guia de Contrarreferência a ser apresentada no serviço de Atenção Primária à Saúde ou Serviços de Atenção Domiciliar/ Melhor em Casa para acompanhamento e monitoramento da evolução do caso.

Caso o atendimento de um paciente classificado como “caso moderado” ocorra na APS, este deverá ser estabilizado para transporte a serviço de maior complexidade. Deve-se garantir estabilidade ventilatória e hemodinâmica, se necessário fornecendo cateter com O₂ e administração de solução fisiológica endovenosa.

CASOS GRAVES

MANEJO CLÍNICO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA POR SARS-COV-2

Terapia e monitoramento precoces

- Administre oxigenoterapia suplementar imediatamente a pacientes com dificuldade respiratória, hipoxemia ou choque com alvo em SpO₂ 92-96%.

*Adultos com sinais de emergência (obstrução ou ausência de respiração, desconforto respiratório grave, cianose central, choque, coma ou convulsões) devem receber manejo das vias aéreas e oxigenoterapia durante a abordagem para atingir SpO₂ entre 92-96%. Inicie a oxigenoterapia a 5L/min e avalie as taxas de fluxo para atingir a meta SpO₂ ≥ 92%; ou use máscara facial não reinalante com bolsa reservatório (de 10-15L/min), se o paciente estiver em estado grave. Assim que o paciente for estabilizado, a meta é SpO₂ 92 a 96%.

- Administre antibiótico dentro de uma hora da avaliação inicial de pacientes com sepse (de origem bacteriana) e ou suspeita de pneumonia comunitária bacteriana, colete culturas antes de iniciar o antibiótico e reavalie as indicações com base no resultado microbiológico e/ou julgamento clínico.



- Não administre rotineiramente corticosteroides sistêmicos para tratamento de pneumonia viral ou insuficiência respiratória, a menos que sejam indicados por outro motivo, como uso crônico.
- Monitore de perto os pacientes com insuficiência respiratória quanto a sinais de complicações clínicas em decorrência do agravamento da condição pulmonar, como piora do nível de consciência e/ou dos parâmetros hemodinâmico, como alterações da frequência cardíaca e/ou dos níveis pressóricos, os quais podem ter progressão rápida, consequentemente necessitando de intervenções de suporte imediatamente.
 - * Os pacientes hospitalizados com insuficiência respiratória requerem monitoramento regular dos sinais vitais e, sempre que possível, utilização de escores de alerta que facilitam o reconhecimento precoce e a intensificação do tratamento do paciente em deterioração.
 - * Os exames laboratoriais de hematologia e bioquímica, gasometria, raio X de tórax e o ECG devem ser realizados na admissão e conforme indicação clínica para monitorar as complicações, como lesão hepática aguda, lesão renal aguda, lesão cardíaca aguda, piora da oxigenação ou instabilidade hemodinâmica. Exames de coagulação, como D-dímero, TP e TPPA, devem ser solicitados nos casos mais graves, bem como ecocardiograma e tomografia de tórax (quando disponíveis e possíveis).
 - * A aplicação de terapias de suporte oportunas, eficazes e seguras é o pilar da terapia para pacientes que desenvolvem manifestações graves da COVID-19.
- Entenda as comorbidades do paciente para atendimento individualizado e prognóstico. Mantenha uma boa comunicação com o paciente e seus familiares.
- Determine quais terapias crônicas devem ser continuadas e quais devem ser interrompidas temporariamente. Monitore interações medicamentosas.

Indicações de admissão na UTI

É necessário apresentar pelo menos um dos critérios abaixo:

- Insuficiência respiratória aguda, com necessidade de ventilação mecânica invasiva ou
- Insuficiência respiratória aguda com necessidade de ventilação não invasiva (principalmente quando houver necessidade de $FiO_2 > 50\%$, ou $IPAP > 10\text{cmH}_2\text{O}$ ou $EPAP > 10\text{cmH}_2\text{O}$ para manter $SpO_2 > 94\%$ e/ou $FR \leq 24$ rpm).
- $PaCO_2 \geq 50\text{mmHg}$ e $pH \leq 7,35$.

Pacientes com instabilidade hemodinâmica ou choque, definidos como hipotensão arterial ($PAS < 90\text{mmHg}$ ou $PAM < 65\text{mmHg}$).

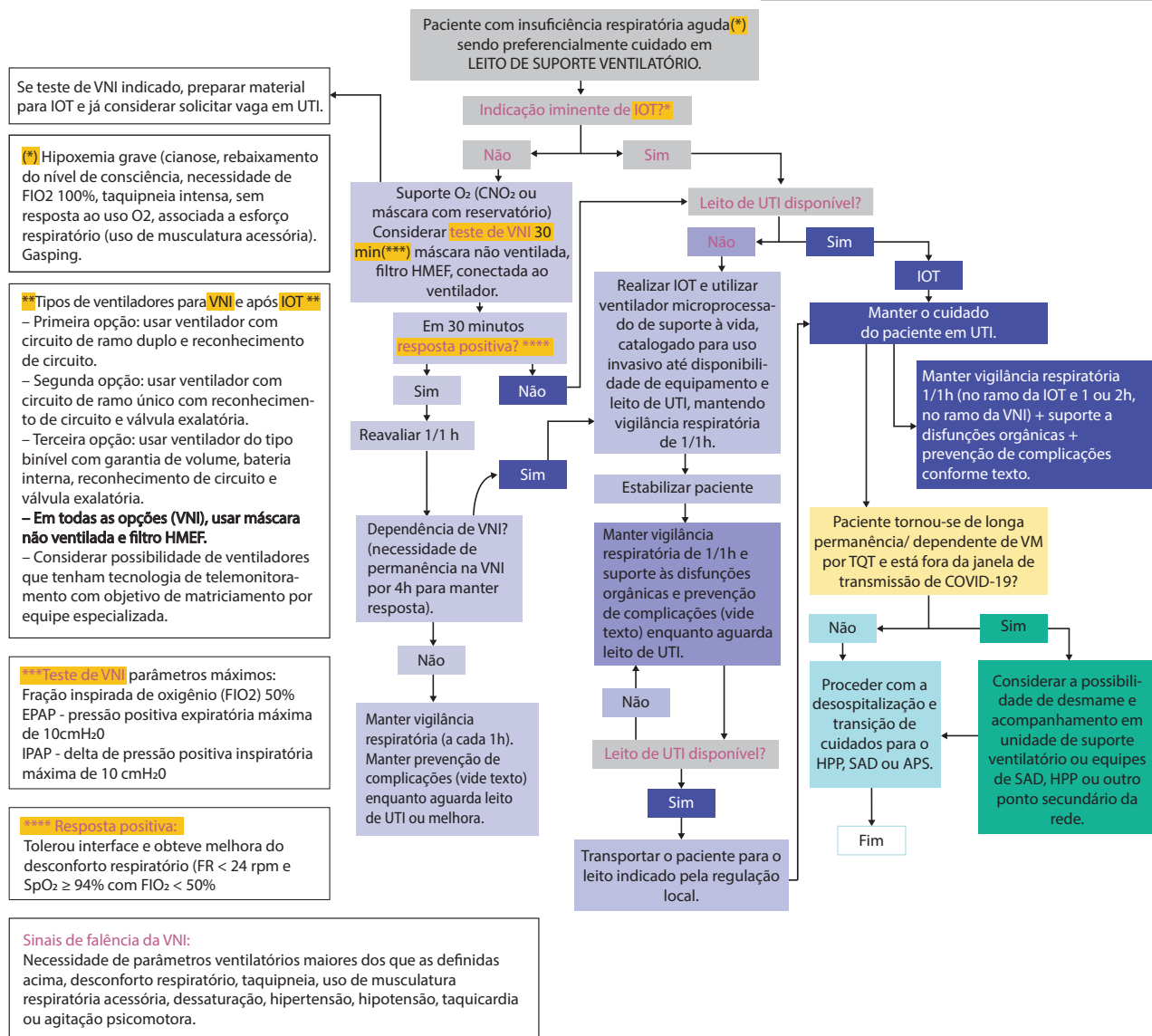
CORONAVÍRUS COVID-19



Tratamento da insuficiência respiratória hipoxêmica

Fluxograma de abordagem à insuficiência respiratória

LEGENDA
 Insuficiência resp. FORA da UTI
 Insuficiência resp. DENTRO da UTI
 Estabilizado, mas ainda necessita cuidados ventilatórios
 Estabilizado totalmente



1. Indispensável uso de EPI (isolamento de contato e respiratório). Internação em leito privativo ou coorte de suspeitos/confirmados.
2. Requisitos mínimos ventiladores (conforme nota técnica AMIB/2020): modos VCV e/ou PCV; controle de delta de pressão (sobre a PEEP) em modo PCV (de 5 a 30cmH₂O) e controle de volume corrente inspirado no modo VCV (de 50 a 700mL); controle de FiO₂ (21 a 100%); PEEP (0 a 20cmH₂O); controle de tempo inspiratório (no modo PCV) em segundos (0,3-2s) e fluxo inspiratório (no modo VCV, até 70L/min); controle de frequência respiratória, de 8 a 40 rpm; medida de pressão de vias aéreas (manômetro analógico ou digital); medida de volume corrente expirado sempre que possível; alarme de pressão máxima em vias aéreas, vazamento e queda de rede de gases; possibilidade de anexar filtro tipo HEPA de alta capacidade (N99 ou N100) no ramo expiratório; e, se possível, possui bateria com, pelo menos, 2 horas de capacidade.

CORONAVÍRUS COVID-19



- Reconheça a insuficiência respiratória hipoxêmica grave quando um paciente com dificuldade respiratória estiver com falha na oxigenoterapia padrão e prepare-se para fornecer suporte avançado de oxigênio/ventilação.
- Preferencialmente, este paciente deve estar em estabelecimento que disponibilize minimamente leito de suporte ventilatório, como Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), hospitais de pequeno porte (HPP), hospitais de campanha ou hospitais gerais e de referência para COVID-19. Tais leitos devem contar com ventiladores e monitores adequados.

***Unidade de internação clínica:** voltada para a internação de pacientes com sintomas respiratórios de baixa complexidade, podendo funcionar como retaguarda para unidades hospitalares permanentes que possuam leitos de UTI e sejam referência para tratamento da COVID-19.

***Unidade de suporte ventilatório pulmonar:** apoio à Unidade de Internação Clínica com a função de tratamento de casos em que os pacientes apresentem piora do quadro respiratório que necessite de suporte ventilatório não invasivo e invasivo e estabilização do paciente quando apresentar estado de choque e instabilidade hemodinâmica. A unidade servirá para estabilização do doente até o remanejamento à unidade de referência hospitalar que possua leitos de UTI para enfrentamento da COVID-19.

- Tentar ventilação não invasiva, preferencialmente se equipamento com dupla conexão para VNI disponível (atentar a dispersão de aerossol: medidas de precaução, incluindo contato + aerossóis e, se possível, internação em leito privativo ou coorte de suspeitos/confirmados de COVID-19). De acordo com a AMIB (Associação de Medicina Intensiva brasileira), poderá ser tentado o CNAF (cateter nasal de alto fluxo) em pacientes dispneicos e hipoxêmicos. Entretanto, é necessário atender a 3 requisitos:
 1. Dispositivo pronto para uso imediato na Unidade;
 2. Equipe treinada/experiente;
 3. Ter EPI suficientes para procedimentos geradores de aerossóis.

Caso não haja melhora com o uso de CNAF, está indicada a IOT (intubação orotraqueal) e iniciar VMI (ventilação mecânica invasiva). ATENÇÃO: “Idealmente, o uso de cateter nasal de alto fluxo é recomendado apenas se leitos com pressão negativa estiverem presentes ou se estrutura mínima necessária para instituir medidas de precaução para contato e aerossóis”.

CORONAVÍRUS COVID-19



- Teste de VNI terá duração de 30 minutos e poderá ser realizado com parâmetros máximos de: fração inspirada de oxigênio (FiO₂) 50% ou pressão positiva (PP) com delta de 10cmH₂O e pressão positiva expiratória na via aérea (EPAP) 10cmH₂O. Recomenda-se a utilização de máscara orofacial ocluída (sem válvula exalatória).

*Critério de sucesso na VNI: tolerar interface, melhora do desconforto respiratório (FR < 24 irpm e SpO₂ ≥ 94% com FiO₂ ≤ 50%) após 60 minutos de VNI, sem dependência (tolera ficar 2h ou mais fora da VNI, para manter SpO₂ ≥ 94%). Considerar intubação orotraqueal imediata nos casos de insucesso.

- O teste de VNI deve ser monitorado de perto pelos profissionais da unidade. Adaptação inapropriada à interface e sinais de falência respiratória (taquipneia, uso de musculatura respiratória acessória, dessaturação, hipotensão, hipertensão, taquicardia, agitação psicomotora) devem ser rapidamente reconhecidos e são considerados critérios para intubação orotraqueal.

*“Em situações onde não há ventilador mecânico disponível, havendo aparelhos de CPAP ou BIPAP convencionais de ramo único e o paciente estiver com indicação de intubação, pode-se tentar o uso destes equipamentos de forma excepcional. Nesta situação, necessariamente, o paciente deve estar em quarto de isolamento (se possível com pressão negativa) ou em uma unidade dedicada a pacientes com coronavírus. Neste quadro, todos os profissionais de saúde deverão necessariamente estar utilizando equipamentos de proteção individual com paramentação para procedimentos aerossolizantes. Evitar manter essa modalidade de suporte ventilatório se não houver melhora clínica, indicando-se nesse caso a intubação orotraqueal” (AMIB, NT Jun. 2020). Assim que detectados tais casos, recomenda-se imediatamente **contato com a Central de Regulação** para localização de leito com cuidados apropriados.

Contraindicações à ventilação não invasiva (VNI):

- Rebaixamento nível consciência.
- Aumento secreção pulmonar com necessidade de aspiração frequente.
- Risco de vômitos e aspiração.
- Hemorragia digestiva alta (HDA).
- Mal acoplamento da máscara (p. ex., em caso de deformidades, cirurgia ou trauma de face).
- Falta de colaboração do paciente.
- Instabilidade hemodinâmica.
- Obstrução das vias aéreas.
- Parada cardiorrespiratória.
- Taquipneia progressiva intensa > 35-40 irpm.
- Hipoxemia grave (PaO₂/FiO₂ < 150-200).
- Hipercapnia PaCO₂ > 60 mmHg.
- Queda pH progressiva (pH < 7.20-7.25).

CORONAVÍRUS

COVID-19



- Dependência de VNI será considerada quando o paciente não tolerar permanecer fora da VNI por pelo menos 2h (em período de 6 horas), com os seguintes parâmetros: FR \leq 24-28 irpm, SpO₂ \geq 92%, sem esforço significativo. Em pacientes caracterizados como dependentes de VNI, a intubação orotraqueal é recomendada.

- Na VNI e/ou mesmo em cateter nasal, pode ser tentado alternar o decúbito do paciente para decúbitos laterais e **posição prona** para tentar, assim, evitar a necessidade de intubação orotraqueal.

*Caso esses pacientes necessitem de O₂ via cateter nasal maior que 5L/minuto para sustentar SpO₂ > 92% (92 a 96%) e/ou tenham frequência respiratória > 28 irpm (principalmente associada a uso de musculatura acessória) ou retenção de CO₂ (PaCO₂ > 50mmHg e/ou pH < 7,25) e/ou rebaixamento do nível de consciência, pacientes dependentes de VNI ou que não adaptaram também devem ser intubados e ventilados mecanicamente imediatamente.

*Os pacientes com insuficiência respiratória aguda, especialmente as crianças pequenas ou pessoas que são obesas ou estão grávidas, podem dessaturar rapidamente durante a intubação. Pré-oxigênio com FiO₂ a 100% durante 5 minutos através de uma máscara facial com bolsa reservatório. A ventilação com dispositivo válvula-máscara-reservatório (popularmente, Ambu) deve ser evitada pelo risco de produção de aerossol e contaminação do ambiente.

*A sequência rápida de intubação (SRI) é apropriada após uma avaliação das vias aéreas que não apresente sinais de intubação difícil.

- Para realizar SRI, considerar a sequência a seguir: fentanil 50-100mcg EV; etomidato 0,3mg/kg ou propofol 2mg/kg, 3 min. após infusão do fentanil; lidocaína 2% sem vasoconstritor 40mg; bloqueio neuromuscular com succinilcolina 1mg/kg (ou rocurônio 1,2mg/kg, caso exista contraindicação à succinilcolina, como por exemplo hipercalemia, hipertensão intracraniana, glaucoma, história pessoal ou familiar de hipertermia maligna) para facilitar a intubação e evitar tosse durante o procedimento.
- Após verificação do adequado posicionamento do tubo orotraqueal com capnógrafo e insuflação do balonete, o paciente poderá ser conectado ao ventilador, com colocação de filtro barreira apropriado na saída do circuito expiratório para o ambiente (além da necessidade de filtro de barreira entre o tubo orotraqueal e o circuito ventilatório).

CORONAVÍRUS COVID-19



- O paciente submetido à intubação orotraqueal deverá ser ventilado a partir de uma estratégia protetora, no modo volume ou pressão controlada (VCV ou PCV) com volume corrente igual a 6mL/kg de peso predito (fórmula abaixo) e pressão de platô menor que 30cmH₂O, com pressão de distensão ou *driving pressure* (= pressão de platô menos a PEEP) menor que 15cmH₂O, e com frequência respiratória entre 20-24 rpm para manter pCO₂ normal (volume minuto entre 7-10L/min).

Fórmula de peso predito ideal:

- **Homem: (Altura – 100) x 0.90**
- **Mulher: (Altura – 100) x 0.85**

- O ajuste da PEEP ideal ainda permanece não totalmente elucidado. Para PEEP baixa, a tabela PEEP/FiO₂ da ARDSNet é aplicável na maioria dos casos:

FiO ₂	0.3	0.4	0.4	0.5	0.5	0.6	0.7	0.7	0.7	0.8	0.9	0.9	0.9	1.0
PEEP	5	5	8	8	10	10	10	12	14	14	14	16	18	18-24

- A tabela PEEP/FiO₂ da ARDSNet para PEEP alta pode ser utilizada em casos de hipoxemia persistente (relação PaO₂/FiO₂ < 150):

FiO ₂	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.5	0.5	0.5-0.8	0.8	0.9	1.0	1.0
PEEP	5	8	10	12	14	14	16	16	18	20	22	22	22	24

- Em casos selecionados (hipoxemia persistente, PaO₂/FiO₂ < 150, padrão sugestivo de colapso em bases em pacientes bem sedados, com bloqueio neuromuscular e não hipovolêmicos), a PEEP pode ser aumentada para 25cmH₂O, mantendo delta de pressão de 15cmH₂O, durante 5 minutos.

- **Posição prona** se PaO₂/FiO₂ < 150: manter em posição prona por 16 horas. Prioritária é a segurança (atenção relacionadas ao tubo endotraqueal, cateteres e úlceras de pressão. Cuidados com a paramentação adequada - contato e aerossóis - para toda equipe assistente que irá realizar a rotação. Prover adequada sedoanalgesia e, se preciso, curarização). O paciente poderá permanecer em decúbito supino se, após a monobra de prona, permanecer com PaO₂/FiO₂ > 150 (preferencialmente, com FiO₂ < 60%. Do contrário, pode-se considerar novo ciclo em posição prona – AMIB, 2020).



- Adotar estratégia conservadora (balanço hídrico zerado) de gerenciamento de fluidos para pacientes com insuficiência respiratória sem hipoperfusão tecidual (notadamente, após as 24-48h de admissão na UTI e/ou IOT).
- Evitar que o paciente se desconecte do ventilador, o que resulta em perda de PEEP e atelectasia.
- Evitar transportar pacientes com diagnóstico suspeito ou confirmado de COVID com máscara de Venturi, devido ao risco de transmissão (atentar para as medidas de precaução e isolamento adequadas).
- Use cateteres em linha para sucção das vias aéreas e realize o pinçamento do tubo endotraqueal quando for necessário desconectar (p. ex., transferir para um ventilador de transporte ou troca de filtro HME).
- Se paciente permanecer hipoxêmico, com $PaO_2/FiO_2 < 80$ a 100, apesar das medidas acima descritas, considerar transferência para hospital de referência para realização de ECMO (oxigenação por membrana extracorpórea).

Critérios para desmame de ventilação mecânica – Anexos 4 e 5

- Melhora da doença de base, paciente estável hemodinamicamente (sem uso de DVA, ou noradrenalina $< 0,2\text{mcg/kg/min}$ e em ritmo de queda), em modo de ventilação com pressão de suporte de $\leq 10\text{cmH}_2\text{O}$, PEEP $\leq 10\text{cmH}_2\text{O}$, $FiO_2 < 45\%$, mantendo $SpO_2 > 94\%$ por mais de 24 horas seguir para teste de respiração espontânea (TRE: PS 5 a $7\text{cmH}_2\text{O}$, PEEP = $8\text{cmH}_2\text{O}$, $FiO_2 < 40\%$, por 30 a 120 min).

Critérios de sucesso após TRE

- Troca gasosa ($SpO_2 \geq 90\%$ com $FiO_2 \leq 50\%$; aumento $< 10\text{mmHg}$ $PaCO_2$ basal). Hemodinâmica (FC $\leq 120-140$ ou aumento $< 20\%$ da FC inicial; PA estável). Conforto respiratório (FR ≤ 35 rpm e/ou aumento de FR $\leq 50\%$ basal; sem uso de musculatura acessória), seguir para extubação.

Sedação e analgesia – Anexos 2 e 3

- A associação de propofol (máx. 3mg/kg/h) com fentanil [$25-50\text{mcg/h}$ (máx. 100mcg/h em casos específicos)] é a primeira escolha para sedação/ analgesia de pacientes submetidos a VM por COVID-19.
- Na presença propofol em dose $> 3\text{mg/kg/h}$, recomenda-se a associação de midazolam na dose de $0,02$ a $0,2\text{mg/kg/h}$ [concentração de 1mg/mL – diluição padrão de 150mL].

CORONAVÍRUS COVID-19



(30mL, se apresentação de 5mg/mL) em SG 5% 120mL].

- Alvo sedação durante as primeiras 48 horas de VM: RASS -5.
- Alvo sedação após as primeiras 48 horas de VM: caso relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 > 250$, PEEP $\leq 15\text{cmH}_2\text{O}$ e $\text{FiO}_2 \leq 50\%$ = RASS -3 a 0. Caso relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 250$ e PEEP $> 15\text{cmH}_2\text{O}$ = RASS -4 a -5.
- Controle de agitação: propofol: 10 a 40mg (1 a 4mL) em bólus; midazolam: 3 a 5mg (5 a 8mL) em bólus.
- Controle de dor (analgesia): fentanil em bólus: 50mcg; associação com analgésico comum com objetivo de poupar opioide.
- Recomenda-se utilização de cisatracúrio 0,15mg/kg em bólus seguido de infusão em BIC de 1-4mcg/kg/min quando houver: dissincronia paciente-ventilador grave e persistente, caracterizada por piora da oxigenação e da ventilação após ajuste da VM e ajuste de sedação, em pacientes com relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ entre 150 e 200, ou relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 150$ com PEEP $> 15\text{cmH}_2\text{O}$. Se BNM iniciado, manter por 48h (preferencialmente associado à monitorização com train-of-four/TOF). Pacientes em uso de BNM (após 48h de uso): se relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 > 200$, PEEP 7,30 e relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 > 200$, tentar trocar midazolam por propofol. Se relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 > 300$, tentar suspender propofol (ou trocar por dexmedetomidina 0,3 a 1,3mcg/kg/h, se disponível) e tentar reduzir progressivamente fentanil concomitantemente.
- Se durante tentativa de diminuição da sedação paciente apresentar assincronia com queda da SpO_2 e/ou instabilidade hemodinâmica, propofol: 10 a 40mg (1 a 4mL) em bólus; fentanil: 25 a 50mcg em bólus; considerar dose de neuroléptico (seroquel 25 a 50mg via SNE ou, alternativamente, risperidona 0,5 a 1mg ou haloperidol EV). Caso não se resolva após 20 minutos, repetir o bólus e aprofundar a sedação diminuindo em -2 na escala de RASS ou até RASS -5 (reavaliar após 24 horas). Caso necessite de mais de dois bólus em 6 horas, considerar aprofundar sedação (reavaliar em 24 horas).

Manejo hemodinâmico

- Passagem de acesso venoso central e cateter de pressão arterial invasiva, se disponível, com técnica guiada por ultrassonografia (preferencialmente, utilizar aparelho designado para ficar exclusivamente dedicado ao setor para pacientes com COVID-19), observando-se precaução máxima de barreira e todas as medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS). Cateter para pressão

CORONAVÍRUS

COVID-19



arterial invasiva restrito a casos com necessidade de vasopressores (noradrenalina) em dose maior do que 0,3mcg/kg/min ou necessidade de coletas frequentes de gasometria arterial.

- Reconheça o choque séptico em adultos quando houver suspeita ou confirmação de infecção e os vasopressores forem necessários para manter a pressão arterial média (PAM) ≥ 65 mmHg e o lactato é ≥ 2 mmol/L na ausência de hipovolemia.
- Reconheça o choque séptico em crianças com qualquer hipotensão (pressão arterial sistólica [PAS] $< 5^{\circ}$ percentil ou > 2 DP abaixo do normal para a idade) ou 2-3 dos seguintes: estado mental alterado; taquicardia ou bradicardia (FC < 90 bpm ou > 160 bpm em bebês e FC < 70 bpm ou > 150 bpm em crianças); recarga capilar prolongada (> 2 s) ou vasodilatação quente com pulsos delimitadores; taquipneia; pele manchada ou erupção petequial ou purpúrica; aumento de lactato; oligúria; hipertermia ou hipotermia.

* Observações: na ausência de uma medida de lactato, use a pressão arterial (p. ex., PAM) e sinais clínicos de perfusão para definir o choque. Os cuidados padrão incluem o reconhecimento precoce e o uso dos seguintes tratamentos durante a primeira hora após o reconhecimento: terapia antimicrobiana e início de carga de fluidos mais vasopressores para a hipotensão.

- Na ressuscitação do choque séptico (PAS < 90 mmHg, PAM < 65 mmHg ou, eventualmente, redução da PAS em 40mmHg da pressão habitual ou sinais de hipoperfusão, entre eles níveis de lactato acima de duas vezes o valor de referência institucional (hiperlactatemia inicial) em adultos, administre pelo menos 30mL/kg de cristalóide adultos na primeira uma hora.
- Não use soluções hipotônicas ou baseadas em amidos para ressuscitação.

*Administre vasopressores quando o choque persistir durante ou após a ressuscitação hídrica. A meta inicial da pressão arterial é atingir PAM > 65 mmHg. Uso de vasopressores para pacientes que permaneçam com pressão arterial média (PAM) abaixo de 65 (após a infusão de volume inicial), sendo a noradrenalina a droga de primeira escolha. Não se deve tolerar pressões abaixo de 65mmHg por períodos superiores a 30-40 minutos. Por isso, o vasopressor deve ser iniciado dentro da primeira hora nos pacientes em que ele está indicado. Em casos de hipotensão ameaçadora à vida, pode-se iniciar o vasopressor mesmo antes ou durante a reposição volêmica. Se sinais de hipoperfusão persistirem, considerar o uso de droga inotrópica.



• Caso os cateteres venosos centrais não estejam disponíveis, os vasopressores podem ser administrados por meio de um acesso venoso periférico, entretanto, deve-se utilizar uma veia calibrosa e monitorar de perto os sinais de extravasamento e necrose tecidual local. Caso ocorra extravasamento para a infusão, os vasopressores também podem ser administrados através de acesso intraósseo.

Prevenção de complicações

Intervenções a serem implementadas para evitar complicações/agravos do paciente:

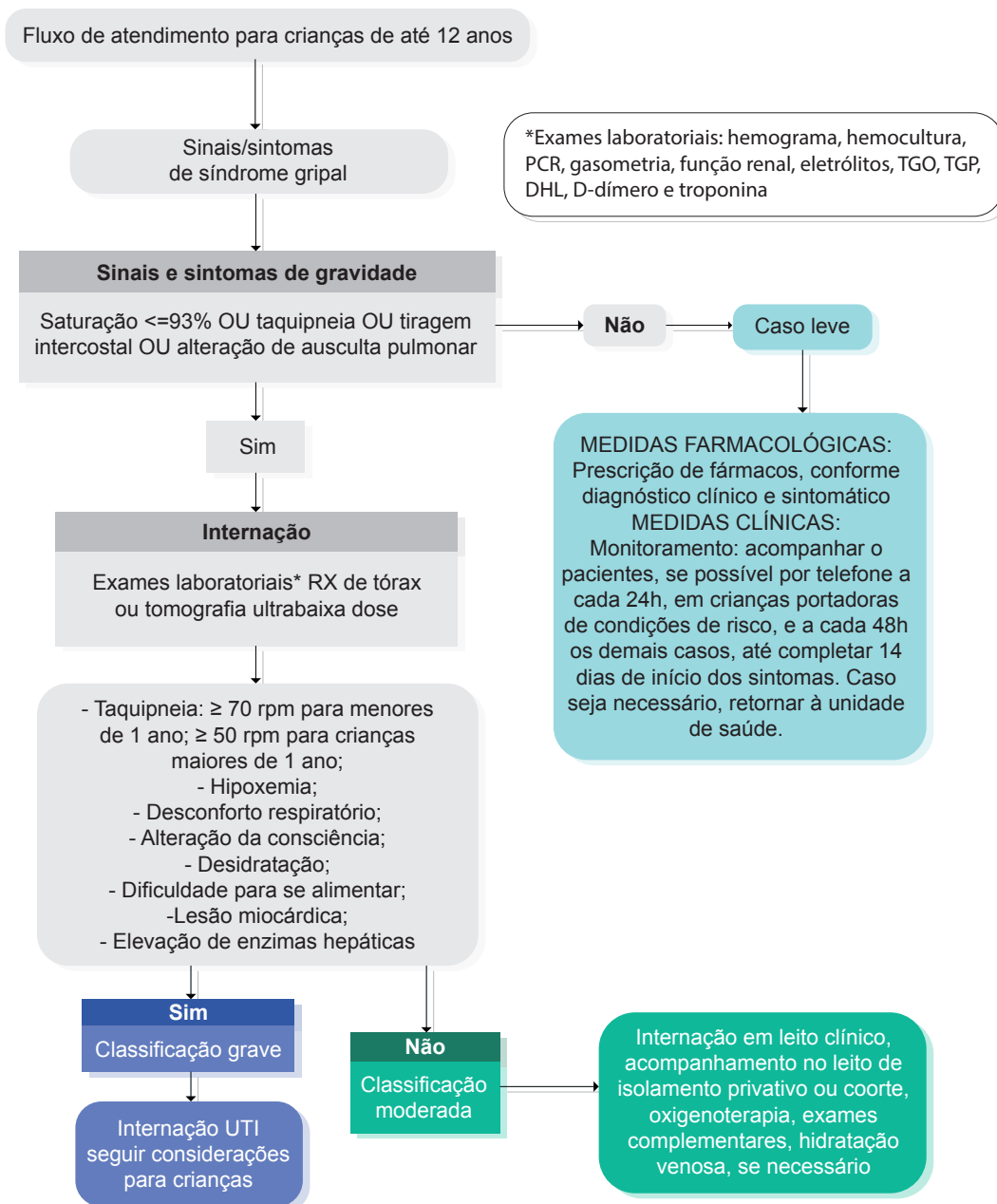
Resultado antecipado	Intervenções
Reduzir dias de ventilação mecânica invasiva	Utilizar protocolos de desmame que incluam avaliação diária da capacidade respiratória espontânea. Minimizar a sedação, contínua ou intermitente, visando a pontos finais de titulação específicos ou com interrupções diárias de infusões sedativas contínuas.
Reduzir incidência de pneumonia associada à ventilação	Prefira intubação oral à nasal, realize higiene oral regularmente e mantenha pressão de <i>cuff</i> (balonete) controlada: entre 18 e 22mmHg ou 25 e 30cmH ₂ O Mantenha o paciente em posição semirreclinada (cabeceira elevada entre 30° e 45°). Use sistema de sucção/drenagem fechado; drene periodicamente e descarte o condensado em tubulação. Utilize um novo circuito de ventilação para cada paciente; realize a troca sempre que estiver sujo ou danificado, mas não rotineiramente. Troque o umidificador quanto houver mau funcionamento, sujidades ou a cada 5-7 dias, seguindo as recomendações do fabricante e de acordo com os protocolos definidos pela CCIH do serviço de saúde. Reduza o tempo de ventilação mecânica invasiva.
Reduzir incidência de tromboembolismo venoso	Use profilaxia farmacológica em pacientes sem contraindicação. Caso haja contraindicações, use profilaxia mecânica.
Reduzir incidência de infecção sanguínea por cateter	Inserção do dispositivo: higiene de mãos, utilização de barreira máxima, antisepsia da pele e evitar punção femoral de rotina. Adote uma lista simples de verificação para lembrete das medidas de prevenção de infecção (curativo limpo e seco, prazo de troca adequado, proteção do curativo durante o banho, equipos com data de troca adequada, avaliação diária da necessidade de manutenção do cateter venoso central). É preconizada a desinfecção dos conectores com álcool 70% (gaze ou swab alcoólico) por 5 a 15s, além da higiene de mãos imediatamente antes da administração de medicação."
Reduzir incidência de infecção do trato urinário associada à sonda vesical de demora (SVD)	Evitar uso desnecessário de SVD (condom e cateterização intermitente como opções); técnica asséptica para inserção e uso de sistema fechado; manutenção adequada (bolsa sempre abaixo do nível da bexiga, esvaziar regularmente, troca apenas em caso de mau funcionamento ou desconexão); remoção oportuna da sonda (verificação diária da possibilidade); assegurar treinamento periódico da equipe."

CORONAVÍRUS COVID-19



Minimizar ocorrência de úlceras de decúbito	Promover mudança de decúbito a cada 2 horas.
Reduzir incidência de úlceras por estresse e sangramento gastrointestinal	Ofertar nutrição enteral precoce (entre 24-48 horas da admissão). Administrar bloqueadores dos receptores de histamina-2 ou inibidores de bomba de prótons em pacientes com fatores para sangramento gastrointestinal (coagulopatias, hepatopatias, outros).
Reduzir incidência de doenças relacionadas à permanência em UTI	Mobilização precoce do paciente, desde o início da doença, quando for seguro realizar.

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA CRIANÇAS





Indicações de admissão na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

As indicações de internação em unidade de cuidados intensivos pediátricos mantiveram-se as mesmas utilizadas como critérios respiratórios para as doenças respiratórias sazonais, descritos a seguir:

- Pacientes intubados ou em uso de ventilação não invasiva (VNI);
- Risco de intubação orotraqueal (IOT) ou VNI nas próximas 24h;
- Cateter de alto fluxo (CNAF);
- Oxigenoterapia via máscara de nebulização;
- Agudização de pacientes que fazem uso de ventilação mecânica em domicílio
- Pacientes em risco de apneia

Alocação (isolamento)

Todos os pacientes suspeitos com indicação de internação na UTI são mantidos, quando possível, em quartos com pressão negativa e, se exame negativo, a indicação é suspendida.

Suporte de oxigênio e ventilação mecânica

Para o tratamento do paciente pediátrico suspeito ou confirmado para COVID-19, demos continuidade às medidas instituídas para doenças respiratórias sazonais em pediatria, onde a evidência científica preconiza a progressão de cuidado respiratório conforme a figura a seguir (Figura 1):

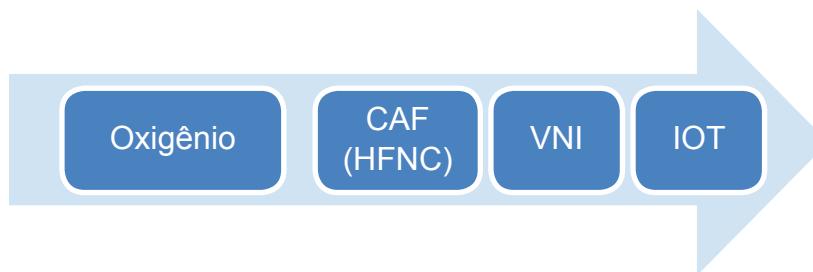


Figura: Progressão de suporte para insuficiência respiratória em crianças.



Seguimos com a indicação do CNAF em nosso protocolo, visto seu benefício e resposta satisfatória no paciente pediátrico em diversas patologias pulmonares, com os devidos cuidados para redução da dispersão de gotículas respiratórias, além da utilização de todos os EPIs preconizados. Lembramos que, muitas vezes, não temos diagnóstico de COVID-19 confirmado e estaremos, na maior parte das vezes, frente a vírus mais comuns em nosso país nesta época do ano.

Mesmo tendo à disposição alternativas de dispositivos para evitar a intubação orotraqueal (IOT), é de suma importância destacarmos que ela não pode ser postergada, se uma vez indicada. Geralmente, a falha do dispositivo inicial (CNAF ou VNI) após 2 horas do uso ou quadros cujo índice de oxigenação (IO) encontra-se > 4 configuram quadros de necessidade de IOT.

Premissas do Protocolo

1. Priorizar experiência individual no cuidado de via aérea (cautela com procedimentos recém-descritos para adultos x risco EAG).
2. Emergência: equilíbrio entre cuidado do paciente e dispersão.

Particularidades do procedimento de IOT no CTI Pediátrico:

1. Priorizar experiência individual no cuidado de via aérea (cautela com procedimentos recém-descritos para adultos);
2. O procedimento deverá, sempre que possível, ser realizado pelo médico mais experiente presente na unidade;
3. Todo o cenário deve ser preparado para o procedimento, com preparo dos materiais e medicações adequados, incluindo presença no local de maleta com materiais para a via aérea difícil (VAD);
4. Quando montagem de ventilador pela equipe, utilizar filtro HEPA no ramo expiratório do circuito;
5. Instalar, previamente à intubação, o dispositivo de aspiração fechada (Trachcare^R);
6. Evitar uso de bolsa-valva-máscara, contudo, caso seja necessária ventilação com o dispositivo, instalar filtro no sistema;
7. O material para a laringoscopia deve ser escolhido conforme preferência do profissional que executará o procedimento. Sugerimos a utilização, quando disponível, do videolaringoscópio;

CORONAVÍRUS COVID-19



8. Para sedação apropriada, com menor risco para equipe e maior segurança ao paciente, o profissional deve aplicar a sequência rápida de intubação conforme protocolo habitual ou de acordo com a maior experiência de uso. Um exemplo é o uso de cetamina 1,5mg/kg/dose seguido de rocurônio 1,2mg/kg/dose;

9. Atentar-se ao fato de sempre que houver desconexão do circuito, o ventilador mecânico deve ser mantido em modo stand-By.

Indicação de terapias de resgate nos casos não responsivos

VAFO e ECMO seguem indicações habituais.

Recomendações específicas em pediatria – COVID-19

Coleta de exames preconizada: realizar ajustes de acordo com seu cenário. O protocolo pediátrico evita uso de parâmetros laboratoriais para decisões clínicas, portanto, sem gasometria, guiar a terapêutica pela condição clínica.

MARCADORES LABORATORIAIS	
Proteína C-reativa (PCR)	Normal ou elevada
Procalcitonina (PCT)	Normal
Hemograma	Tendência à linfopenia
Enzimas hepáticas	Normais ou elevadas em pacientes graves
Enzimas musculares	Normais ou elevadas em pacientes graves
Mioglobina	Normal ou elevada
D-dímero	Elevado
Recomendada a coleta de pesquisa de vírus respiratórios e pesquisa de COVID-19 para todos os casos suspeitos internados	
IMAGENS	
– Sugerimos para diagnóstico inicial e seguimento a radiografia de tórax.	
– NÃO sugerimos TC tórax como exame inicial ou como rotina. TC deve ser reservada para casos graves.	
MEDICAÇÕES	
– NÃO sugerimos utilização de nebulização com interferon ou lopinavir/ritonavir em crianças.	
– Sugerimos utilização de oseltamivir empírico para casos moderados/graves de SDRA (IO > 8) até negatificação de PCR para COVID-19 ou em casos de influenza +.	
– Sugerimos a INDIVIDUALIZAÇÃO de casos para decisão do uso de antibióticos e corticoides.	
– Considerar metilprednisolona 2mg/kg/dia nos casos de SDRA grave (IO > 16).	
– Não recomendamos uso de rotina de antibióticos e corticoide.	
– Recomendamos transição de medicações inalatórias para medicações spray (puff).	



CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA GESTANTES

Considerando-se que até o momento não existem evidências científicas que justifiquem manejo diferenciado da gestante com COVID-19, recomenda-se que sejam consideradas durante a avaliação: a idade gestacional, a condição materna e a viabilidade fetal.

Assim, as gestantes suspeitas ou confirmadas devem ser tratadas com terapias de suporte, conforme descrito anteriormente, levando em consideração as adaptações fisiológicas da gravidez. O uso de agentes terapêuticos deve ser guiado por análise de risco-benefício individual baseada no benefício potencial para a mãe e a segurança do feto. O quadro 5 faz um resumo destas recomendações.

As decisões sobre o parto de emergência e a interrupção da gravidez são desafiadoras e baseadas em muitos fatores: idade gestacional, condição materna e estabilidade fetal, dentre outras. As consultas com especialistas em obstetrícia e neonatologia são fortemente recomendadas nesse contexto.

Em mães infectadas pelo SARS-CoV-2, é recomendada a manutenção do aleitamento materno, considerando o benefício do aleitamento e a ausência, até o momento, de evidências de transmissão do SARS-CoV-2 por essa via. Ressalta-se que todas as precauções deverão ser adotadas: higienização correta das mãos e uso de máscara durante a amamentação e todos os cuidados habituais ao recém-nascido.

Recomendações no manejo clínico de gestantes suspeitas de síndrome respiratória aguda por SARS-CoV-2

- Não utilizar rotineiramente corticosteroides. Entretanto, o uso de esteroides para promover a maturidade fetal em parto prematuro antecipado pode ser considerado individualmente.
- Monitoramento da frequência cardíaca fetal.
- Monitoramento da contração uterina.
- Planejamento individualizado do parto.
- Abordagem baseada em equipe multidisciplinar.
- Alterações no padrão da frequência cardíaca fetal podem ser um indicador precoce da piora da respiração materna.
- Deve-se avaliar com cautela se o parto fornece benefícios a uma gestante gravemente doente.

A decisão quanto ao parto deve considerar a idade gestacional do feto e deve ser feita em conjunto com o neonatologista.

CORONAVÍRUS COVID-19



Manejo obstétrico de gestantes com COVID-19 suspeita ou confirmada:

GESTANTE COVID-19 (suspeita ou confirmada)		
IDADE GESTACIONAL	CASOS LEVES	SRAG
< 24 semanas	<ul style="list-style-type: none"> – Cuidados clínicos maternos; – Não fazer cardiotocografia; – Manter a gestação. 	<ul style="list-style-type: none"> – Cuidados clínicos maternos; – Não fazer cardiotocografia; – Considerar resolução da gestação, conforme gravidade materna.
24 a 34 semanas	<ul style="list-style-type: none"> – Cuidados clínicos maternos; – Cardiotocografia (\geq 26 semanas); – Considerar corticosteroide (maturação pulmonar fetal); – Manter a gestação se estabilidade clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> – Cuidados clínicos maternos; – Cardiotocografia (\geq 26 semanas); – Considerar resolução da gestação, conforme gravidade materna.
> 34 semanas	<ul style="list-style-type: none"> – Cuidados clínicos maternos; – Cardiotocografia; – Manter a gestação se estabilidade clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> – Cuidados clínicos maternos; – Cardiotocografia.
Medidas de suporte e farmacológicas, conforme protocolos locais vigentes.		

Fluxo de atendimento às gestantes em centro obstétrico:

Classificação	Gestante sem sinais de COVID-19	Gestantes COVID-19 (suspeitas ou confirmadas)
Leito e cuidado	<p>Leitos de pré-partos de rotina, idealmente uma gestante em cada quarto.</p> <p>Caso haja mais de 2 gestantes internadas no mesmo quarto, sugere-se uso de cortinas ou biombos para proteção entre os leitos.</p> <p>Se indicada sala cirúrgica, deverão utilizar as salas de rotina do Centro Obstétrico.</p>	<p>Deverão ser direcionadas para quartos privativos, com isolamento e todas medidas de precaução.</p> <p>Se disponíveis no serviço, recomendam-se leitos de PPP (pré-parto, parto e puerpério).</p> <p>Se indicado procedimento cirúrgico ou fase ativa avançada do trabalho de parto (acima de 6cm), deverá utilizar a sala cirúrgica especificamente destinada a estes casos, com cuidado se possível de pressão negativa e que não haja compartilhamento do ar-condicionado com outras salas.</p>



CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS

Saúde indígena

Para os casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 em populações indígenas **atendidas pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena** que, após avaliação médica, não necessitem de hospitalização, recomenda-se que o paciente indígena permaneça em tratamento domiciliar:

- Caso o indígena com diagnóstico laboratorial ou clínico epidemiológico de COVID-19 esteja fora da aldeia, recomenda-se manter o tratamento fora da aldeia até a cura;
- Caso o indígena com diagnóstico laboratorial ou clínico epidemiológico de COVID-19 esteja aldeado, a equipe deve buscar estratégias de tratamento domiciliar eficiente e manter o paciente em distanciamento social até 14 dias. Todos os moradores do domicílio do caso confirmado devem permanecer também em distanciamento social, mesmo sem apresentar sintomas, para evitar transmissão do vírus para outros moradores da aldeia.

Em caso de tratamento domiciliar, as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) deverão orientar o paciente indígena sobre a importância das medidas de prevenção da transmissão para contatos e sinais de alerta para possíveis complicações. Nesse contexto, o Agente Indígena de Saúde (AIS) tem um papel fundamental para monitorar o caso. A presença de qualquer sinal de alerta deverá determinar a remoção imediata do paciente indígena para unidade de referência hospitalar.

Considerando as especificidades étnicas, culturais e de modos de vida dos povos indígenas, faz-se necessário que a EMSI realize a avaliação caso a caso, devendo observar se o ambiente domiciliar é adequado e se o paciente é capaz de seguir as medidas de precaução recomendadas.

Recomendações quanto à organização e estruturação do trabalho em serviços de saúde para proteção dos profissionais de saúde e preservação da força laboral

- Realizar procedimentos para vigilância e monitoramento de saúde dos profissionais: pode ser utilizada estratégia de vigilância passiva ou ativa. Na passiva, todos os profissionais do serviço de saúde são orientados a se autoavaliar quanto à presença de febre, tosse, falta de ar ou outros sintomas não específicos indicativos de COVID-19. Na presença de algum desses sinais ou sintomas, eles devem:

CORONAVÍRUS COVID-19



relatar essas informações à sua chefia no serviço de saúde, receber avaliação médica imediata e ações de acompanhamento. Na estratégia de vigilância ativa, todos os profissionais do serviço de saúde devem se apresentar para avaliação pessoal dos sintomas de COVID-19 antes de cada turno de trabalho, incluindo a aferição da temperatura. Qualquer que seja a estratégia, profissionais com sintomas da COVID-19 devem ser afastados de suas atividades por até 14 dias.

- Os profissionais que retornarem às atividades laborais após o período de distanciamento, além das medidas de prevenção adotadas por todos os profissionais, devem usar máscara cirúrgica para controle da fonte o tempo todo dentro do serviço de saúde.
- Estratégia para retorno laboral de profissionais de saúde que apresentaram sintomas de COVID-19:
 - Baseada no tempo: após 14 dias do início dos sintomas, com pelo menos 3 dias (72 horas) de recuperação (sem apresentar sintomas febris sem uso de medicação e melhora do quadro respiratório).
 - Baseada no laboratório: resolução dos sintomas febris sem uso de medicamento e melhora do quadro respiratório e com 2 resultados negativos de testes moleculares (RT-PCR) com intervalo de 24 horas entre eles.
- Estratégia para retorno laboral de profissionais de saúde com COVID-19 laboratorialmente confirmado que não apresentem sintomas:
 - Baseada no tempo: após 14 dias após o primeiro resultado positivo do teste, com pelo menos 3 dias (72 horas) de recuperação (sem apresentar sintomas febris sem uso de medicação e melhora do quadro respiratório).
 - Baseada no laboratório: pelo menos 2 resultados negativos de testes moleculares (RT-PCR) com intervalo de 24 horas entre eles.
- Disponibilizar condições para higiene das mãos (com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica) em locais estratégicos do serviço.
- Disponibilizar equipamentos de proteção individual (EPI) e orientações sobre uso, descarte e higienização (para reutilizáveis como óculos): avental, luvas de procedimento, gorro, máscaras cirúrgicas (todos os profissionais que realizam triagem e atendimento) e de proteção respiratória (N95 ou PFF2) para profissionais que realizem procedimentos geradores de aerossóis, óculos de proteção ou protetores faciais. Os profissionais do serviço de saúde cujas funções no trabalho não exigem o uso de EPI (p. ex., pessoal exclusivamente administrativo) ou que atuem em áreas sem contato a menos de 1 metro com pacientes devem usar máscara de tecido enquanto estiverem na instituição, pois

CORONAVÍRUS COVID-19



Documento Assinado Digitalmente por: NILVA MARIA MENDES DE SA
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validarDoc.seam> Código do documento: 8d570e1d-e4e4-40dc-b205-4e8efffc057e

o controle da fonte será semelhante ao indicado para a população em geral.

- Reorganizar o serviço com alas totalmente separadas para pacientes COVID-19 (suspeitos e confirmados) e para pacientes não COVID-19.
- Instalar barreiras (p. ex., placas de acrílico) ou partições físicas para orientação e atendimento dos pacientes/acompanhantes nas áreas de triagem
- Organizar os refeitórios de forma a manter o distanciamento mínimo de 1 metro entre as cadeiras e entre as mesas. Ampliar o horário de funcionamento para permitir a redução do número de usuários por período. Só retirar a máscara no momento de se alimentar e permanecer nesses ambientes pelo menor tempo possível.
- Quando necessária a realização de reuniões entre as equipes, usar mecanismos virtuais como videoconferência.
- Reorganizar as salas de repouso dos profissionais de forma a manter o distanciamento mínimo de 1 metro entre as camas ou poltronas. As poltronas, camas e travesseiros devem ser de material que permita a limpeza e desinfecção a cada turno de trabalho ou após cada uso, incluindo troca de roupa de cama.
- Reforçar os procedimentos de limpeza e desinfecção dos ambientes, superfícies, objetos, equipamentos e mobiliários de uso comum, como mesas, cadeiras, balcões, pias, torneiras, computadores, armários (pelo menos 2 vezes a cada turno de trabalho: manhã, tarde e noite).
- Organizar o fluxo e quantidade de pessoas nas salas/locais de prescrição para manutenção do distanciamento mínimo de 1 metro.

Medidas de prevenção e controle

A implementação de precauções padrão, contato e respiratória (gotículas e aerossóis) constituem a principal medida de prevenção da transmissão entre pacientes e profissionais de saúde e deve ser adotada no cuidado de todos os pacientes (antes da chegada ao serviço de saúde, na chegada, triagem, espera e durante toda assistência prestada), independentemente dos fatores de risco ou doença de base, garantindo que as políticas e práticas internas minimizem a exposição a patógenos respiratórios, incluindo o SARS-CoV-2. Sendo assim, é necessário que os serviços de saúde adotem medidas de prevenção e controle durante toda a assistência prestada aos casos suspeitos ou confirmados da COVID-19. Para subsidiar todos os serviços de saúde, a Anvisa disponibilizou a Nota Técnica nº 4/2020 com orientações mínimas pautadas em evidências disponíveis e que serão atualizadas à medida que surjam novas informações. Pode ser consultada pelo link: portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28



Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus – COVID-19

Considerando-se a possível transmissão do SARS-CoV-2 por contato pessoa a pessoa e também por meio de fômites, é fundamental que os profissionais que realizam o manejo do corpo estejam protegidos da exposição a sangue e fluidos corporais infectados, objetos ou outras superfícies ambientais contaminadas. Portanto, para recomendações referentes ao manejo de corpos no contexto da COVID-19 e outras questões gerais acerca desses óbitos, o Ministério da Saúde disponibilizou documento on-line para consulta em: www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf

REFERÊNCIAS

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Nota Técnica 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 mar. 2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>. Acesso em: mar. 2020.
2. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 07/2020 – Orientações para a prevenção da transmissão de COVID-19 dentro dos serviços de saúde (08.05.2020). Disponível em: portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/NOTA+T%C3%89CNICA+-GIMS-GGTES-ANVISA+N%C2%BA+07-2020/f487f506-1eba-451f-bccd-06b8f1b0fed6
3. ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). Nota técnica sobre características de aparelhos ventiladores artificiais no suporte ao paciente com COVID-19. Abril de 2020. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/26/Nota_tecnica_sobre_caracteristicas_de_aparelhos_ventiladores_artificiais_no_suporte_ao_paciente_com_COVID-19.pdf. Último acesso em 28/05/2020.
4. ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). Orientações sobre o manuseio do paciente com pneumonia e insuficiência respiratória devido a infecção pelo Coronavírus (SARS-CoV-2). Versão n. 3, 2020. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/29/Orientacoes_sobre_o_manuseio_do_paciente_com_pneumonia_e_insuficiencia_respiratoria_devido_a_infeccao_pelo_Coronavirus_SARS-CoV-2_-_Versao_n.032020.pdf. Acesso em: mar. 2020.
5. ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. Orientações sobre o manuseio do paciente com pneumonia e insuficiência respiratória devido a infecção pelo coronavírus (SARS-CoV-2) – Versão n.06/2020* Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/Orientacao_es_para_o_Manuseio_do_paciente_com_coronavirus_-V6_Junho_2020.pdf

CORONAVÍRUS COVID-19



Documento Assinado Digitalmente por: NILVA MARIA MENDES DE SA
Acesse em: <https://eccc.tce.pe.gov.br/epp/validadoc.seam> Código do documento: 8d570e1d-e4e4-40dc-b205-4e8efff057e

17. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 1.514, DE 15 DE JUNHO DE 2020. Define os critérios técnicos para a implantação de Unidade de Saúde Temporária para assistência hospitalar – HOSPITAL DE CAMPANHA voltadas para os atendimentos aos pacientes no âmbito da emergência pela pandemia da COVID-19. Diário Oficial, Brasília, DF. 16 de jun.2020. p. 34. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.514-de-15-de-junho-de-2020-261697736>
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 1.521, DE 15 DE JUNHO DE 2020. Autoriza a habilitação de leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar para atendimento exclusivo dos pacientes da COVID-19. Diário Oficial, Brasília, DF. 16 de jun.2020. p. 34. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.521-de-15-de-junho-de-2020-261697745>
19. CASTAGNOLI R, VOTTO M, LICARI A, et al. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection in Children and Adolescents: A Systematic Review. JAMA Pediatr. Published online April 22, 2020. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.1467.
20. CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Known or Patients Under Investigation for 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) in a Healthcare Setting, 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control.html>. Acesso em: mar. 2020.
21. DAY, Michael. COVID-19: four fifths of cases are asymptomatic, China figures indicate BMJ 2020; 369:m1375.
22. FIOCRUZ. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Coronavírus e Gestação. 2020.
23. GAO J, Tian Z, Yang X (2020) Breakthrough: Chloroquine phosphate has shown apparent efficacy in treatment of COVID-19 associated pneumonia in clinical studies. Biosci Trends 4:72–73.
24. GUAN, W. et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. New England Journal of Medicine, 2020. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2002032?articleTools=true>. Acesso em: mar. 2020.
25. HUANG, C. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. The Lancet, London, 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930183-5>. Acesso em: mar. 2020.
26. INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE. Implementação de protocolo gerenciado de Sepsis: Protocolo Clínico. 2018. Disponível em: <https://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/protocolo-de-tratamento.pdf>. Acesso em: mar. 2020.
27. LIANG H, Acharya G. Novel corona virus disease (COVID-19) in pregnancy: What clinical recommendations to follow? Acta Obstet Gynecol Scand. 2020; 99: 439–442.
28. LAJOS G J, LUZ A G, VALLE C R. Manejo clínico de gestantes com suspeita ou confirmação de COVID-19. Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti CAISM/UNICAMP. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Protocolo-Manejo-Gestante-e-Covid-UNICAMP.pdf> Acessado: 01/06/2020.
29. Novel coronavirus disease (COVID-19) in pregnancy: What clinical recommendations to follow? Vol. 99, Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. United States; 2020. p. 439–42.
30. Practice recommendations for the management of children with suspected or proven COVID-19 infections from the Paediatric Mechanical Ventilation Consensus Conference (PEMVECC) and the section Respiratory Failure from the European Society for Paediatric and Neonatal Intensive Care (ESPNIC) – a consensus statement. Published April, 2020. <https://espnice-online.org/News/Latest-News/Practice-recommendations-for-managing-children-with-proven-or-suspected-COVID-19>.

CORONAVÍRUS COVID-19



31. Protocolo de Manejo Clínico de gestantes com COVID-19/CASIM/Unicamp, disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-manejo-clinico-de-gestantes-com-suspeita-ou-confirmacao-de-covid-19/>
32. SIMPSON S, KAY FU, ABBARA S, et al. Declaração de consenso de especialistas da Sociedade Radiológica da América do Norte sobre o relato de achados de TC de tórax relacionados à COVID-19 Endossado pela Sociedade de Radiologia Torácica, pelo American College of Radiology e pela RSNA. Radiologia: Imagem Cardiorádica 2020. Copyright © 2020 Radiological Society of North America. Disponível em: <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/ryct.2020200152> (Acesso em 6 de abril de 2020).
33. SurvivingSepsisCampaign.COVID-19 Guidelines. Published March 20, 2020. <https://www.sccm.org/SurvivingSepsisCampaign/Guidelines/COVID-19>
34. WEI WE, LI Z, CHIEW CJ, YONG SE, Toh MP, Lee VJ. Transmissão pré-sintomática da SARS-CoV-2 – Cingapura, 23 de janeiro a 16 de março de 2020. MMWR Morb Mortb Wkly Rep 2020; 69: 411–415. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6914e>
35. WEISS, S. L. et al. Surviving sepsis campaign international guidelines for the management of septic shock and sepsis-associated organ dysfunction in children. Intensive Care Medicine, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05878-6>. Acesso em: mar. 2020.
36. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Advice on the use of masks the community, during home care and in health care settings in the context of the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak Interim guidance, 29 Jan. 2020. WHO/nCov/IPC_Masks/2020.1. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>. Acesso em: mar. 2020.
37. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: Interim guidance. Jan. 2020. Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected). Acesso em: mar. 2020.
38. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: Interim guidance. Mar. 2020. V. 1.2. Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected). Acesso em: mar. 2020.
39. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Novel Coronavirus (2019-nCoV) technical guidance. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em: mar. 2020.
40. WU C, CHEN X, CAI Y, XIA J, ZHOU X, XU S, et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. JAMA Intern Med. 2020 Mar
41. XU Y, LI X, ZHU B, et al. Characteristics of pediatric SARS-CoV-2 infection and potential evidence for persistent fecal viral shedding. Nat Med. Published online March 13, 2020. doi:10.1038/s41591-020-0817-4
42. ZHU N, ZHANG D, WANG W, et al; China Novel Coronavirus Investigating and Research Team. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. N Engl J Med. 2020; 382(8):727-733. doi: 10.1056/NEJMoa2001017.



ANEXOS

Anexo 1 – Classificações de imagens típicas de pneumonia em casos de COVID-19

Classificação	Fundamentação	Achados tomográficos	Relatório sugerido
Achados típicos	Recursos de imagem comumente relatados com maior especificidade para pneumonia por COVID-19.	<p>§ OPACIDADE EM VIDRO FOSCO periférica, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação").</p> <p>§ OPACIDADE EM VIDRO FOSCO multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação").</p> <p>§ Sinal de halo reverso ou outros achados de pneumonia em organização (observados posteriormente na doença).</p>	"Recursos de imagem comumente relatados de pneumonia (COVID-19) estão presentes. Outros processos, como pneumonia por influenza e pneumonia em organização, como pode ser observado com a toxicidade de medicamentos e doenças do tecido conjuntivo, podem causar um padrão de imagem semelhante".
Achados indeterminados	Características inespecíficas de imagem da pneumonia por COVID-19.	<p>Ausência de características típicas E</p> <p>Presença de:</p> <p>§ OPACIDADE EM VIDRO FOSCO multifocal, difusa, peri-hilar ou unilateral, com ou sem consolidação, sem uma distribuição específica e não arredondada ou periférica.</p> <p>§ Pouca OPACIDADE EM VIDRO FOSCO com uma distribuição não arredondada e não periférica.</p>	"Os recursos de imagem podem ser vistos com pneumonia (COVID-19), embora não sejam específicos e possam ocorrer com uma variedade de processos infecciosos e não infecciosos".
Achados atípicos	Características incomuns ou não relatadas de pneumonia por COVID-19.	<p>Ausência de características típicas ou indeterminadas E</p> <p>Presença de:</p> <p>§ Consolidação lobar ou segmentar isolada sem OPACIDADE EM VIDRO FOSCO.</p> <p>§ Pequenos nódulos discretos (centrolobulares, "brotamento").</p> <p>§ Cavitação pulmonar.</p> <p>§ Espessamento septal interlobular suave com derrame pleural.</p>	"Os recursos de imagem são atípicos ou são incomumente relatados para pneumonia (COVID-19). Diagnósticos alternativos devem ser considerados."
Negativo para pneumonia	Sem características de pneumonia.	Não há características de TC que sugiram pneumonia.	"Nenhum achado de TC presente indica pneumonia. (NOTA: a TC pode ser negativa nos estágios iniciais do COVID-19.)"

NOTAS:

§ A inclusão em um relatório de itens anotados entre parênteses na coluna "Idioma de notificação" sugerido pode depender de suspeita clínica, prevalência local, status do paciente como PUI e procedimentos locais relacionados à notificação.

§ A CT não substitui a RT-PCR; considere o teste de acordo com as recomendações e procedimentos locais e a disponibilidade da RT-PCR.

Fonte: Simpson S, Kay FU, Abbara S, et al. Declaração de consenso de especialistas da Sociedade Radiológica da América do Norte sobre o relato de achados de TC de tórax relacionados ao COVID-19 endossado pela Sociedade de Radiologia Torácica, pelo American College of Radiology e pela RSNA. Radiologia: Imagem Cardiorádica 2020. Copyright © 2020 Radiological Society of North America. Disponível em: <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/ryct.2020200152> (acesso em 6 de abril de 2020). Reproduzido sob os termos da Creative Commons Attribution License.



Anexo 2 – Sedação e analgesia para IOT

Para IOT

Todo paciente deverá ser intubado com sequência rápida (SRI):

Fentanil 50-100 mcg ev (1-2 mL puro)
Etomidato 0,3 mg/kg ou propofol 2 mg/kg, 3 min. após a infusão do fentanil
Lidocaína 2% sem vasoconstritor 40 mg (2 mL) [ampola 5 mL com 20 mg/mL]
Fentanil 50-100 mcg ev (1-2 mL puro)
Bloqueio neuromuscular com succinilcolina 1,0 mg/kg ou rocurônio 1,2 mg/kg caso exista contraindicação à succinilcolina

Sedação inicial

Escolha: propofol (máx. 3,0 mg/kg/h) + fentanil * 25-50 mcg/h (0,5 mL/h, se puro)

Se propofol em dose > 3mg/kg/h, associar midazolam na dose de 0,02 a 0,2 mg/kg/h
[concentração de 1 mg/mL - diluição padrão de 150mg (30mL, se apresentação 10 mL) em SG 5% 120mL]

Alvo de sedação durante as primeiras 48 horas de VM: RASS-5

*máximo 100 mcg/h (2 mL/h, se puro) em casos específicos

Sedação manutenção

• Alvo de sedação após as primeiras 48 horas de VM:
Relação $PaO_2/FiO_2 > 250$ e $PEEP \geq 15$ cmH₂O e $FiO_2 \leq 50\%$ RASS -3 a 0
Relação $PaO_2/FiO_2 > 250$ e $PEEP \geq 15$ cmH₂O: RASS -4 a -5

• Controle de agitação:
Propofol: 10 a 40 mg (1 a 4 mL) em bólus
Midazolam: 3 a 5 mg (3 a 5 mL, se solução padrão) em bólus

• Controle de dor (analgesia)
Fentanil em bólus: 50 mcg
Associação com analgésico comum, com objetivo de poupar opioide

Bloqueador neuromuscular (BNM)

• Iniciar cisatracúrio 0,15 mg/kg em bólus + infusão 1-4 mcg/kg/min em BIC quando houver: assincronia grave persistente (piora da oxigenação e da ventilação após ajustes da VM e da sedação) em pacientes com relação PaO_2/FiO_2 entre 150 e 200 ou $PaO_2/FiO_2 < 150$ com $PEEP > 15$ cmH₂O

• Em pacientes recebendo bloqueio neuromuscular:
BIS alvo 40-60 com supressão rate (SR) > zero (ativar no monitor de BIS)
TOF: alvo 0 (avaliar uma vez por dia)
Na indisponibilidade do BIS: garantir sedação profunda (RASS-5) antes de iniciar BNM

• Se iniciou BNM, manter por 48h

• Se paciente em uso de BNM (após 48h de uso) + $PO_2/FiO_2 > 200$ + $PEEP < 20$ cmH₂O --> suspender BNM e reavaliar em 24h

Desmame

• Rever diariamente a possibilidade de diminuição da sedação, se pH > 7,30 e:
Relação $PO_2/FiO_2 > 200$, tentar trocar midazolam por propofol, caso esteja com midazolam
Relação $PO_2/FiO_2 > 300$, tentar trocar propofol por Precedex (0,3 a 1,3 mcg/kg/h)
Tentar reduzir fentanil concomitantemente

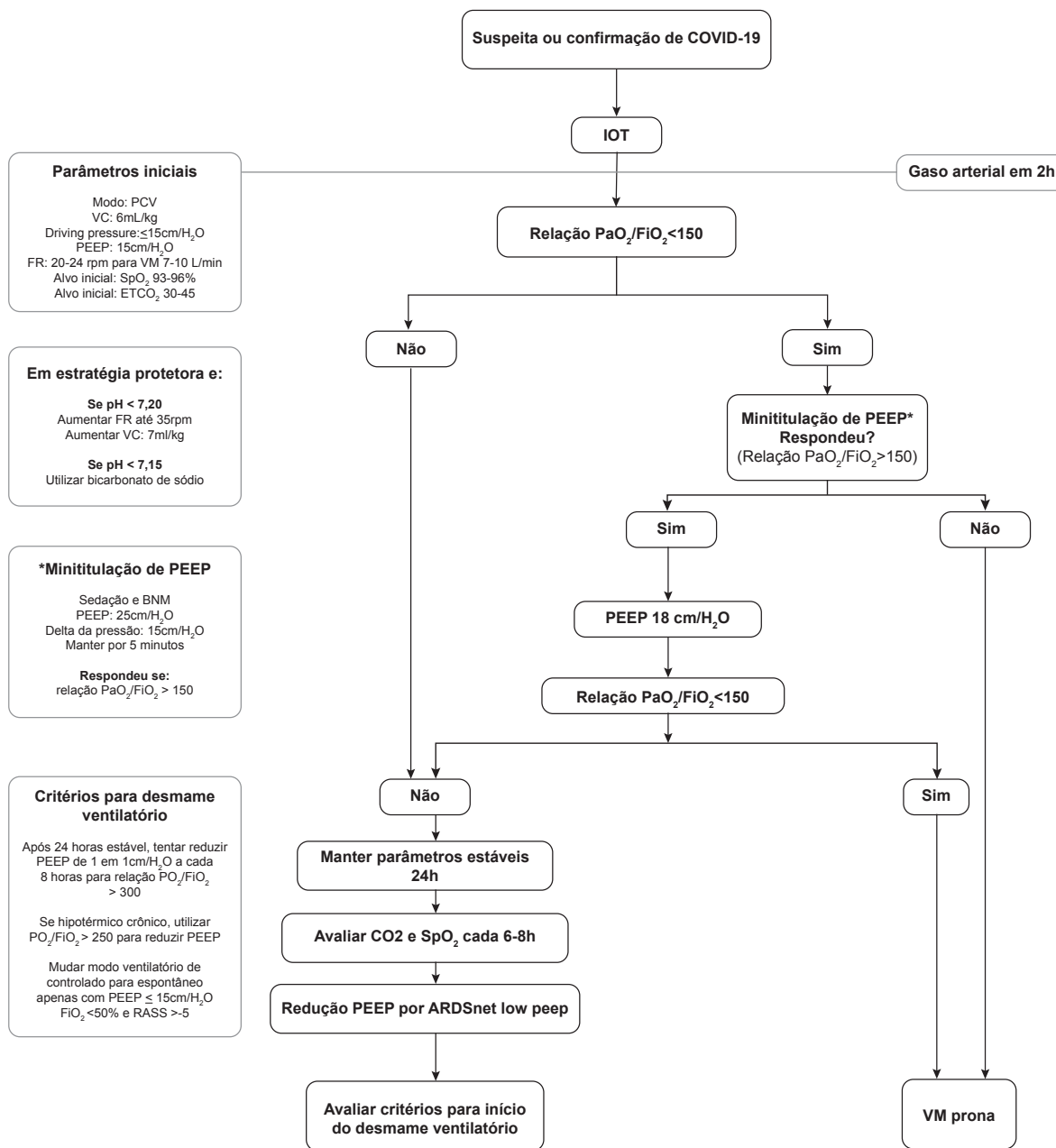
• Se assincronia durante o desmame + queda da SpO_2 e/ou instabilidade hemodinâmica:
Propofol: 10 a 40mg (1 a 4mL) em bólus
Fentanil: 25 a 50 mcg em bólus (0,5 a 1mL)
Administrar neuroléptico (seroquel 25-50 mg via SNE ou risperidona 0,5-1mg ou haloperidol EV)
Sem melhora em 20 minutos --> aprofundar a sedação (diminuindo em -2 na escala de RASS ou até RASS-5); reavaliar em 24 horas
Se > dois bólus em 6 horas --> considerar aprofundar sedação; reavaliar em 24h

• Lembrar de reconciliar as medicações psicotrópicas antes de reduzir a sedação contínua

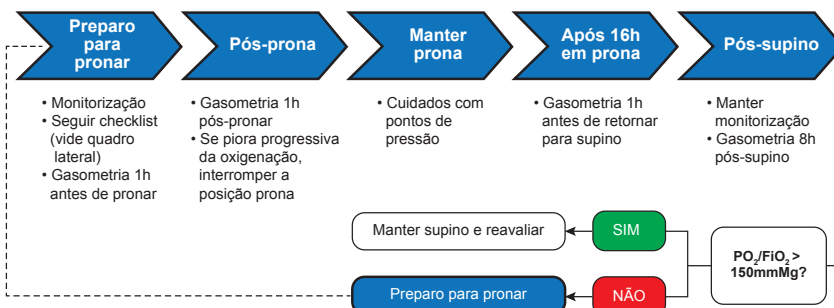
CORONAVÍRUS COVID-19



Anexo 3 – Técnicas para resgate e manejo da hipoxemia



Ventilação em posição prona



Preparo

- Proteger os olhos
- Checar e reforçar fixação dos dispositivos
- Pausar dieta durante a manobra
- Proteger proeminências ósseas com uso de películas protetoras

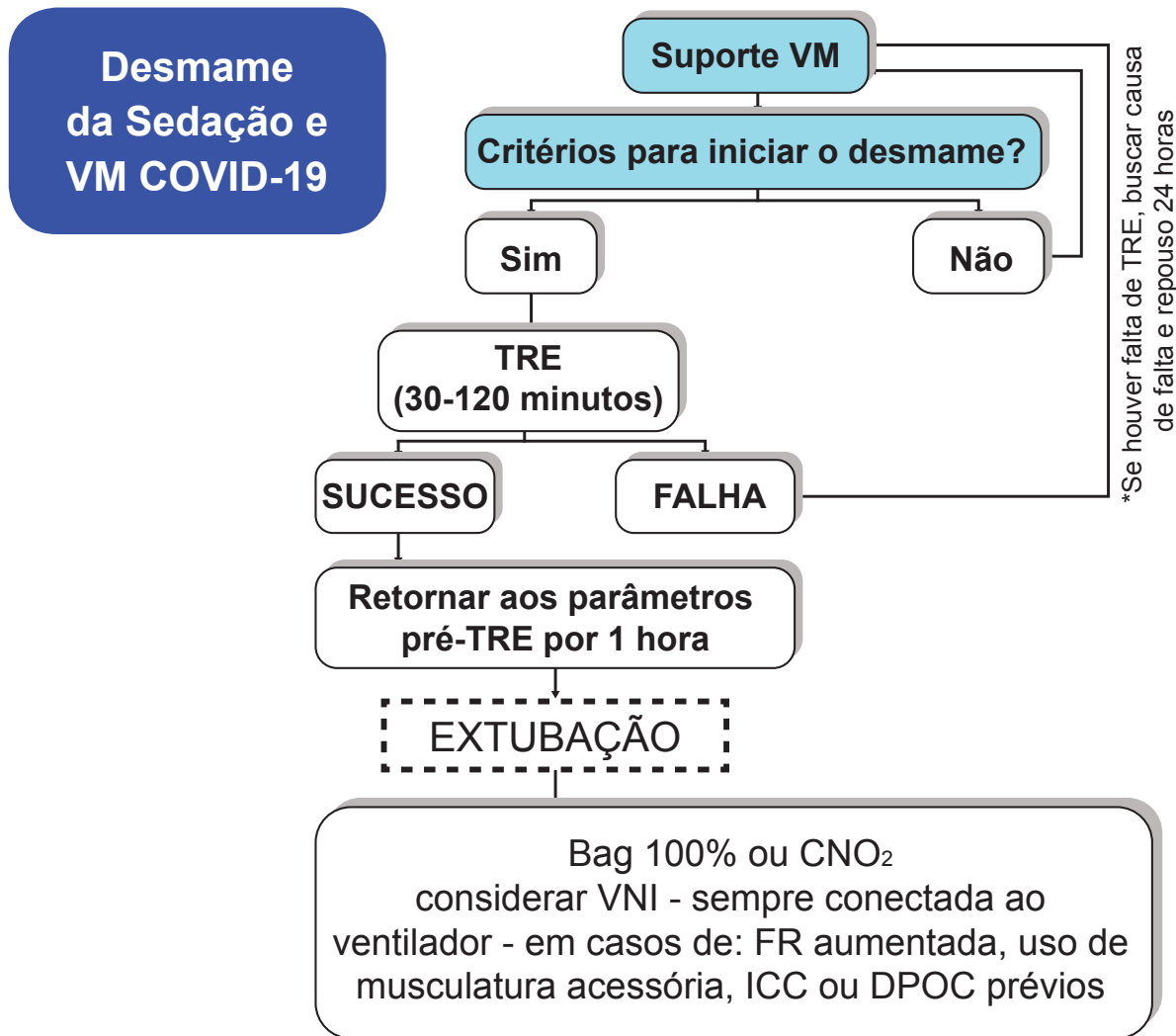
Posição prona entre 16-21h

Respondedor: aumento da $PaO_2/FiO_2 > 20\%$ ou da $PaO_2 > 20$ mmHg + aumento da complacência pulmonar e redução da pressão do platô

Não respondedor: piora na troca gasosa na mecânica pulmonar ou hemodinâmica



Anexo 4 – Desmame da sedação e ventilação mecânica



Parâmetros de TRE

- PS 5 a 7 cmH₂O.
- PEEP = 10 cmH₂O (pacientes com contraindicação de VNI PEEP = 8).
- FiO₂ ≤ 40%.

Critérios de sucesso do TRE

- Troca gasosa (SpO₂ ≥ 90% com FiO₂ ≤ 50% aumento ≤ 10 mmHg PaCO₂ basal).
- Hemodinâmica (FC ≤ 120-140 ou aumento < 20% da FC inicial PA estável).
- Conforto respiratório (FR ≤ 35 rpm e/ou aumento de FR ≤ 50% basal; sem uso de musculatura acessória).

Considerar reintubação orotraqueal

- Caso paciente não consiga permanecer fora da VNI por mais de 2 horas no período de 6 horas após as primeiras 18 horas de VNI.



Anexo 5 – Cuidados para extubação

Cuidados para extubação

Sucesso no TRE, se: PS 5-7 cmH₂O, PEEP < 10 cmH₂O e FiO₂ < 40% durante 30 minutos

1. Preparar: máscara Bag 100% e máscara cirúrgica e material para Re-IOT
2. Administrar lidocaína 2% sem vasoconstritor 40 mg (2 mL)
3. Posicionar paciente em decúbito dorsal 45 graus
4. Aspirar traqueia por sistema fechado
5. Aspirar VAS, subglótica e cavidade oral
6. Desligar aspiração subglótica
7. Adaptar máscara Bag 100% na face do paciente
8. Orientar paciente a não tossir e respirar normalmente
9. Colocar ventilador mecânico em modo ESPERA
10. Desconectar o ventilador e manter filtro adaptado no tubo traqueal
11. Desinsuflar o cuff e extubar o paciente
12. Retirar máscaras Bag 100% e cirúrgica do paciente
13. Instalar VNI apenas no ventilador mecânico (se contra-indicação para VNI, manter em Bag 100%)

CORONAVÍRUS COVID-19



Documento Assinado Digitalmente por: NILVA MARIA MENDES DE SA
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 8d570e1d-e4e4-40dc-b205-4e8effc057e





Documento Assinado Digitalmente por: NILVA MARIA MENDES DE SA
Acesse em: <https://etec.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 8d570e1d-e1e4-40dc-b205-4e8effc057e

CORONAVÍRUS **COVID-19**

GUIA PRÁTICO DE GESTÃO EM SAÚDE NO TRABALHO PARA COVID-19

Brasília - DF
julho de 2020



**DISQUE
SAÚDE
136**



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





Documento Assinado Digitalmente por: NILVA MARIA MENDES DE SA
Acesse em: <https://stc.e1ce.pec.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 8d570e1d-e4e4-40dc-b205-4e8effc057e

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

**ASSOCIAÇÃO NACIONAL
DE MEDICINA DO TRABALHO**

GUIA PRÁTICO DE GESTÃO EM SAÚDE NO TRABALHO PARA COVID-19

Brasília - DF

julho de 2020



**2020 • Associação Nacional de Medicina do Trabalho,
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde –
SGETS/Ministério da Saúde**

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica da Associação Nacional de Medicina do Trabalho.

1ª Edição – 2020 – Publicada em 16/07/2020

Distribuição:
Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SRTVN Quadra 701, Via W 5 Norte, Lote D, Edifício PO 700, 9º andar
CEP: 70719-040 – Brasília/DF
Site: <http://www.saude.gov.br/sgets>

Elaboração e informações:
Associação Nacional de Medicina do Trabalho
Rua Peixoto Gomide 996, sala 350. Jardim Paulista – São Paulo
CEP: 01409-000 – São Paulo/DF
Site: <http://www.anamt.org.br>

Autores:
Associação Nacional de Medicina do Trabalho
Rosylane Nascimento das Mercês Rocha
Francisco Cortes Fernandes
Josierton Cruz Bezerra

Revisores Colaboradores:
Gabriella Oliveira Ribeiro
Gilvana de Jesus do Vale Campos
Pascoal da Costa Neto
Simone Veiga Carvalho Assalie

Produção e Diagramação:
CAJA/ANAMT - SGTES



DIRETORIA EXECUTIVA DA ANAMT

Rosylane Nascimento das Mercês Rocha – Presidente
Rosani Araújo – Vice - Presidente Nacional
Hamilton Ferreira – Vice-Presidente da Região Norte (licenciado)
Benones Carvalho - Vice-Presidente da Região Norte (interino)
Pascoal Gomes – Vice-Presidente da Região Nordeste
Amaury Prieto – Vice -Presidente da Região Centro-Oeste
Simone Assalie - Vice -Presidente da Região Sudeste
Ricardo Martins - Vice -Presidente da Região Sul
Gabriella Oliveira – Diretora Administrativa
Gilvana Campos – Diretora Administrativa Adjunta
Joyce Ferro – Diretora Financeira
Angelle Jácomo - Diretora Financeira Adjunta
Francisco Cortes Fernandes – Diretor Científico
Luís Fernando Gagliardi – Diretor de Divulgação
Álvaro Frigério – Diretor de Patrimônio
Ricardo Turenko – Diretor de Relações Internacionais
Josierton Bezerra – Diretor de Legislação
Walneia Moreira – Diretora de Ética e Defesa Profissional
Vinício Moreira – Diretor de Título de Especialista

Assessores Técnicos da Diretoria Executiva

Carlos Campos
Ruddy Facci
Valker Lacerda

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Secretária - Mayra Isabel Correia Pinheiro



Apresentação

A Associação Nacional de Medicina do Trabalho – ANAMT e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – SGETS/MS, considerando as ações governamentais das instâncias federal, estadual, distrital e municipal para o enfrentamento da pandemia da COVID -19; as atualizações de protocolos clínico-epidemiológicos da OMS, OPAS, do Ministério da Saúde e as regulamentações publicadas pelas demais autoridades sanitárias brasileiras, resolvem elaborar um Guia Prático de Gestão em Saúde no Trabalho para nortear o Plano de Contingência durante a Pandemia de Covid-19 e a retomada das atividades econômicas no país, com vistas à segurança à saúde do trabalhador e do ambiente de trabalho.



SUMÁRIO

1. Introdução	7
2. Aspecto Clínico e Diagnóstico	8
3. Manejo diagnóstico de casos suspeitos pelo Médico do Trabalho:	13
4. Afastamento do Trabalho e Homologação de Atestados Médicos	18
5. Acidente de Trabalho – Nexo Causal.....	22
6. Medidas de Controle a serem adotadas pelos empregadores – Medidas Administrativas de Proteção Coletiva	22
7. Protocolo para Equipamento de Proteção Individual.....	23
8. Avaliação e Gerenciamento para Retorno ao Trabalho.....	26



1. Introdução

Em dezembro de 2019, o Novo Coronavírus (SARS CoV-2) foi reconhecido como agente etiológico de um grave quadro de pneumonia, na cidade de Wuhan, na China. O SARS CoV-2 tem alta infectividade e provoca, nos casos graves, uma tempestade de citocinas devido a uma reação excessiva do sistema imunológico ao vírus¹. A síndrome respiratória aguda, denominada COVID-19, varia de casos leves (80% dos casos) a graves e cursa com evolução letal principalmente, nos pacientes idosos e com comorbidades. Em 11 de março de 2020 a OMS declarou a COVID-19 uma pandemia em virtude da rápida disseminação com abrangência mundial.

O Objetivo do presente Guia Prático é: a) orientar Médicos do Trabalho e gestores na adoção de medidas protetivas de prevenção individual e coletiva à transmissão pelo SARS CoV-2 nos ambientes de trabalho, preservando assim a saúde dos trabalhadores; b) orientar a conduta de investigação diagnóstica; c) orientar quanto às condutas frente à trabalhadores positivos para COVID-19 ou contactantes de pessoas com COVID-19 entre outras situações e d) orientar quando à investigação denexo causal entre trabalho e COVID-19.

A metodologia utilizada para a elaboração deste material foi a compilação de recomendações da ANAMT, de publicações científicas e, de normativas das autoridades sanitárias e do Governo Federal.

As medidas de prevenção e controle de infecção devem ser implementadas pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde objetivando evitar ou reduzir ao máximo a transmissão de microrganismos durante qualquer assistência à saúde realizada.

Além da elaboração e implementação de planos de contingência para os ambientes de trabalho, os médicos do trabalho têm prestado assistência à saúde de milhões de trabalhadores, atuando diretamente como força de trabalho especializada, no enfrentamento do COVID-19.

Milhares de empresas mantiveram suas atividades em atendimento às diversas demandas para o enfrentamento da pandemia, produzindo insumos e outros itens de primeira necessidade. Com vistas a mitigar os riscos de contaminação no ambiente laboral, a ANAMT publicou recomendações para nortear a conduta do Médico do Trabalho na elaboração dos planos de contingenciamento.



Em várias cidades do país a retomada das atividades econômicas é uma realidade do pós-pandemia sendo imperiosa a adoção de medidas de prevenção da disseminação do SARS CoV-2, provocando uma 2ª onda da pandemia, bem como proceder a avaliação dos trabalhadores afastados em decorrência do COVID-19 e que receberam alta para retornar às suas atividades laborais.

2. Aspecto Clínico e Diagnóstico

A transmissão da SARS CoV-2 ocorre de humanos para humanos por contato de gotículas respiratórias (tosse, espirro, catarro), pela saliva oriundas de pessoas infectadas pelo vírus ou contato com superfícies contaminadas seguido de contato com a boca, nariz e olhos.

O período de incubação da infecção por COVID-19, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), varia de 1 a 14 dias, geralmente ficando a média em torno de 5 dias.²

Os sinais e sintomas da Doença Covid-19, são abaixo relacionados:

- Febre (>37,8° C);
- Tosse;
- Dispnéia;
- Mialgia e fadiga;
- Sintomas respiratórias superiores;e
- Sintomas gastrointestinais, como a diarreia (mais raros).

A anosmia tem sido uma queixa frequente entre os pacientes acometidos da COVID-19.

O quadro clínico, típico de uma Síndrome Gripal, pode variar desde uma apresentação com sintomas leves e assintomática (não se sabe a frequência), principalmente em jovens adultos e crianças, até uma apresentação grave, incluindo choque séptico e falência respiratória.^{3,4} A maior parte dos casos em que ocorreu óbito foi em pacientes com algumas condições clínicas de risco pré - existente (10,5% doença cardiovascular, 7,3% diabetes, 6,3% doença respiratória crônica, 6% hipertensão e 5,6% câncer) e/ou idosos^{3,5}. A taxa de letalidade esteve em torno de 3,8% na China, porém o valor varia conforme o país. Estudos demonstram que, epidemiologicamente, homens entre 41 e 58 anos representam a grande maioria dos casos de pacientes confirmados, sendo febre e tosse os sintomas mais presentes³.



As alterações em exames complementares mais comuns são infiltrados bilaterais nos exames de imagem de tórax, linfopenia no hemograma e aumento da proteína C-reativa. A doença apresenta fundamentalmente complicações respiratórias: pneumonia e Síndrome da Angústia Respiratória Aguda – SARA³.

O paciente acometido por SG pode manifestar febre de início súbito (mesmo que referida) acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia, na ausência de outro diagnóstico específico. Os pacientes com infecção viral não complicada do trato respiratório superior podem ter sintomas inespecíficos como: febre, fadiga, tosse (com ou sem produção de escarro), anorexia, mal-estar, dor muscular, dor de garganta, dispneia, congestão nasal ou dor de cabeça. Raramente, os pacientes também podem apresentar diarreia, náuseas e vômitos⁵.

Critérios de confirmação de caso^{6,7}:

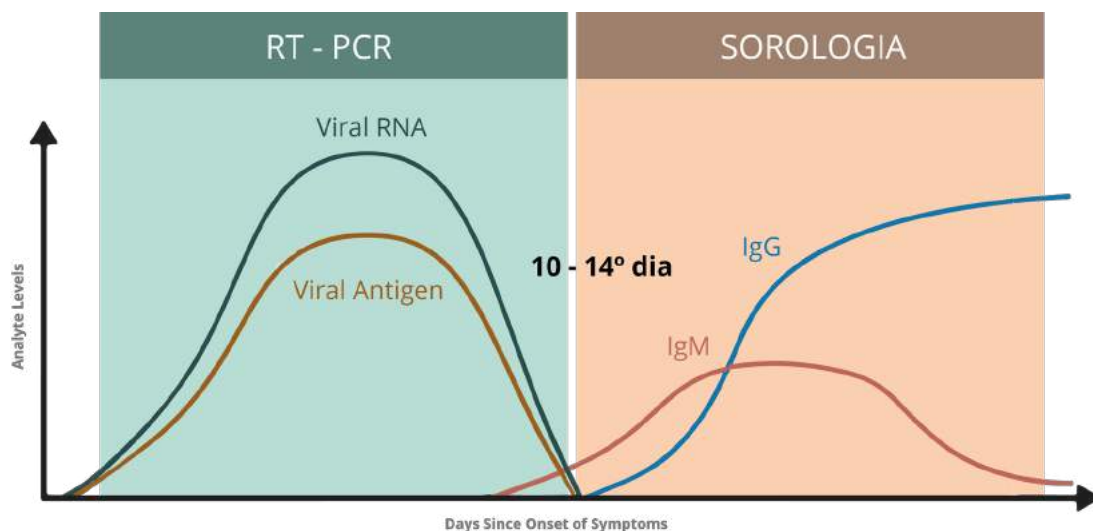
- Critério laboratorial
- Critério laboratorial em indivíduo assintomático
- Critério clínico-epidemiológico
- Critério clínico-imagem

Por Critério laboratorial:

O teste “padrão – ouro” de diagnóstico é o RT-PCR - *Real Time Polymerase Chain Reaction* para COVID-19, sendo o mais adequado por ser mais assertivo, com sensibilidade mais elevada desde os primeiros dias de infecção (Gráfico1)⁷. Importante salientar que a sensibilidade do exame varia de acordo com a data da coleta do exame sendo maior entre o 3º e 8º dia de sintomas^{6,7}. Após o 7º dia a sensibilidade começa a cair, atingindo a 45% após 15 dias da doença⁷.



Gráfico 1.



Fonte: DASA⁷

Caso de SG ou SRAG com teste de⁶:

- Biologia Molecular: resultado detectável para SARS CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real.
- Imunobiológico: resultado reagente para IgM, IgA e/ou IgG* realizado pelos seguintes métodos:
 - Ensaio imunoenzimático (Enzyme-linked Immunosorbent Assay) – ELISA;
 - Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos;
 - Imunoensaio por Eletroquimioluminescência (ECLIA)
- Pesquisa de Antígeno: resultado reagente para SARS CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

OBS: Considerar o resultado IgG reagente como critério laboratorial confirmatório somente em indivíduos sem diagnóstico laboratorial anterior para COVID-19.

RT-PCR (biologia molecular)⁶ é capaz de detectar a carga viral, a presença do material genético do vírus na secreção respiratória dos pacientes. O exame é realizado em material coletado de secreção de naso/orofaringe. Por meio de técnicas de biologia molecular, quantifica o material genético do vírus na amostra do paciente.



Indicação:

- Paciente sintomático moderado/grave **com** critérios clínicos/radiológicos de internação hospitalar, para diagnóstico de COVID-19 e definição de leito de isolamento.
- Profissional de saúde sintomático para definição de afastamento laboral (RT-PCR positivo)
- Para pacientes com síndrome gripal, **sem** critérios clínicos ou fatores de risco para internação hospitalar, para diagnóstico de COVID-19.

Sorologia (imunobiológico) são testes imunológicos capazes de detectar os níveis de anticorpos IgM e IgG em amostra de sangue venoso do paciente, por imunoensaio automatizado. De forma geral, observou-se um aumento de anticorpos após 7 a 10 dias. Sensibilidade do teste é variável de acordo com os fabricantes estando entre 70 % e 100% para IgM e 85% a 96% para IgG. A sorologia, no entanto, possui baixo valor preditivo negativo e, por isso, um resultado negativo não exclui a presença da doença. A presença de anticorpos da classe IgG para definição da imunidade adquirida ocorre com melhor sensibilidade após o 15º dia de início dos sintomas⁶.

- Menos de 40% dos pacientes tem anticorpos detectáveis durante os primeiros 7 dias do início dos sintomas.
- Um resultado **não reagente** por métodos sorológicos não descarta a possibilidade da COVID-19, principalmente nas fases iniciais da doença e não deve ser usado como única base para decisão diagnóstica e para interrupção do isolamento⁷.

Resumo:

RT-PCR	Sorologia IgA/IgM	Sorologia IgG	Interpretação
Negativo	Negativo	Negativo	Sem história de infecção atual ou pregressa
Negativo	Positivo	Negativo	Sugestivo de infecção atual recente (> 7 a 10 dias de sintomas clínicos)
Negativo	Neg ou Pos	Positivo	Sugestivo de infecção prévia ou atual recente (> 7 a 10 dias)
Positivo	Negativo	Negativo	Sugestivo de infecção atual (<7 dias)
Positivo	Positivo	Negativo	Sugestivo de infecção atual (5 a 10 dias)
Positivo	Neg ou Pos	Positivo	Sugestivo de infecção atual recente (>7 a 10 dias)



A interpretação sugerida é baseada na avaliação de valores positivos e negativos verdadeiros de cada exame. Possibilidade de resultados falso-negativos de PCR e sorologia devem ser considerados no contexto clínico de cada indivíduo⁷.

Por critério Laboratorial em indivíduo assintomático⁶:

Indivíduo assintomático com teste de:

- Biologia Molecular: resultado reagente para SARS CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real.
- Imunológico: resultado reagente para IgM e/ou IgA realizado pelos seguintes métodos:
 - Ensaio imunoenzimático (Enzyme – Linked Immunosorbent Assay) – ELISA;
 - Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos.

Por Critério Clínico-Epidemiológico⁶:

Caso de SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 14 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.

Por Critério Clínico-Imagem⁶:

Caso de SG ou SRAG ou óbito por SRAG que não foi possível confirmar ou descartar por critério laboratorial e que apresente alterações tomográficas:

- Opacidade em vidro fosco periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”), ou
- Opacidade em vidro fosco multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”), ou
- Sinal de Halo Reverso ou outros achados de pneumonia em organização.

Por Critério Clínico⁶:

Caso de SG ou SRAG associada a anosmia ou disgeusia agudas, sem outra causa progressiva, e que não foi possível encerrar por outro critério de confirmação.



3. Manejo diagnóstico de casos suspeitos pelo Médico do Trabalho:

Da Assistência à saúde do trabalhador:

1. Estabelecer fluxo de atendimento aos trabalhadores, com sala própria e isolada, bem arejada, sem ar condicionado, adotando os protocolos de segurança instituídos pelo Ministério da Saúde para o enfrentamento do COVID-19,
2. Realizar triagem dos trabalhadores sintomáticos respiratórios. Identificar e separá-los, em um espaço específico e arejado, além de disponibilizar máscara cirúrgica para o trabalhador. Registrar o atendimento no prontuário do trabalhador.
3. Adotar as medidas para evitar contágio (Quadro 1),
4. Avaliar a gravidade da Síndrome Gripal (Quadro 2),
Adotar as Orientações do Ministério da Saúde para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da COVID-19, nos casos leves, a critério Médico. (<https://saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/COVID-FINAL-16JUNHO-Livreto-1-V3.pdf>)
5. Encaminhar os pacientes nos casos graves para serviços hospitalares de referência. Nesses casos, verificar a necessidade de chamar o SAMU.
6. Estabelecer um canal de comunicação para o acompanhamento da evolução do quadro clínico do trabalhador, alertando – o para o aparecimento dos sinais de alerta.

As medidas de controle de contágio que devem ser tomadas pelos profissionais de atendimento, estão listadas abaixo:

Quadro 1.

MEDIDAS DE CONTROLE DE CONTÁGIO	
Profissionais da Saúde – Ambulatório SST	Pacientes
<ul style="list-style-type: none"> • Contenção respiratória; • Máscara cirúrgica*; • Uso de luvas, óculos ou protetor facial e aventais de TNT gramatura de 30 a 50g/m², descartáveis**; • Lavar as mãos com frequência; • Limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer máscara cirúrgica; • Isolamento com precaução de contato em sala isolada e bem arejada

* Somente para procedimentos produtores de aerossóis usar máscara N95/PPF2.

** Uso destes EPI durante atendimento do paciente em consultório. Não é necessário o uso na recepção/Triagem, desde que mantida distância de 1 metro.



Quadro 2.

SINAIS E SINTOMAS DE GRAVIDADE
Adultos
<p>Déficit no sistema respiratório:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de ar ou dificuldade para respirar; ou • Ronco, retração sub/intercostal severa; ou • Cianose central; ou • Saturação de oximetria de pulso <95% em ar ambiente; ou • Taquipneia (>30 mpm); <p>Déficit no sistema cardiovascular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinais e sintomas de hipotensão (hipotensão arterial com sistólica abaixo de 90mmHg e/ou diastólica abaixo de 60mmHg); ou • Diminuição do pulso periférico. <p>Sinais e sintomas de alerta adicionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piora nas condições clínicas de doenças de base; • Alteração do estado mental, como confusão e letargia; • Persistência ou aumento da febre por mais de 3 dias ou retorno após 48h de período afebril

Como parâmetro para o Médico do Trabalho encaminhar o trabalhador com condições clínicas que exijam avaliação ao Centro de Referência, apresenta-se o Quadro 3:

Quadro 3.

CONDIÇÕES CLÍNICAS DE RISCO QUE INDICAM AVALIAÇÃO EM CENTRO DE REFERÊNCIA/ATENÇÃO ESPECIALIZADA
Doenças cardíacas descompensadas
Doença cardíaca congênita
Insuficiência cardíaca mal controlada
Doença cardíaca isquêmica descompensada
Doenças respiratórias descompensadas
DPOC e Asma mal controlados
Doenças pulmonares intersticiais com complicações
Fibrose cística com infecções recorrentes
Displasia bronco pulmonar com complicações
Doenças renais crônicas em estágio avançado (Graus 3, 4 e 5)
Pacientes em diálise
Transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea
Imunossupressão por doenças e/ou medicamentos (em vigência de quimioterapia/radioterapia, entre outros medicamentos)
Portadores de doenças cromossômicas e com estados de fragilidade imunológica (ex.: Síndrome de Down)
Diabetes (conforme juízo clínico)
Gestante de alto risco
Doença hepática em estágio avançado
Obesidade (IMC >= 40)

Fonte: Ministério da Saúde



Atendimento presencial: Para os casos em que os trabalhadores apresentem sintomas gripais durante o serviço, o Médico do Trabalho realizará a triagem dos trabalhadores com: anamnese clínica detalhada, exame físico para o diagnóstico de possíveis complicações respiratórias e procederá com as orientações pertinentes a cada caso segundo avaliação de gravidade. O Médico do Trabalho, nos casos leves, poderá seguir as orientações de tratamento precoce do Ministério da Saúde, em casos suspeitos da COVID-19, além de orientações de isolamento social e repouso, hidratação, alimentação adequada, analgésicos e antitérmicos. Como conduta ainda deve o médico:

- a) afastar o trabalhador que apresentar sintomas gripais pelo prazo inicial de 14 (quatorze dias)¹⁰ ou até completar os procedimentos diagnósticos;
- b) emitir atestado para o trabalhador e para os integrantes de seu núcleo familiar/contactantes¹⁰ (modelo anexo).
- c) fazer acompanhamento do trabalhador por telefone a cada 48h ou menos.
- d) orientar ligar para o SAMU ou buscar atendimento em pronto-socorro de hospital de referência caso apresente dispneia.

Do Tratamento Precoce em pacientes com sintomas leves: Anosmia, ageusia, coriza, diarreia, dor abdominal, febre, mialgia, tosse, fadiga e cefaleia.

Consoante o Parecer CFM 4/2020, resguardada a autonomia do médico e em uma decisão compartilhada com o paciente, expressa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente assinado, poderá o médico iniciar o protocolo de tratamento precoce preconizado pelo Ministério da Saúde:

Orientação para prescrição em PACIENTES ADULTOS	FASE 1 1º AO 5º DIA	FASE 2 6º AO 14º DIA	FASE 3 APÓS O 14º
Sinais e sintomas leves	<p>Difosfato de Cloroquina =D1: 500mg 12/12h (300mg de cloroquina base) =D2 ao D5: 500mg24/24h (300mg de cloroquina base) +</p> <p>Azitromicina =500mg 1x ao dia, durante 5 dias</p> <p>Ou</p> <p>Sulfato de hidroxicloroquina =D1: 400mg 12/12h =D2 ao D5: 400mg 24/24h +</p> <p>Azitromicina =500mg 1x ao dia, durante 5 dias</p>		Prescrever medicamento sintomático



Do Atendimento remoto:

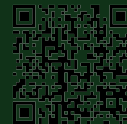
O atendimento de pacientes à distância com emprego de novas tecnologias está previsto no Art 3º da Resolução CFM 1643/2002 que dispôs sobre atendimento em caráter de urgência e emergência por meio de Telemedicina e na Portaria MS 467/2020¹¹. O Médico do Trabalho das clínicas de medicina do trabalho ou o que está vinculado a uma ou mais empresas deve estabelecer o fluxo de atendimento remoto (teletriagem/teleorientação/teleconsulta/teleinterconsulta), com isso fornecendo todo suporte aos trabalhadores e às empresas, contribuindo para evitar que milhões de pessoas busquem atendimento do serviço público de saúde, nos casos leves de covid-19. Deve ser criado um canal de comunicação telefônica, por aplicativo de rede social (*Whatsapp*), *intranet*, *newsletter* ou outra que permita a troca de informações e de contato dos trabalhadores com o serviço de saúde ocupacional.

Das modalidades de atendimento em Telemedicina¹¹:

- Teleorientação, para que profissionais da medicina realizem à distância a orientação e o encaminhamento de pacientes em distanciamento social extenso.
- Telemonitoramento, ato realizado sob orientação e supervisão médica para monitoramento ou vigência à distância de parâmetros de saúde e/ou doença.
- Teleinterconsulta, exclusivamente para troca de informações e opiniões entre médicos, para auxílio diagnóstico ou terapêutico.
- Teleconsulta para que o médico preste assistência ao seu paciente à distância, podendo utilizar os meios eletrônicos de comunicação áudio-visual (Skype, chamada de vídeo por aplicativo ou outra plataforma) que permita a interação entre o médico e seu paciente.

É indispensável que o trabalhador seja esclarecido sobre a modalidade de atendimento por Telemedicina, que envie ao médico por e-mail o Termo de Consentimento Esclarecido (modelo no Anexo II). No caso de prescrição de medicação é preciso combinar com o paciente a forma de entrega da receita ou se for medicamento isento de prescrição, ou utilizar a plataforma de prescrição eletrônica do CFM, <https://prescricaoeletronica.cfm.org.br/>, o médico poderá “baixar” modelos de prescrições e atestados, preencher e assinar digitalmente – com o seu certificado ICP-Brasil, atendendo às exigências legais vigentes.

O trabalhador que apresentar sintomas de COVID-19 pelo prazo inicial de 14 (quatorze dias) ou até completar os procedimentos diagnósticos, receberá atestado para os integrantes de seu núcleo familiar/contactantes (modelo anexo), consoante Portaria MS nº 454, de 20 de março de 2020. Nesse caso, o trabalhador encaminhará ao Médico do Trabalho, por e-mail, uma declaração por ele assinada (modelo Anexo I). deve ser orientado a seguir cuidados domésticos, conforme Quadro 4³.



Quadro 4: Cuidados doméstico do paciente em isolamento domiciliar:

CUIDADOS DOMÉSTICOS DO PACIENTE EM ISOLAMENTO DOMICILIAR POR 14 DIAS DESDE A DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS DE SÍNDROME GRIPAL		
Isolamento do paciente	Precauções de cuidador	Precauções gerais
<ul style="list-style-type: none"> ● Permanecer em quarto isolado e bem ventilado; ● Caso não seja possível isolar o paciente em um quarto único, manter pelo menos 1 metro de distância do paciente. Dormir em cama separada (exceção: mães que estão amamentando devem continuar amamentando com o uso de máscara e medidas de higiene, como a lavagem constante de mãos); ● Limitar a movimentação do paciente pela casa. Locais da casa com compartilhamento (como cozinha, banheiro etc.) devem estar bem ventilados; ● Utilização de máscara cirúrgica todo o tempo. Caso o paciente não tolere ficar por muito tempo, realizar medidas de higiene respiratória com mais frequência; trocar máscara cirúrgica sempre que esta estiver úmida ou danificada; ● Em idas ao banheiro ou outro ambiente obrigatório, o doente deve usar obrigatoriamente máscara; ● Realizar higiene frequente das mãos, com água e sabão ou álcool em gel, especialmente antes de comer ou cozinhar e após ir ao banheiro; ● Sem visitas ao doente; ● O paciente só poderá sair de casa em casos de emergência. Caso necessário, sair com máscara e evitar multidões, preferindo transportes individuais ou a pé, sempre que possível. 	<ul style="list-style-type: none"> ● O cuidador deve utilizar uma máscara (descartável) quando estiver perto do paciente. Caso a máscara fique úmida ou com secreções, deve ser trocada imediatamente. Nunca tocar ou mexer na máscara enquanto estiver perto do paciente. Após retirar a máscara, o cuidador deve lavar as mãos; ● Deve ser realizada higiene das mãos toda vez que elas parecerem sujas, antes/ depois do contato com o paciente, antes/ depois de ir ao banheiro, antes/ depois de cozinhar e comer ou toda vez que julgar necessário. Pode ser utilizado álcool em gel quando as mãos estiverem secas e água e sabão quando as mãos parecerem oleosas ou sujas; ● Toda vez que lavar as mãos com água e sabão, dar preferência ao papel-toalha. Caso não seja possível, utilizar toalha de tecido e trocá-la toda vez que ficar úmida; ● Caso alguém do domicílio apresentar sintomas de SG, iniciar com os mesmos cuidados de precaução para pacientes e solicitar atendimento na sua UBS. Realizar atendimento domiciliar dos contactantes sempre que possível. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Toda vez que lavar as mãos com água e sabão, dar preferência ao papel-toalha. Caso não seja possível, utilizar toalha de tecido e trocá-la toda vez que ficar úmida; ● Todos os moradores da casa devem cobrir a boca e o nariz quando forem tossir ou espirrar, seja com as mãos ou máscaras. Lavar as mãos e jogar as máscaras após o uso; ● Evitar o contato com as secreções do paciente; quando for descartar o lixo do paciente, utilizar luvas descartáveis; ● Limpar frequentemente (mais de uma vez por dia) as superfícies que são frequentemente tocadas com solução contendo alvejante (1 parte de alvejante para 99 partes de água); faça o mesmo para banheiros e toaletes; ● Lave roupas pessoais, roupas de cama e roupas de banho do paciente com sabão comum e água entre 60-90oC, deixe secar.

Fonte: WHO technical guidance – patient management – Coronavírus disease 2019.



4. Afastamento do Trabalho e Homologação de Atestados Médicos

O Médico do Trabalho deve realizar o levantamento dos trabalhadores com 60 anos ou mais, com ou sem comorbidades. À critério, deve o Médico do Trabalho avaliar a condição de saúde e risco ao trabalhador com comorbidades, na manutenção das atividades laborativas presenciais, levando-se em consideração parâmetros clínicos.

Ainda, deve o Médico do Trabalho, quando necessário, (Quadro 3) indicar afastamento para realização de trabalho em *home office* ou caso não seja possível, mudança de função com atividades em que seja possível o trabalho remoto. Se não houver possibilidade de mudança de função ou realocação, o trabalhador deve ser afastado para ficar em casa enquanto durar o isolamento para grupos de risco. Nessa situação, não cabe encaminhamento ao INSS até que alguma norma seja editada pelo Governo Federal orientando conduta diferente. O mesmo se aplica a trabalhadora gestante. Em caso diverso, a gestante de alto risco que obtiver atestado médico de seu médico assistente, deverá ser encaminhada ao INSS a partir de 16º dia de afastamento.

Finalmente, o Médico do Trabalho deve estar atento às normas publicadas pelas autoridades governamentais de suas Cidades/Estados as quais devem ser seguidas.

A Portaria nº 454, de 20 de março de 2020 dispôs que para contenção da transmissibilidade do SARS CoV-2, deverá ser adotada como, medida não-farmacológica, o isolamento domiciliar da pessoa com sintomas respiratórios e das pessoas que residam no mesmo endereço, ainda que estejam assintomáticos, devendo permanecer em isolamento pelo período máximo de 14 (quatorze) dias¹⁰.

O Médico do Trabalho deve acatar o atestado do médico assistente ou emitir um atestado com prazo máximo de 14 dias, considerando os sintomas respiratórios ou o resultado laboratorial positivo para o SARS CoV-2. Este atestado estende-se às pessoas que residem no mesmo endereço.

No caso de o trabalhador necessitar prorrogação do atestado em decorrência da doença, deverá ser encaminhado ao INSS a partir do 16º dia, seguindo a orientação contida na portaria Conjunta no 9.381, de 06 de abril de 2020. Cabe ressaltar que o afastamento por medida de prevenção, sem a existência de incapacidade não deve ser encaminhado ao INSS. Deve o Médico do Trabalho atentar para possíveis mudanças na legislação.

A homologação de atestado médico dever ocorrer sem o comparecimento do trabalhador, sendo realizado pelo envio do atestado médico, relatório do médico



assistente, receita médica e exames complementares (quando houver) pelo canal de comunicação a ser estabelecido (e-mail, sistema interno de gestão) ou por meio de Ofício SEI quando se tratar de serviço público, sempre resguardando o sigilo e a confidencialidade das informações do trabalhador.

Do Atestado Médico X CID:

A CID-10 que deve ser utilizado para síndrome gripal inespecífica é o J11. Os CID-10 específicos para infecção por coronavírus são o B34.2 - Infecção por coronavírus de localização não especificada, e os novos códigos U07.1 - COVID-19, vírus identificado e U07.2 - COVID-19, vírus não identificado, clínico epidemiológico, que são os marcadores da pandemia no Brasil.

DESCRIÇÃO	CID 10
Influenza (gripe) devida a vírus não identificado	J11
Sintomas respiratórios que não configurem síndrome gripal (Infecção viral não específica)	B34.9
COVID - 19 - vírus identificado	U07.1
COVID - 19 - vírus não especificado	U07.2
Síndrome Respiratória Aguda Grave devido ao COVID -19	U04.9
Infecção por Coronavírus de localização não especificada	B34.2
Contatos domiciliares assintomáticos (contato com exposição à doença transmissível não especificada)	Z20.9

Da Notificação Compulsória:

De acordo com o Protocolo de Manejo Clínico do Ministério da Saúde³: É mandatória a notificação imediata de caso de Síndrome Gripal, via plataforma do e-SUS VE (<https://notifica.saude.gov.br>).

Casos notificados de SG, que posteriormente apresentaram teste para COVID-19 positivo, devem ser renotificados como casos confirmados, informando o resultado do teste.

Também é considerado caso confirmado de COVID-19 a pessoa com SG e 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. Pessoas com SG e exame negativo para COVID-19 são consideradas casos descartados.



Dos Exames Médicos Ocupacionais:

Os exames ocupacionais são indispensáveis para a manutenção da saúde (ao controle do processo saúde-doença) do trabalhador. Subsidiarão a prevenção de doenças, na promoção da saúde e na diminuição do absenteísmo. Seguem critérios baseados na literatura científica, são normatizados pela NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional e classificados em: Exame admissional, exame periódico, exame de retorno ao trabalho, exame de mudança de função e exame demissional.

Segundo a MP 927/2020¹², em seu Art. 15, *in verbis*:

Art. 15. Durante o estado de calamidade pública a que se refere o art. 1º, fica suspensa a obrigatoriedade de realização dos exames médicos ocupacionais, clínicos e complementares, exceto dos exames demissionais.

§ 1º Os exames a que se refere **caput** serão realizados no prazo de sessenta dias, contado da data de encerramento do estado de calamidade pública.

§ 2º Na hipótese de o médico coordenador de programa de controle médico e saúde ocupacional considerar que a prorrogação representa risco para a saúde do empregado, o médico indicará ao empregador a necessidade de sua realização.

§ 3º O exame demissional poderá ser dispensado caso o exame médico ocupacional mais recente tenha sido realizado há menos de cento e oitenta dias.

Em decorrência da pandemia do COVID-19 causado pelo novo Coronavírus SARS CoV-2, a Organização Mundial de Saúde – OMS e a comunidade científica tem editado recomendações e artigos que ratificam a alta infectividade do vírus e a importância do isolamento social com diminuição

Milhões de trabalhadores são submetidos regularmente aos exames médico-ocupacionais e, nesse sentido, tais exames devem ser suspensos à exceção dos exames demissionais para os quais admite-se a substituição pelo último exame ocupacional desde que tenha sido realizado em até 180 dias, conforme previsto na referida MP. O trabalhador que receber alta do INSS poderá retornar ao trabalho, sem passar pelo exame com o Médico do Trabalho. Todavia, em todas as situações, o Médico do Trabalho, a critério clínico, poderá indicar a realização de exame ocupacional sempre que identificar risco para a saúde do trabalhador.



Em relação aos exames admissionais das áreas essenciais e outras cujo risco é alto (atividades em altura e em espaço confinado, por exemplo), deve o médico sopesar e fazer a gestão da realização dos exames estabelecendo fluxo de atendimento de forma a evitar aglomerações e o cumprimento de medidas de higiene e controle rígido de transmissão viral.

A suspensão dos exames ocupacionais, então, é medida que se impõe para evitar a transmissão do SARS CoV-2 entre trabalhadores e demais contactantes.

Os exames complementares também suspensos e os exames ocupacionais devem ser realizados no prazo de sessenta dias, contado da data de encerramento do estado de calamidade pública¹². No ASO do Exame Ocupacional sem a realização de exames complementares, deve constar a observação de que foi cumprido o disposto na MP 927/2020.

Deve o Médico do Trabalho descrever tudo no prontuário e deixar prevista programação de convocação dos trabalhadores para realização dos exames ao acabar o estado de calamidade pública. A critério do Médico do Trabalho, o trabalhador poderá ser convocado ao exame presencial a qualquer tempo sempre que a situação acarretar risco à integridade física do paciente, devendo o médico adotar todo o protocolo de prevenção de contágio.

Indispensável ressaltar que é, exclusivamente, a excepcionalidade do estado de calamidade pública que justifica a suspensão dos exames ocupacionais.

Nenhum exame médico-ocupacional poderá ser realizado por meio de Telemedicina sem o exame físico direto no trabalhador. **É vedado realizar exames médicos ocupacionais com recursos de telemedicina sem proceder o exame clínico direto no trabalhador, redação dada pelo Parecer CFM 8/2020¹³.**

Se o Médico do Trabalho entender ser necessária a realização do exame ocupacional, mesmo em vigência da Pandemia da COVID-19, que proceda a realização da avaliação clínica presencial.



5. Acidente de Trabalho - Nexo Causal

A maioria dos profissionais de saúde estão diretamente em contato com pacientes e, portanto, expostos ao risco mais alto de contágio pelo SARS CoV-2. A exposição ao agente nocivo é permanente e intrínseca à natureza da sua atividade quando presta atendimento ao paciente com ou sem a realização de procedimento em que ocorra geração de aerossóis. Sendo assim, o profissional de saúde que, no exercício da sua atividade, venha a contrair o novo Coronavírus/COVID-19, comprovado por exame laboratorial, deve registrar junto ao Médico do Trabalho o acidente de trabalho para a adoção das medidas cabíveis.

A Lei nº 8.213¹⁴ de 24 de julho de 1991, em seu Art. 20, §1º dispôs que não são consideradas como doença do trabalho a doença endêmica adquirida por segurado habitante de região em que ela se desenvolva, salvo comprovação de que é resultante de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho. Nesse sentido, é necessário que o Médico do Trabalho proceda a investigação para o estabelecimento de nexos causal, registro no prontuário e notificação formal à empresa para emissão de CAT ou setor competente na situação em que o trabalhador, em virtude da sua atividade, estiver exposto ao risco de contágio.

6. Medidas de Controle a serem adotadas pelos empregadores - Medidas Administrativas de Proteção Coletiva

Campanha Educativa e de Sensibilização de Empregadores e Trabalhadores

O Médico do Trabalho deve esclarecer aos empregadores e trabalhadores, em linguagem simples e objetiva, sobre a responsabilidade e adoção de comportamento seguro para evitar a contaminação pelo novo Coronavírus. Deve ainda, elaborar as normas e fluxos internos de prevenção à infecção do SARS CoV-2, enfatizando a necessidade de realizar a higienização das mãos com água e sabão com frequência, sobre as situações indicadas para o uso de álcool em gel e sobre o cuidado para evitar acidentes com o álcool.

É indicado afixar cartazes com as instruções de higiene; técnica de lavagem das mãos; etiqueta de tosse, espirros e secreção nasal e; demais cuidados de prevenção ao contágio, reforçando a comunicação visual em todos os ambientes.

Capacitações e treinamentos em tempos de COVID -19, recomenda-se para o Médico do Trabalho:



- Elaborar relatório com o dia, a hora, o conteúdo programático, a metodologia usada, o nome do instrutor, lista de presença assinada, registro fotográfico (se de modo presencial), mantendo o distanciamento e os protocolos de biossegurança, para fins de fiscalização dos órgãos de controle (Superintendência Regional do Trabalho, Ministério Público do Trabalho e Vigilância Sanitária);
- Elaborar curso/treinamento em plataforma virtual, quando não for possível fazer presencialmente e adotar os devidos registros comprobatórios.

7. Protocolo para Equipamento de Proteção Individual

O fornecimento de Equipamento de Proteção Individual - EPI deve acontecer de forma criteriosa tendo em vista a escassez de recursos e a dificuldade de reposição imediata (Tabelas 5 e 6).

Todos os tipos de EPI devem ser:

- Selecionados com base no risco da atividade para o trabalhador.
- Montados de forma adequada e periodicamente reparados, conforme aplicável (por exemplo, máscara de proteção respiratória).
- Consistente e adequadamente utilizado quando necessário.
- Inspeccionado, mantido e substituído regularmente, conforme necessário.
- Removido, limpo e armazenado ou descartado adequadamente, conforme aplicável, para evitar a contaminação de si mesmo, de outras pessoas ou do meio ambiente.

Os equipamentos de proteção respiratória ou máscaras de proteção respiratória, apresentam Certificado de Aprovação (CA) ou Certificado de Conformidade e são produzidas no Brasil de acordo com a norma ABNT NBR 13.698¹⁵ como as máscaras tipo Peça Semifacial Filtrante – PFF. Quanto ao nível de penetração e resistência são assim classificadas:

- PFF1 - possuem uma eficiência de 80%
- PFF2 - possuem uma eficiência de 94%
- PFF3 - possuem uma eficiência de 99%

A proteção contra agentes biológicos na forma de aerossóis se faz com uso de máscaras de proteção respiratória tipo PFF2 ou PFF3, consoante a Cartilha de Proteção Respiratória contra Agentes Biológicos para Trabalhadores de Saúde da Anvisa¹⁶.



A máscara de proteção respiratória – N95, produzida nos Estados Unidos da América, corresponde ao tipo PFF2, no Brasil.

A máscara cirúrgica que não possui CA é fabricada conforme a norma ABNT NBR 15.052¹⁶ para uso específico em unidades de saúde, durante procedimentos médicos e de outros profissionais de saúde com a finalidade de bloquear a contaminação de profissionais e pacientes de forma cruzada.

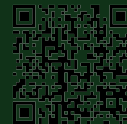
Durante a epidemia, o uso de máscara cirúrgica por pessoas contaminadas está indicado para bloqueio mecânico de gotículas respiratórias (tosse, espirro).

Devido à elevada demanda por máscaras cirúrgicas durante a pandemia, todos os países estão enfrentando escassez desse produto, o que propicia a oferta de máscaras cirúrgicas inadequadas, que não atendem à Norma ABNT NBR 15052:2004¹⁶, é possível a utilização de máscara PFF1 quando as máscaras cirúrgicas forem indicadas.

As máscaras de tecido, não se enquadram como EPI, não são indicadas para uso durante as atividades laborativas e/ou quando em contato com pessoa suspeita ou caso confirmado de COVID-19.

Os trabalhadores de alto risco de exposição são aqueles com alto potencial de exposição a fontes conhecidas ou suspeitas de COVID-19. Trabalhos com risco de exposição muito alto são aqueles com alto potencial de exposição a fontes conhecidas ou suspeitas de COVID-19 durante procedimentos médicos, post mortem ou laboratoriais específicos que envolvem a geração de aerossóis ou a coleta/manuseio de amostras.

Os trabalhadores, incluindo aqueles que trabalham a menos de um metro e meio de pacientes com suspeita de infecção por SARS-CoV-2 e que realizam procedimentos de geração de aerossóis, precisam usar respiradores específicos conforme o caso¹⁶.



Quadro 5: Equipamento de Proteção Individual/Saúde e Segurança no Trabalho:

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL			
Pacientes suspeitos ou testados positivamente			
Local	Situação	Equipe	Protocolo
Recepção (local arejado)	Atendimento ao trabalhador	Equipe administrativa	<ul style="list-style-type: none"> - Manter a distância mínima de 2 metros entre as pessoas; - Anteparo de vidro ou outro material entre o atendente e o trabalhador/paciente, quando possível. Ou <i>Face shield</i> - Máscara cirúrgica
Triagem Consultório arejado - sala de isolamento	Avaliação da gravidade da Síndrome Gripal	Médico do Trabalho Médico	<ul style="list-style-type: none"> - Protetor facial ou óculos de proteção; - Gorro descartável; - Máscara PFF2/N95 - <i>Face shield</i> - Avental em TNT, 30 a 50g/m², com manga longa, punho elástico; - Luvas de procedimento descartáveis; - Colocar máscara cirúrgica no paciente
<p>Em todos os casos, reforçar a higienização com lavagem das mãos com água e sabão antes de colocar as luvas e após retirá-las, ou álcool a 70%, após cada atendimento / procedimento.</p>			

Ainda, o uso incorreto dos EPI, seu manejo e a desparamentação incorreta, levam à contaminação do profissional de saúde, dos pacientes e do ambiente. Desta forma, é indispensável realizar o treinamento dessas pessoas.



Quadro 6: Equipamentos de Proteção Individual/Serviços de Saúde Público e Privado:

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL			
Pacientes suspeitos ou testados positivamente			
Local	Situação	Equipe	Protocolo
ESF	Atendimento ao paciente classificados como suspeitos ou confirmados	Equipe de saúde	- <i>Face shield</i> ou óculos de proteção; - Roupa privativa; - Avental em TNT, 30 a 50g/m ² , com manga longa, punho elástico; - Gorro descartável; - Máscara PFF2/N95; - Luvas de procedimento descartáveis;
Ambulância		APS/ESF	
Box de Emergência		Equipe de resgate/ SAMU	
UTI		Equipe de PS no atendimento dos casos de graves de COVID (Sala vermelha)	
		Atenção Terciária/ UTI	
Em todos os casos, reforçar a higienização com lavagem das mãos com água e sabão antes de colocar as luvas e após retirá-las, ou álcool a 70%, após cada atendimento / procedimento.			

8. Avaliação e Gerenciamento para Retorno ao Trabalho

Deve o Médico do Trabalho elaborar um Plano de Contingência com as medidas de prevenção e controle no enfrentamento da COVID - 19, para o retorno as atividades laborais e anexá-lo ao PCMSO.

Nos locais de trabalho algumas medidas estão indicadas para a proteção coletiva^{17,18,19,20}:

- Incentivar a adesão às campanhas de vacinação vigentes;
- Orientar sobre a necessidade do distanciamento social e da etiqueta social para tosse e espirro;
- Sempre que possível, recomenda - se a colocação de lavatórios com *dispenser* para papel toalha e sabonete líquido para a higienização das mãos ou totem



- com álcool em gel a 70% e acionamento através de pedal, na entrada do serviço.
- Sinalizar / demarcar o piso com faixas / fitas para manter o distanciamento e evitar aglomerações;
 - Manter o distanciamento das mesas/cadeiras, de no mínimo 02 metros de distância de uma para outra;
 - Manter o distanciamento entre trabalhadores que utilizam baias como estação de trabalho;
 - Determinar horário de uso de copa/refeitório de forma a evitar aglomeração;
 - Utilizar as
 - Instalar barreiras físicas, como proteções de policarbonato ou vidro transparente, em postos de trabalho que requeiram o contato direto do trabalhador com o público, quando possível ou fornecimento de *face shield*;
 - Afixar alertas visuais com orientações de fluxos, do uso obrigatório de máscaras, do(s) local(is) para a higienização das mãos, de etiqueta respiratória e da necessidade do paciente / trabalhador comunicar (ao adentar ao serviço), se apresenta sinais ou sintomas de síndrome gripal;
 - Aumentar a taxa de ventilação nos ambientes de trabalho, seja por fonte natural ou artificial, de forma a aumentar a troca de ar no local;
 - Instalar sistemas de ventilação por pressão negativa em algumas situações, como nos procedimentos de geração de aerossóis (Ex. leitos de isolamento em estabelecimentos de saúde e salas de autópsia em ambientes mortuários);
 - Garantir que o sistema de climatização de ar não esteja reutilizando o ar e sim que esteja programado para renovação de ar constantemente, atendendo ao Regulamento Técnico do Ministério da Saúde sobre “Qualidade do Ar de Interiores em Ambientes Climatização”, com redação da Portaria MS nº 3.523, de 28 de agosto de 1998¹⁹ e os Padrões Referenciais de Qualidade do Ar Interior em Ambientes Climatizados Artificialmente de Uso Público e Coletivo, com redação dada pela Resolução RE nº 9, de 16 de janeiro de 2003, da ANVISA¹⁹.

Avaliação para retorno ao trabalho: Deve-se utilizar critérios clínico/epidemiológico e laboratorial. Assim sendo, observar:

Critério clínico/epidemiológico: 72 horas assintomático (sem usar antitérmico) e estar entre 7 a 10 dias do início dos sintomas.

Critério laboratorial:

- RT-PCR negativo + atender critério clínico epidemiológico. Poderá retornar ao trabalho.
- RT-PCR positivo. Manter o trabalhador 14 dias afastado.



- Sorologia negativa, deve fazer o RT-PCR.
- Sorologia positiva para IgA ou IgM, deve manter o trabalhador 14 dias afastado.

Nos setores e corredores do local de trabalho algumas medidas estão indicadas para a proteção coletiva:

- Incentivar a adesão às campanhas de vacinação vigentes;
- Incentivar a participação de representantes dos trabalhadores na elaboração do Plano de Contingência;
- Estabelecer um plano de fiscalização diária das condutas seguras com cumprimento das recomendações do Plano de Contingência;
- Orientar sobre a necessidade do distanciamento social e da etiqueta social para tosse e espirro;
- Recomendar a colocação de lavatórios com *dispenser* para papel toalha e sabonete líquido para a higienização das mãos ou totem com álcool em gel a 70% e acionamento através de pedal, na entrada do serviço;
- Sinalizar / demarcar o piso com faixas / fitas para manter o distanciamento (2m) e evitar aglomerações;
- Manter o distanciamento das mesas/cadeiras, de no mínimo 02 metros de distância de uma para outra;
- Manter o distanciamento entre trabalhadores que utilizam baias como estação de trabalho;
- Utilizar a medida de 4 m² por pessoa, para definição de espaço (salas, *hall* de entrada, elevadores, corredores, etc) onde não há movimentação corporal e 6,25m² por pessoa, para espaços com movimentação corporal (academias, por exemplo).
- Orientar a determinação de horário de uso de copa/refeitório de forma a evitar aglomeração;
- Orientar a determinação de horário de entrada e saída, bem como o registro de ponto eletrônico de forma a evitar aglomeração;
- Orientar a disponibilização de *dispenser* abastecido com álcool em gel a 70% nas salas e corredores;
- Instalar barreiras físicas, como proteções de policarbonato ou vidro transparente, em postos de trabalho que requeiram o contato direto do trabalhador com o público quando possível ou fornecimento de *face shield*;
- Afixar alertas visuais com orientações de fluxos, sobre o uso obrigatório de máscaras, do(s) local(is) para a higienização das mãos, de etiqueta respiratória e da necessidade do paciente / trabalhador comunicar (ao adentar ao serviço), se apresenta sinais ou sintomas de síndrome gripal;



- Orientar a dispensação de máscaras e, a depender da atividade, *kits* contendo frasco de álcool em gel a 70%;
- Orientar a substituição das máscaras cirúrgicas, a cada quatro horas de uso, ou de tecido, a cada três horas de uso, ou quando estiverem sujas ou úmidas.
- Reforçar os procedimentos de limpeza e desinfecção com produtos desinfetantes, devidamente aprovados pela ANVISA, em todos os ambientes, superfícies e equipamentos, minimamente no início e término das atividades ou com maior frequência a depender da atividade;
- Aumentar a taxa de ventilação nos ambientes de trabalho, seja por fonte natural ou artificial, de forma a aumentar a troca de ar no local;
- Instalar sistemas de ventilação por pressão negativa em algumas situações, como nos procedimentos de geração de aerossóis (Ex. leitos de isolamento em estabelecimentos de saúde e salas de autópsia em ambientes mortuários);
- Garantir que o sistema de climatização de ar não esteja reutilizando o ar e sim que esteja programado para renovação de ar constantemente, atendendo ao Regulamento Técnico do Ministério da Saúde sobre “Qualidade do Ar de Interiores em Ambientes Climatização”, com redação da Portaria MS nº 3.523, de 28 de agosto de 1998^{17,18} e os Padrões Referenciais de Qualidade do Ar Interior em Ambientes Climatizados Artificialmente de Uso Público e Coletivo, com redação dada pela Resolução RE nº 9, de 16 de janeiro de 2003, da ANVISA^{17,18}.

Orientações para afastamento e retorno às atividades de profissionais de saúde:

A. Profissionais contactantes domiciliares assintomáticos de pacientes suspeitos ou confirmados de Síndrome Gripal (Quadro 7).

- Contactante domiciliar: seguir recomendação descrita na tabela abaixo.
- Contactante não domiciliar: sem recomendação de afastamento.



Quadro 7. Recomendações para profissional de saúde que é contato domiciliar de pessoa com SG.

TESTE POSITIVO.		TESTE NEGATIVO
Caso do domicílio Realizou teste (RT-PCR ou Sorológico*)	Profissional de saúde mantém 14 dias de afastamento, a contar do início dos sintomas do caso.	Retorno imediato ao trabalho, desde que assintomático.
Teste Indisponível	Afastamento do profissional por 7 dias, a contar do início dos Sintomas do caso. Retorna ao trabalho após 7 dias, se permanecer assintomático.	

Fonte: Ministério da Saúde

*Teste sorológico deve ser realizado a partir do 8º dia do início dos sintomas.

B. Profissional de saúde com suspeita de Síndrome Gripal (febre acompanhada de tosse ou dor de garganta ou dificuldade respiratória).

Deve afastar-se do trabalho imediatamente.

O retorno ao trabalho deve atender a uma das condições descritas abaixo.

Quadro 8. Recomendações para profissional de saúde com sintomas de SG

Disponibilidade de Teste	Condições de Retorno ao Trabalho	Observações
Teste disponível (RT-PCR ou sorológico)	Teste negativo	Condições necessárias para realização do teste sorológico em profissional de saúde: - A partir do 8º dia do início dos sintomas E - Mínimo de 72 horas assintomático Se teste positivo, o profissional deverá cumprir 14 dias de isolamento domiciliar, a contar do início dos sintomas.
Teste indisponível	- Mínimo de 72 horas assintomático E - Mínimo de 7 dias após o início dos sintomas.	Uso de máscara cirúrgica ao retornar ao trabalho.

Fonte: Ministério da Saúde



Na orientação provisória sobre o manejo clínico da COVID-19, publicada em 27 de maio de 2020, a OMS atualizou os critérios para alta do isolamento como parte das diretrizes de cuidados clínicos de um paciente com COVID-19. Esses critérios se aplicam a todos os casos de COVID-19, independentemente do local do isolamento ou da gravidade da doença²⁰.

Critérios para alta de pacientes do isolamento (ou seja, suspensão das precauções de transmissão), sem exigência de novo teste²⁰:

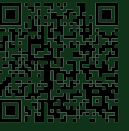
- Para pacientes sintomáticos: 10 dias após o início dos sintomas, mais, no mínimo, 3 dias adicionais sem sintomas (inclusive sem febre e sem sintomas respiratórios)
- Para casos assintomáticos: 10 dias após teste positivo para SARS-CoV-2
Por exemplo, se o paciente tiver sintomas por dois dias, pode ser liberado do isolamento após 10 dias + 3 = 13 dias a partir da data de início dos sintomas; se tiver sintomas por 14 dias, pode receber alta (14 dias + 3 dias =) 17 dias após a data do início dos sintomas; e se tiver sintomas por 30 dias, pode receber alta (30 + 3 =) 33 dias após o início dos sintomas).

Considerações Finais

Este Guia Prático traz orientações que visam a prevenção, controle e mitigação dos riscos de transmissão da COVID-19, em ambientes de trabalho. Há situações muito específicas para as quais o Médico do Trabalho deverá contemplar no seu Plano de Contingenciamento, como por exemplo: Serviços de Saúde.

Alertamos ainda, para que os Médicos do Trabalho observem as normas sanitárias locais quando da construção do Plano de Contingenciamento.

Por fim, ressalta-se que este material poderá ser alterado conforme novas publicações oficiais sejam divulgadas, tendo em vista tratar-se de uma doença pouco conhecida e ainda sem controle sobre o manejo clínico.



ANEXO I - TERMO DE DECLARAÇÃO

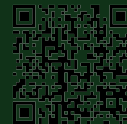
Eu, _____, RG nº _____
_____, CPF nº _____, residente e domiciliado na _____
_____, Bairro _____, CEP _____, na
cidade de _____, UF _____, declaro que fui devidamente informado(a) pelo médico(a)
Dr.(a) _____ sobre a necessidade de isolamento a que
devo ser submetido(a), bem como as pessoas que residem no mesmo endereço ou dos trabalhadores domésticos
que exercem atividades no âmbito residencial, com data de início em _____, previsão
de término em _____, local de cumprimento da medida _____
_____.

Nome das pessoas que residem no mesmo endereço que deverão cumprir medida de isolamento domiciliar:

1. _____
2. _____
3. _____

Assinatura da pessoa sintomática:

Data: ____/____/____ Hora: ____: ____



ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____ declaro que fui devidamente informado (a) pelo médico (a) Dr.(a) _____ sobre o atendimento médico utilizando recursos tecnológicos (Telemedicina) e que estou de acordo com esse tipo de atendimento.

Paciente/Responsável pelo Paciente

Nome: _____, Grau de Parentesco: _____

RG nº _____, CPF nº _____.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____:____



Bibliografia:

COVID-19 Consider cytokine storm syndromes and immunosuppression. Mehta P, McAuley DF, Brown M, Sanchez E, Tattersall RS, Manson JJ, HLH Across Speciality Collaboration, UK. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30628-0.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30628-0.pdf)

Organização Mundial de Saúde. Folha Informativa COVID-19. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=87

Ministério da Saúde do Brasil. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Versão 9. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf>

Chan JF et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person- to-person transmission: a study of a family cluster. lancet 2020.

Ministério da Saúde do Brasil. Protocolo de Manejo Clínico de COVID-19 na Atenção Especializada 1ª Ed. Revisada. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/105>

Ministério da Saúde do Brasil. Orientações para Manejo de Pacientes com COVID-19. Disponível em <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/Covid19-Orientac--o--esManejoPacientes.pdf>

Laboratório DASA. COVID-19 Recomendação de Uso de Exames Laboratoriais. Versão 2.0 de 04/05/2020

Ministério da Saúde do Brasil. PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO DO CORONAVÍRUS (COVID-19) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – Versão 7, Abril de 2020. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/08/20200408-ProtocoloManejo-ver07.pdf>

Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. Jing Yanga, Ya Zhenga, Xi Goua, Ke Pua, Zhaofeng Chena, Qinghong Guoa, Rui Jia, Haojia Wangb, Yuping Wangc, Yongning Zhou. International Journal of Infectious Diseases 94 (2020) 91-95. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971220301363>



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

Ministério da Saúde do Brasil. Portaria nº 467/2020. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>

Secretaria Geral. MP nº 927/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv927.htm

Conselho Federal de Medicina. Parecer CFM 8/2020. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2020/8_2020.pdf

Casa Civil. Lei 8.213/1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm

ABNT NBR 13.698.2011 - Equipamento de Proteção Respiratória – Peça semifacial filtrante para partículas.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Cartilha de Proteção Respiratória contra Agentes Biológicos para Trabalhadores de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2009.

Ministério da Saúde do Brasil. Portaria nº 3.523 de 28 de agosto de 1998. Regulamento Técnico do Ministério da Saúde sobre “Qualidade do Ar de Interiores em Ambientes Climatizados. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3523_28_08_1998.html

Ministério da Saúde do Brasil. ANVISA. Resolução -RE nº 9 de 16 de janeiro de 2003. Padrões Referenciais de Qualidade do Ar Interior em Ambientes Climatizados Artificialmente de Uso Público e Coletivo, Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RE_09_2003_1.pdf/629ee4fe-177e-4a78-8709-533f78742798?version=1.0

Diretrizes para preparação dos locais de trabalho para a COVID-19. OSHA 3990-03.2020. Disponível em: http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Prepara_o_dos_Locais_de_Trabalho_para_o_COVID_19_OSHA_1585405579.pdf

Organização Pan-Americana de Saúde. Critério para alta de pacientes com COVID-19 do isolamento. 17 de junho de 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52318>



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 08/05/2020)



Documento Assinado Digitalmente por: NILVA MARIA MENDES DE SA
Acesse em: <https://etec.tee.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 8d570e1d-e1e4-40dc-b205-4e8efffc057e

Mais Informações, acesse:
saude.gov.br/coronavirus

CORONAVÍRUS
COVID-19



DISQUE
SAÚDE
136



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19)

Information about the new coronavirus disease (COVID-19)

Claudio Márcio Amaral de Oliveira Lima¹

Coronavírus é um vírus zoonótico, um RNA vírus da ordem Nidovirales, da família Coronaviridae⁽¹⁾. Esta é uma família de vírus que causam infecções respiratórias, os quais foram isolados pela primeira vez em 1937 e descritos como tal em 1965, em decorrência do seu perfil na microscopia parecendo uma coroa⁽²⁾. Os tipos de coronavírus conhecidos até o momento são: alfa coronavírus HCoV-229E e alfa coronavírus HCoV-NL63, beta coronavírus HCoV-OC43 e beta coronavírus HCoV-HKU1, SARS-CoV (causador da síndrome respiratória aguda grave ou SARS), MERS-CoV (causador da síndrome respiratória do Oriente Médio ou MERS) e SARS-CoV-2, um novo coronavírus descrito no final de 2019 após casos registrados na China. Este provoca a doença chamada de COVID-19⁽²⁾.

O diagnóstico definitivo do novo coronavírus é feito com a coleta de materiais respiratórios (aspiração de vias aéreas ou indução de escarro). O diagnóstico laboratorial para identificação do vírus é realizado por meio das técnicas de proteína C reativa em tempo real e sequenciamento parcial ou total do genoma viral. Orienta-se a coleta de aspirado de nasofaringe ou swabs combinado (nasal/oral) ou também amostra de secreção respiratória inferior (escarro ou lavado traqueal ou lavado broncoalveolar). Para confirmar a doença é necessário realizar exames de biologia molecular que detecte o RNA viral. Os casos graves devem ser encaminhados a um hospital de referência para isolamento e tratamento. Os casos leves devem ser acompanhados pela atenção primária em saúde e instituídas medidas de precaução domiciliar⁽¹⁾.

O espectro clínico da infecção por coronavírus é muito amplo, podendo variar de um simples resfriado até uma pneumonia grave. O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como uma síndrome gripal. As pessoas com COVID-19 geralmente desenvolvem sinais e sintomas, incluindo problemas respiratórios leves e febre persistente, em média de 5 a 6 dias após a infecção (período médio de incubação de 5 a 6 dias, intervalo de 1 a 14 dias). A febre é persistente, ao contrário do descenso observado nos casos de influenza^(1,3). A febre pode

não estar presente em alguns casos, como, por exemplo, em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou em algumas situações que possam ter utilizado medicamento antitérmico. A doença em crianças parece ser relativamente rara e letal com aproximadamente 2,4% do total de casos notificados entre indivíduos com menos de 19 anos. Uma proporção muito pequena de menores de 19 anos desenvolveu doença grave (2,5%) ou crítica (0,2%)^(1,3).

De acordo com o Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus, publicado pelo Ministério da Saúde⁽⁴⁾ em fevereiro deste ano, na avaliação dos primeiros 99 pacientes internados com pneumonia e diagnóstico laboratorial de COVID-19 no hospital de Wuhan observou-se uma maior taxa de hospitalização em maiores de 50 anos e do sexo masculino. Os principais sintomas foram febre (83%), tosse (82%), dispnéia (31%), mialgia (11%), confusão mental (9%), cefaleia (8%), dor de garganta (5%), rinorreia (4%), dor torácica (2%), diarreia (2%) e náuseas e vômitos (1%). Também houve registros de linfopenia em outro estudo realizado com 41 pacientes diagnosticados com COVID-19.

Guan et al.⁽⁴⁾, avaliando dados de 1099 pacientes chineses com COVID-19 confirmado, observaram que a idade média dos pacientes foi de 47 anos e que 41,9% dos pacientes eram do sexo feminino. O desfecho composto primário, isto é, a admissão em unidade de terapia intensiva (UTI), o uso de ventilação ou morte, ocorreu em 67 pacientes (6,1%), incluindo 5% que foram admitidos na UTI, 2,3% submetidos a ventilação mecânica invasiva e 1,4% que morreram. Os sintomas mais comuns foram febre (43,8% na admissão e 88,7% durante a internação) e tosse (67,8%). Diarreia foi incomum (3,8%). Linfopenia estava presente em 83,2% dos pacientes na admissão. O período médio de incubação foi de 4 dias. Os pacientes frequentemente se apresentavam sem febre e muitos tinham exames radiológicos normais.

Baseados no estudo de 55.924 casos confirmados, a WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019⁽³⁾ relatou como sinais e sintomas mais comuns: febre (87,9%), tosse seca (67,7%), fadiga (38,1%), produção de escarro (33,4%), dispnéia (18,6%), dor de garganta (13,9%), cefaleia (13,6%), mialgia ou artralgia (14,8%), calafrios (11,4%),

1. Médico Radiologista do United Health Group Inc. (UHG), da Rede D'Or São Luiz e da Rede Casa, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: cmaolima@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-5684-7249>.

náuseas ou vômitos (5%), congestão nasal (4,8%), diarreia (3,7%), hemoptise (0,9%) e congestão conjuntival (0,8%). Na maioria dos casos, a doença foi leve e houve recuperação completa. Aproximadamente 80% dos pacientes confirmados em laboratório tiveram doença leve a moderada, que incluiu casos com e sem pneumonia, 13,8% apresentaram doença grave (dispneia, frequência respiratória ≥ 30 /min, saturação de O_2 no sangue $\leq 93\%$, relação $PaO_2/FiO_2 < 300$ e/ou pulmão com infiltrado ocupando mais de 50% do parênquima pulmonar dentro de 24 a 48 horas), e 6,1% foram críticos, com falência respiratória, choque séptico e/ou disfunção/falha de múltiplos órgãos. Infecção assintomática foi relatada, mas a proporção de casos verdadeiramente assintomáticos não está bem definida. Indivíduos com maior risco de doença grave e morte incluíram pessoas com mais de 60 anos, especialmente os com condições subjacentes, como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, doença respiratória crônica e câncer^(1,3).

Em relação à TC, os aspectos mais comuns relatados foram opacidades em vidro fosco e áreas de consolidação, às vezes com morfologia arredondada e distribuição periférica. Bernheim et al.⁽⁵⁾ avaliaram anormalidades pulmonares relacionadas ao tempo da doença e relataram que a TC do tórax mostrava a doença mais extensa aproximadamente 10 dias após o início dos sintomas. O estudo radiológico torácico é frequentemente essencial para a avaliação de pacientes com suspeita de COVID-19. O reconhecimento imediato da doença é fundamental para garantir o tratamento oportuno, e do ponto de vista da saúde pública, o rápido isolamento do paciente é crucial para a contenção dessa doença transmissível.

Bernheim et al.⁽⁵⁾ avaliaram os achados da TC de tórax na COVID-19 e a relação com a duração da infecção. Foram caracterizados os achados da TC de tórax de 121 pacientes infectados com COVID-19 na China em relação ao tempo entre o início dos sintomas e a tomografia inicial. A hipótese era de que certos achados da TC podem ser mais comuns, dependendo do tempo decorrido da infecção. Apenas as TCs iniciais do tórax foram avaliadas. Dos 121 pacientes, 27 (22%) não apresentavam alteração tomográfica. Os 94 pacientes restantes (78%) apresentavam opacidades em vidro fosco, consolidação ou ambos. Setenta e três dos 121 pacientes (60%) apresentaram doença pulmonar bilateral. Linfonodopatia torácica, escavação pulmonar e nódulos pulmonares estavam

ausentes em todos os 121 pacientes, e apenas 1 paciente (1%) apresentou derrame pleural. O tempo entre o início dos sintomas e a TC subsequente foi classificado como precoce (0 a 2 dias; 36 pacientes), intermediário (3 a 5 dias; 33 pacientes) ou tardio (6 a 12 dias; 25 pacientes). A frequência de opacidades e consolidação de vidro fosco foi muito menor no grupo precoce, em comparação com os grupos intermediário e tardio. Dezesseis dos 36 pacientes precoces (44%) apresentaram opacidades pulmonares, em comparação com 30 dos 33 pacientes intermediários (91%) e 24 dos 25 (96%) pacientes tardios. O envolvimento pulmonar bilateral foi observado em 10 dos 36 pacientes precoces (28%), 25 dos 33 pacientes intermediários (76%) e 22 dos 25 pacientes tardios (88%). Opacidades lineares, padrão de pavimentação em mosaico e sinal do halo invertido estavam ausentes no grupo precoce, mas presentes no grupo tardio em 5 (20%), 5 (20%) e 1 (4%) casos, respectivamente. Em termos de distribuição da doença no plano axial, observou-se distribuição periférica em 8 dos 36 pacientes precoces (22%), 21 dos 33 pacientes intermediários (64%) e 18 dos 25 pacientes tardios (72%).

O reconhecimento de padrões de imagem com base no tempo de infecção é fundamental não apenas para entender a fisiopatologia e a história natural da infecção, mas também para ajudar na progressão preditiva do paciente e no potencial desenvolvimento de complicações. Até o momento, os aspectos anatomopatológicos da doença não foram descritos⁽⁶⁾. Futuros estudos poderão avaliar os achados de imagem em pacientes crônicos⁽⁵⁾, além de reportar os aspectos anatomopatológicos da infecção.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico para o novo-coronavírus (2019-nCoV). [cited 2020 Feb 12]. Available from: <https://portal-arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Coronavírus: o que você precisa saber e como prevenir o contágio. [cited 2020 Feb 18]. Available from: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/coronavirus>.
3. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). [cited 2020 Feb 25]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>.
4. Guan W, Ni Z, Hu Y, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2002032.
5. Bernheim A, Mei X, Huang M, et al. Chest CT findings in coronavirus disease-19 (COVID-19): relationship to duration of infection. *Radiology*. 2020. DOI: 10.1148/radiol.2020200463.
6. Kanne JP, Little BP, Chung JH, et al. Essentials for radiologists on COVID-19: an update—Radiology Scientific Expert Panel. *Radiology*. 2020. DOI: 10.1148/radiol.2020200527.



Efetividade e toxicidade da cloroquina e da hidroxiclороquina associada (ou não) à azitromicina para tratamento da COVID-19. O que sabemos até o momento?

Effectiveness and toxicity of chloroquine and hydroxychloroquine associated (or not) with azithromycin for the treatment of COVID-19. What do we know so far?

Carolline Rodrigues Menezes¹ , Cristina Sanches² , Farah Maria Drumond Chequer² 

1. Discente do curso de Medicina pela Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste Dona Lindu (UFSJ-CCO), Divinópolis, MG, Brasil.
 Docente do curso de Farmácia da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste Dona Lindu (UFSJ-CCO), Divinópolis, MG, Brasil.

Resumo

Objetivos: identificar as evidências científicas existentes até o presente momento sobre a efetividade do uso da cloroquina, da hidroxiclороquina associada (ou não) à azitromicina para tratamento da afecção pelo coronavírus e seus possíveis efeitos adversos e tóxicos aos seres humanos. **Métodos:** a revisão narrativa utilizou-se das bases de dados PubMed, LILACS, SciElo e Google Acadêmico. Nessas, buscaram-se estudos, utilizando-se dos descritores “covid”, “coronavírus”, “SARS-CoV-2”, “chloroquine”, “hydroxychloroquine”, “azithromycin” e “adverse effects” junto com os operadores booleanos “AND” e “OR”. **Resultados:** sete artigos, das trinta publicações encontradas, atenderam aos critérios de inclusão, sendo utilizados para compor a presente revisão. Dos sete ensaios clínicos analisados, cinco apresentaram resultados de cura e/ou remissão dos sintomas e/ou redução da carga viral dos pacientes, no entanto apresentaram muitas limitações. **Conclusão:** a literatura científica é escassa e divergente quanto à efetividade dos medicamentos cloroquina e hidroxiclороquina associada (ou não) à azitromicina no tratamento da COVID-19, pela rápida disseminação e instalação da pandemia na esfera global. É necessário a realização de ensaios clínicos pragmáticos, envolvendo um número maior de pacientes, para que seja possível analisar a efetividade no combate ao coronavírus, bem como a segurança do uso desses fármacos.

Palavras-chave: Cloroquina. Hidroxiclороquina. Azitromicina. Efeitos Adversos. Toxicidade.

Abstract

Objective: to identify the scientific evidence existing to date on the effectiveness of the use of chloroquine, hydroxychloroquine associated (or not) with azithromycin for the treatment of COVID-19 disease and its possible adverse drug events and toxicity to human health. **Methods:** the narrative review was performed using the PubMed, LILACS, SciElo and Google Academic databases. In these, studies were sought, using the descriptors “covid”, “coronavirus”, “SARS-CoV-2”, “chloroquine”, “hydroxychloroquine”, “azithromycin”, “adverse effects” and “toxicity”, together with the Boolean operator “AND” and “OR”. **Results:** seven studies of thirty publications met the inclusion criteria and were used in the present review. Of the seven clinical trials analyzed, five showed results of cure and/or remission of symptoms and/or reduction of patients’ viral load, however these studies had many limitations. **Conclusion:** scientific literature is scarce and divergent as to the effectiveness of the drugs chloroquine and hydroxychloroquine associated (or not) with azithromycin in the treatment of COVID-19, due to the rapid spread and installation of the pandemic in the global sphere. It is necessary to carry out pragmatic clinical trials, involving a larger number of patients, so that it is possible to analyze the effectiveness in combating the coronavirus, as well as the safety of the use of these drugs.

Keywords: Chloroquine. Hydroxychloroquine. Azithromycin. Adverse Drug Event. Toxicity.

INTRODUÇÃO

A pandemia de Coronavírus (COVID-19) é um quadro de grave crise global de saúde e representa uma situação de grandes incertezas pelo desconhecimento acerca do vírus e sobre o manejo dos pacientes que vem crescendo exponencialmente. O vírus pertence à família Coronaviridae, responsável por causar doenças, majoritariamente, em mamíferos e aves. Em humanos, é responsável por infecções do trato respiratório que geram quadros leves ou variantes graves, tais quais outros vírus da mesma família, como a síndrome aguda respiratória severa

(SARS) e a síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS). O nome Corona vem da aparência característica de coroa ao redor dos vírions na visão da microscopia eletrônica por ter uma superfície coberta por proteínas espiculadas^{1,2}.

A síndrome aguda respiratória severa do Coronavírus 2 (SARS-CoV-2) foi primeiro identificada em Wuhan, China, em dezembro de 2019, e a Organização Mundial da Saúde a reconheceu como pandemia em 11 de março de 2020. Até a data de 13 de abril,

Correspondente: Farah Maria Drumond Chequer. Laboratório de Análises Toxicológicas. Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) - Campus Centro-Oeste Dona Lindu (CCO). R. Sebastião Gonçalves Coelho 400, Chanadour. 35.501-296 Divinópolis, MG Brasil. E-mail: farahchequer@ufsj.edu.br
 Recebido em: 5 Abr 2020; Revisado em: 10 Abr 2020; Aceito em: 14 Abr 2020



mais de 1.739.007 casos de COVID-19 foram identificados em 213 países e resultando em mais de 108.432 mortes³.

A transmissão ocorre por gotículas respiratórias seja por pessoas que transmitem seja por superfícies contaminadas. O contágio pode acontecer em ambos os pacientes com cortejo ou mesmo assintomáticos, e o tempo de incubação varia de 2-14 dias². Sintomas iniciais podem variar de tosse, febre, fadiga, dispnéia, e as complicações incluem pneumonia e síndrome da angústia respiratória aguda. O diagnóstico é feito com avaliação clínica do paciente, podendo ser utilizados, de forma complementar, exames como Tomografia Computadorizada em conjunto com a identificação do vírus por meio do método de reação em cadeia da polimerase - transcriptase reversa (RT-PCR). Ademais, é possível a realização do teste rápido, em que são detectados imunoglobulinas IgM e IgG, com resultado em cerca de 15 minutos. Não existe tratamento antiviral específico. Medidas para prevenção na saúde da população incluem higiene das mãos e distanciamento social para evitar disseminação em massa do vírus⁴⁻⁶. O estudo de Walker e colaboradores⁷ estima que estratégias de saúde pública supracitadas podem prevenir cerca de 0,2 mortes a cada 100.000 habitantes e, caso sustentada, salve cerca de 38,7 milhões de vidas. O atraso na implementação pode piorar prognósticos e diminuir o número de vidas poupadas.

Têm sido levantadas hipóteses de diversos medicamentos, incluindo a cloroquina (um fármaco utilizado no tratamento da malária e afecções reumatológicas) e percebeu-se um efeito inibidor do SARS-CoV-2 in vitro⁸. Um análogo da cloroquina, a hidroxiclороquina, apresentou atividade in vitro anti-SARS-CoV, especialmente em associação ao fármaco azitromicina⁸.

O Ministério da Saúde publicou, em 27 de março, uma nota informativa, justificando o uso de cloroquina como terapia adjuvante no tratamento de formas graves do COVID-19⁹. A Anvisa também realizou divulgação pública em 27 de março acerca da liberação de pesquisas com uso de hidroxiclороquina e azitromicina para prevenção de complicações em pacientes com infecção pelo novo coronavírus (Covid-19) com casos leves e moderados, e para avaliação da segurança e eficácia clínica desses fármacos em pacientes com pneumonia causada por infecção pelo vírus Sars-CoV-2 (pacientes graves)¹⁰.

Acrescido a isso, a divulgação, por intermédio das mídias sobre o possível uso da hidroxiclороquina no combate do COVID-19, despertou uso desenfreado e automedicação pela população geral incitada pelo medo da pandemia e desencadeou, em 21 de março, em notícia reportada pela *Cable News Network* (CNN), uma morte nos Estados Unidos por uso indiscriminado do medicamento¹¹.

O consumo indevido de medicamentos representa um grande problema de saúde pública. Embora seja comercializado sob prescrição médica, com rigoroso controle, sabe-se que o uso dessas substâncias, muitas vezes, ocorre sem nenhuma orientação profissional, sendo adquiridos, de maneira ilícita,

no mercado negro^{12,13}. A falta do fármaco para pacientes portadores de doenças em que a cloroquina e hidroxiclороquina estão formalmente indicadas, como lúpus eritematoso e artrite reumatoide, já é uma realidade. O temor e a desinformação são grandes motivadores para uso indiscriminado desse medicamento¹⁴.

Abaixo serão apresentadas as características farmacológicas terapêuticas e toxicológicas desses medicamentos.

Cloroquina

A cloroquina e hidroxiclороquina são fármacos utilizados no tratamento de malária e de artrite reumatoide e são considerados imunomoduladores e não imunossupressores. A cloroquina tem sido, cada vez menos, utilizada por ser mais susceptível à toxicidade, especialmente seu efeito ototóxico e efeitos colaterais como hiperpigmentação cutânea e retinopatia não são incomuns. O protocolo de seu uso envolve a avaliação oftalmológica periódica, e os níveis de enzimas hepáticas também são avaliados, periodicamente, com intuito de detectar, precocemente, os sinais de toxicidade hepática. Assim, caso seja detectada patologia na fase inicial, podem ser reversíveis com a suspensão do medicamento. O comprometimento auditivo, no entanto, tem sido ignorado raramente investigado^{12, 15}.

Estudos sugerem possível inibição da replicação de SARS-CoV-2 pela glicosilação terminal da enzima conversora de angiotensina 2, produzida pelos vasos pulmonares, inibindo a ligação vírus-receptor. Também é relatada inibição da infecção viral por meio da elevação do pH endossômico, interferindo, assim, na fusão viral/celular. Em adição, foi observado que esse medicamento contribuiu para a prevenção da disseminação do vírus em culturas celulares¹⁶.

O efeito antiviral da cloroquina foi testado em infecções com micro-organismos intracelulares, sendo utilizada para tratamento da bactéria intracelular *Coxiella burnetii*, sendo eficaz na morte desses patógenos. Do mesmo modo, foi demonstrada atividade contra outra bactéria intracelular *Tropheryma whipplei* e tornou-se fármaco referência¹⁷.

A cloroquina também é conhecida por ação antiviral contra grande quantidade de vírus, incluindo o vírus da HIV tipo 1, vírus da hepatite B e vírus da herpes simples tipo 1. Sua ação está relacionada à alcalinização de vesículas ácidas. Quando adicionada no líquido extracelular, a porção não ionizada do fármaco entra na célula onde se torna ionizada e se concentra em organelas de pH baixo, como endossomos e complexos de Golgi. Cloroquina age na imunomodulação e suprime produção e distribuição de fator de necrose tumoral e IL-6, impedindo complicações inflamatórias de diversas doenças virais. Mediante essas qualidades, seria, portanto, uma alternativa eficaz para tratar o COVID-19¹⁷⁻¹⁹.

É necessário aprofundamento dos mecanismos de ação e dos

Documento Assinado Digitalmente por: NILVA MARIA MENDES DE SA
CPF: 030.103.810-00
Assinado em: 2020/03/27 14:54:14
Assinatura: 8537061d-e4e4-4746-9139-000000000000



efeitos no aparelho auditivo, para que os pacientes usuários de tais medicamentos possam tomar medidas preventivas e, portanto, evitar maiores complicações^{20,21}.

Hidroxiclороquina

A hidroxiclороquina pode aumentar o pH intracelular e inibir a atividade lisossomal em células apresentadoras de antígenos. Esse processo reduz a ativação de células T, diferenciação e expressão de proteínas coestimuladoras e citocinas produzidas por ambas células T e B. Devido à alteração de pH dos endossomos, a interrupção da ligação de receptores *toll-like* e ligante de RNA é suprimida. No citoplasma, interfere na interação de DNA e síntese de ácidos nucleicos virais, atenuando a resposta pró-inflamatória e geração de citocinas. Ambos os mecanismos fortalecem a hipótese de que hidroxiclороquina tem habilidade de suprimir a SARS-CoV-2 por inibir hiperativação do sistema imune desencadeada pelo vírus e, assim, diminuir a progressão da doença de leve a severa, porém ainda sem comprovação clínica^{22, 23}.

A hidroxiclороquina (nome comercial: Reuquinol/Plaquenil) pode causar toxicidade retiniana, de modo assintomático. Os sintomas são indicativos de severidade. Um dos fatores mais importantes aparenta ser a dosagem e o efeito cumulativo da hidroxiclороquina. E o risco de toxicidade é maior em pacientes obesos devido à clearance do medicamento. Algumas contraindicações são: a dosagem diária recomendada não exceder 400mg, fármaco não deve ser usado por mais de 5 anos, doença renal ou hepática concomitante, doença retiniana ou maculopatia, idade maior que 60 anos^{24,25}.

Doses de hidroxiclороquina maiores que 300mg atingem pico de níveis plasmáticos no intervalo de 1-6 horas. A eliminação de hidroxiclороquina é lenta e pode ser detectada na urina durante várias semanas. Cerca de 30% do fármaco foram eliminados pelo fígado, e o restante é excretado na urina²⁰. Possui meia-vida longa: cerca de 1 mês e leva aproximadamente seis meses para atingir eliminação completa no corpo, e tal fato deve ser levado em consideração nos casos de toxicidade. A hidroxiclороquina pode desencadear ataque agudo com febre e elevação de enzimas hepáticas, sendo necessário fazer controle dos níveis de bilirrubina e atentar para sinais de toxicidade^{24, 26}.

Embora a hidroxiclороquina tenha perfil de segurança conhecido por seu uso em patologias dermatológicas e reumatológicas, existe preocupação, envolvendo sua cardiotoxicidade (síndrome de QT prolongado e cardiomiopatias) em caso de uso prolongado em pacientes com condições médicas crônicas como disfunção renal, hepática ou imunossuprimidos²⁷. Existe, ainda, risco de hemólise ou supressão de medula óssea e; por isso, deve ser monitorada a contagem de células sanguíneas^{27,28}. A toxicidade de hidroxiclороquina pode ser, rapidamente, letal, e o tratamento intensivo deve ser iniciado imediatamente^{28, 29}.

Azitromicina

Embora não tenha sido elucidado mecanismo de sinergismo

que causa potencialização da ação da hidroxiclороquina com a azitromicina, demonstrou grande importância na introdução desse medicamento no combate ao COVID-19³⁰.

A azitromicina é um antibiótico macrolídeo de uso disseminado e considerado seguro. No entanto, são comuns sintomas gastrointestinais, sintomas neurológicos, como parestesia, rash cutâneo e possível, ainda, perda auditiva. Efeitos colaterais ainda mais severos incluem eritema multiforme, miastenia gravis, trombocitopenia e quadro ictérico em cerca de 1% que utiliza o fármaco^{30,31}.

Estudos recentes demonstraram que alguns antibióticos e agentes antiparasitários podem inibir a replicação viral. A azitromicina teve ação antiviral comprovada contra o zika vírus *in vitro* e reduziu sua proliferação em células da glia, componentes do sistema neurológico. A azitromicina pode ser utilizada ainda, em mulheres grávidas para em regime de dose única para tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (em sua maioria, de etiologia viral). Têm sido levantadas hipóteses sobre macrolídeos que agem inibindo sincício respiratório viral ao diminuir receptores de proteínas de fusão e inibição da ativação da Rho quinase em células epiteliais das vias aéreas humanas^{32, 33}.

Em face do exposto, o presente estudo tem como objetivos abordar as evidências científicas existentes até o presente momento sobre a efetividade do uso da cloroquina, hidroxiclороquina associada (ou não) à azitromicina para o tratamento da afecção pelo coronavírus e seus possíveis efeitos adversos e tóxicos aos seres humanos.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa com a seguinte pergunta norteadora: “Qual a efetividade dos tratamentos do COVID-19 com o uso da cloroquina ou hidroxiclороquina associada (ou não) à azitromicina no tratamento do COVID-19 e os seus possíveis efeitos adversos e tóxicos?”

De acordo com a pergunta norteadora, foi estabelecido o “PICOS”: “P” (population): pacientes que fizeram uso de terapia medicamentosa com cloroquina ou hidroxiclороquina associada (ou não) à azitromicina. “I” (intervention): hidroxiclороquina ou cloroquina (isolada ou em associação com azitromicina). “C” (control): medidas gerais de suporte, placebo, nenhuma intervenção ou qualquer outro tratamento ativo. “O” (outcomes): reações adversas e toxicidade. S (study design): estudos clínicos.

Fontes de informação

A busca dos estudos foi realizada nas seguintes bases de dados: PubMed, LILACS, SciELO e Google Acadêmico. Esta busca foi realizada no período de 24 de março de 2020 a 10 de abril de 2020. Em adição, foi realizada busca nas referências dos estudos encontrados para maximizar fontes bibliográficas. O Medical Subject Headings (MeSH) foi utilizado para os descritores



estudo de Gautret *et al*³³, e sendo que 100% (n=6) do grupo tratado com associação de hidroxicloroquina com azitromicina apresentaram cura do ponto de vista de carga viral detectada dos pacientes se comparada com cura do controle de 12,5% (n=2), indicando um possível efeito sinérgico com utilização dos dois fármacos. Essa hipótese foi novamente testada em Gautret *et al*³⁴, utilizando hidroxicloroquina e azitromicina na totalidade dos pacientes e foi observada cura da doença em 97,5% dos casos (n=78).

No estudo de Chen J *et al*³⁵, 86,7% dos casos (n=13) evoluem para cura com redução da carga viral detectada em swab nasofaríngeo. O estudo de Gao *et al*³⁶ relatou 100% de cura (n=100) em pacientes com pneumonia associada com a COVID-19 mas não descreveu seus resultados devido ao

Tabela 1. Características dos artigos selecionados para a revisão.

Estudo	Método			Resultados		Limitações do estudo		
Autor/País	Tamanho da amostra	População/sexo/idade	Tempo de seguimento	Dose diária	Grupo controle	Descrição do evento adverso medicamento	Efetividade (efeito curativo ou redução da carga viral)	Limitações do estudo
Gautret <i>et al</i> ³³ , França	42 pacientes, sendo 26 do grupo de tratamento e 16 no grupo de controle (perda de seis pacientes), totalizando 36 pacientes	Média idade: 45,1 anos, 15 homens, 11 mu-lheres	14 dias	600 mg HCQ para 20 pacien-tes, 600mg HCQ + 500 mg de AZ para seis pacientes no 1º dia e de- pois 250mg por dia para esses, por quatro dias	Tratamento padrão para pneumonia	Síndrome de QT não foi observada, porém foi realizada ressalva	100% de cura para pacientes com uso de HCQ e AZ e 57,1% de cura somente com HCQ	Número reduzido de pacientes, tempo de observação pequeno, falta de avaliação das condições de saúde e
Gautret <i>et al</i> ³⁴ , França	80 pacientes tratados da mesma forma (perdas de 2 pacientes), totalizando 78 pacientes	Média idade: 52,1 anos, 40 homens, 40 mu-lheres	6 dias	600 mg HCQ + 500 mg de AZ no 1º dia e depois 250mg de AZ por dia para estes, por quatro dias. Em pacientes graves, foi adicionado ceftriaxone	Não especificado	Efeito adverso ou mínimo, não especificado	78 (97,5%) de cura para pacientes, um paciente mor-reu e outro foi internado em unidade de tratamento intensivo	Número reduzido de pacientes, tempo de observação pequeno, falta de avaliação das condições de saúde e falta de descrição dos
Gao <i>et al</i> ³⁶ , China	100 pacientes	Não especificado	Não especificado	Fosfato de cloroquina, dose não especificada	Não especificado	Não espe-cificado	Cura total	Resultado parcial de estudo em andamento
Chen J <i>et al</i> ³⁵ , China	30 pacientes (15 grupo de tratamento e 15 controle)	Não especificado	nove dias	400mg por dia de sulfa-to de HCQ por cinco dias e após, tratamento convencional	Tratamento convencional	4 casos do grupo de tratamento desenvolveram diarreia transitória e função hepática anormal.	Cura em 13 (86,7%) dos ca-sos com uso de HCQ	Número reduzido de pacientes, tempo de observação pequeno, falta de avaliação das condições de saúde e de descrição dos EA encontrados
ChenZ <i>et al</i> ³⁶ , China	62 pacientes (31 grupo de tratamento e 31 controle)	Média idade: 44,7 anos, 29 homens, 33 mu-lheres	6 dias	400mg por dia de sulfa-to de HCQ por 5 dias	Tratamento convencional para pneumonia	Retinopaita, distúrbios de condução, hepatoto-xicidade não foram observa-das, porém realizada ressalva	Cura em 25 (80,6%) dos ca-sos com uso de HCQ	Número reduzido de pacientes, tempo de observação pequeno, falta de descrição dos EA
Barbosa <i>et al</i> ³⁷ , 2020, Estados Unidos da América	63 pacientes (32 grupo de tratamento e 31 controle)	Média de idade: 62,7 anos; 26 mulheres, 37 homens,	5 dias	400mg 2 vezes ao dia de HCQ por 2 dias e depois 200-400 mg de HCQ 1 vez por dia por 2 dias	Não especificado	Desenvolvimento de arritmias (torsade de pointes)	Pacientes tratados com HCQ tiveram maior necessidade de suporte ventilatório, maior risco de intubação e piora da taxa de conversão neutrófilo a linfócito. Não foi observado benefício na mortalidade, linfopenia ou conversão do sistema imune.	Número reduzido de pacientes e tempo de observação pequeno
Borba <i>et al</i> ³⁸ , 2020, Brasil	81 pacientes: 41 tratados com CQ em alta dose, 40 tratados com CQ em baixa dose	Não especificado	10 dias	Grupo de alta dose: 600mg 2 vezes ao dia por 10 dias; Grupo de baixa dose: 450 mg de CQ 2 vezes ao dia por 5 dias depois 450mg 1 vez ao dia. Ambos receberam ceftriaxona 1g 2 vezes por dia por 7 dias e AZ 500 mg/dia por 5 dias	Não especificado	Desenvolvimento de miocardite, rbdmiólie, prolongamento do segmento QT e arritmias.	Não foi observada atividade antiviral da CQ no fim do tratamento, apenas diminuição da carga viral em secreções respiratórias.	Número reduzido de pacientes e tempo de observação pequeno

HCQ = hidroxicloroquina; AZ = azitromicina; EA= eventos adversos

caráter em andamento do estudo. O estudo de Chen Z *et al*³⁶ descreveu sucesso terapêutico em 80,6% dos casos (n=25) com redução da carga viral e evidências em tomografia computadorizada torácica.

O estudo Barbosa *et al*³⁷ explicitou que os pacientes tratados com hidroxicloroquina tiveram maior necessidade de suporte ventilatório, maior risco de intubação e piora da taxa de conversão neutrófilo a linfócito. Não foi observado benefício na mortalidade, linfopenia ou conversão do sistema imune. O estudo de Borba *et al*³⁸, embora encontra-se em andamento, relatou não ter sido observada atividade antiviral da cloroquina no fim do tratamento, apenas diminuição da carga viral e secreções respiratórias.



[Internet]. 2020 Abr 10 [2020 Abr 12]. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.07.20056424v1.article-info>. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.04.07.20056424>.

39. Keyaerts E, Li S, Vijgen L, Rysman E, Verbeeck J, Ranst MV, et al. Antiviral Activity of Chloroquine against Human Coronavirus OC43 Infection in Newborn

Mice. *Antimicrobiol Agents Chemother*. Jul 2009, 53(8) 3416-3421; doi: 10.1128/AAC.01509-08.

40. Ferner RE, Aronson JK. Chloroquine and hydroxychloroquine in covid-19. *BMJ* [Internet]. 2020 Abr 8 [acesso 2020 Abr 12]; 369: m1432. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32269046>. doi: 10.1136/bmj.m1432

Documento Assinado Digitalmente por: NILVA MARIA MENDES DE SA
Acesso em: <https://etec.tec.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 8d570e1d-e4e4-40dc-b205-4e8ffc057e

Como citar este artigo/How to cite this article:

Menezes CR, Sanches C, Chequer FMD Efetividade e toxicidade da cloroquina e da hidroxicloroquina associada (ou não) à azitromicina para tratamento da COVID-19. O que sabemos até o momento?. *J Health Biol Sci*. 2020 J; 8(1):1-9.

J. Health Biol Sci. 2020; 8(1):1-9



Letter

Driving forces for COVID-19 clinical trials using chloroquine: the need to choose the right research questions and outcomes

Wuelton Marcelo Monteiro^{[1],[2]}, Jose Diego Brito-Sousa^{[1],[2]}, Djane Baía-da-Silva^{[1],[2]}, Gisely Cardoso de Melo^{[1],[2]}, André Machado Siqueira^[3], Fernando Val^{[1],[2]}, Cláudio Tadeu Daniel-Ribeiro^[4] and Marcus Vinicius Guimarães Lacerda^{[1],[5]}

[1]. Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado, Departamento de Ensino e Pesquisa, Manaus, AM, Brasil.

[2]. Universidade do Estado do Amazonas, Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical, Manaus, AM, Brasil.

[3]. Instituto Nacional de Infectologia Carlos Chagas, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

[4]. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

[5]. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisas Leônidas e Maria Deane, Manaus, AM, Brasil.

Dear Editor:

The first cases of the new coronavirus (COVID-19) were reported in December, 2019, when a group of patients was admitted to hospitals with an initial diagnosis of pneumonia of unknown etiology¹. Initially, the outbreak of the new SARSCoV-2 coronavirus (coronavirus disease 2019; formerly 2019-nCoV) was centralized in the province of Hubei, Republic of China, and later spread to many other countries². SARS-CoV-2 infection appears to cause a wide range of symptoms, encompassing asymptomatic infection, mild infections of the upper respiratory tract, severe viral pneumonia, respiratory failure, multiple organ failure and death³. Some studies have shown detailed clinical features of some patients with SARS-CoV-2⁴. Of the 44,672 laboratory confirmed patients in China, almost 5% had critical illnesses and almost 50% of the critical patients died, with the overall rate of fatal cases (2.3%) being higher than that observed for seasonal influenza⁵. Most deaths involved older adults, many of whom had underlying chronic diseases^{4,6}, while children are less likely to develop severe infections⁷. Despite there being no available data so far, anecdotal data from Italy showed a huge number of deaths in the elderly, paving the way

for drastic control measures worldwide and compassionate use of drugs in severe cases.

Chloroquine (CQ) was unequivocally demonstrated to have *in vitro* inhibiting effects on SARS-CoV-2 infection⁸ and was precociously publicized as having a beneficial effect in COVID-19 patients after a study conducted in Marseille, France showed a viral load reduction in COVID-19 patients⁹. Since there is no specific antiviral therapy for coronavirus infections to date, the announcement of partial and fragile data led to precipitated political manifestations by major government leaders and contributed to uncoordinated recommendations of the drug to severe patients. Considering CQ's low costs, good safety profile, *in vitro* activity against other viral diseases, preexisting supply chain with potential for public and private augmented production, and knowledge on specificity and management of side effects accumulated for decades of use for anti-malarial use, it is expected that clinical assays will be promptly designed to multicentrically evaluate the actual potential of the drug for treating severe COVID-19 cases.

CQ sulfate and phosphate salts and hydroxychloroquine (HCQ) have both been used as antimalarial drugs for decades. HCQ, a derivative of CQ, was first synthesized in 1946 by the introduction of an N-hydroxy-ethyl side chain in place of QC's N-diethyl group and proved to be less (~40%) toxic during prolonged use and is therefore recommended for the treatment of autoimmune diseases, such as systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis, in which patients are exposed to the drug for months or eventually for years¹⁰.

Corresponding author: Marcus Vinicius Guimarães Lacerda.

e-mail: marcuslacerda.br@gmail.com

☎ 0000-0003-4690-4841

Received 27 March 2020

Accepted 30 March 2020



Several studies are currently being carried out with CQ and HCQ, however only a few of the researchers published preliminary results, while other studies were canceled, mainly due to the reduction of cases in China. As of the preparation of this manuscript (March 26th, 2020), only 13 trials have been registered on the ClinicalTrials.gov platform, with 2 studies being carried out in Brazil using CQ or HCQ and azithromycin. Additionally, 22 trials have been registered on the Chinese Clinical Trial Registry, of which 6 are stated as having been withdrawn (<http://www.chictr.org.cn/index.aspx>). The large number of studies conducted with this drug shows that the scientific community is making a great effort to clarify the role of these drugs in reducing the mortality associated with COVID-19, but that effort is probably not being sufficiently well coordinated yet.

Different treatments and lengths of treatment, and dose regimes have been reported. However, there is an urgent need for adaptive clinical trial designs in order to properly - and rapidly - respond to different questions observed during Covid-19 pandemic. Adaptive clinical trials have contributed greatly to advances in patient care by increasing the efficiency and flexibility of randomized clinical trials, reducing costs and increasing the likelihood of finding a true benefit, if any, of the intervention being studied¹¹. Several deficiencies in traditional randomized clinical trials (RCTs) have

been observed, including larger sample sizes and lengthy duration, lack of power to evaluate global efficacy or in important subgroups, and cost, which all limit medical innovation especially in an emergency scenario¹².

Finally, there is a need for urgent answers that should not be limited to our current scenario, but should also be used to prepare for future Covid-19 pandemics, considering that cases will only be available now and no studies will be feasible in the meantime. This has happened in China, where many trials were interrupted because no more cases were appearing by the time studies were ready to be started. Currently, several obstacles still need to be discussed and addressed (**Table 1**): the use of a placebo group in severe patients does not effectively show treatment efficacy; lack of instantaneous funding need for timely protocol approval by ethical boards worldwide; the use of multicentric studies rather than single-center studies, and compliancy with good clinical practices, in order to promptly provide answers while the pandemic is still ongoing. The use of a placebo in patients with critical disease, which would be the best way to prove the efficacy of the different interventions being tested, could be considered unethical by many since there are compassionate clinical conducts to treat such cases around the globe. At the moment, we all believe that such placebo-controlled trials should only be carried out with non-severe cohorts.

TABLE 1: Open questions to be answered regarding the use of chloroquine against Covid-19.

Research question	Expected outcome
Does it work to prevent infection? <i>Pre- and post-exposure prophylaxis</i>	Decrease in confirmed infections in a cohort of uninfected individuals
Does it work to prevent clinical disease? <i>Clinical disease prevention</i>	Decrease in proportion of patients that develop clinical symptoms
Does it work to prevent clinical severity? <i>Severe clinical disease prevention</i>	Decrease in proportion of patients with onset of severe disease (SARS criteria, need for respiratory support, ICU admission, post-infection respiratory sequelae)
Does it work to prevent death? <i>Mortality prevention</i>	Reduced mortality in severe cases (hospitalized patients)
Does it decrease viral load in blood and secretions? <i>Viral load</i>	Rapid viral clearance after treatment

FINANCIAL SUPPORT

WMM, CTDR and MVGL are CNPq research fellows. JDB-S is funded by post-graduate fellowship from the Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM). AMS is a young research fellow funded by the Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ). CTDR is a Scientist at Fundação Carlos Chagas Filho-FAPERJ. This study was funded by FAPEAM.

AUTORS' CONTRIBUTION

All authors contribute to conceptualization, writing and review.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare that there is no conflict of interest.

REFERENCES

1. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet*. 2020 Feb;395:470-473.
2. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 Jan 24;382:727-733. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>.
3. Ling Z, Xu X, Gan Q, Zhang L, Luo L, Tang X, et al. Asymptomatic SARS-CoV-2 infected patients with persistent negative CT findings. *Eur J Radiol*. 2020.
4. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* [Internet]. 2020 Mar 25; Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3).



5. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2020.
6. Yang X, Yu Y, Xu J, Shu H, Xia J, Liu H, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med.* [Internet]. 2020 Mar 25; Available from: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30079-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30079-5).
7. Lu X, Zhang L, Du H, Zhang J, Li YY, Qu J, et al. SARS-CoV-2 Infection in Children. *N Engl J Med.* [Internet]. 2020 Mar 18; Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMc2005073>.
8. Liu J, Cao R, Xu M, Wang X, Zhang H, Hu H, et al. Hydroxychloroquine, a less toxic derivative of chloroquine, is effective in inhibiting SARS-CoV-2 infection in vitro. *Cell Discov.* [Internet]. 2020;6:16. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41421-020-0156-0>.
9. Gautret P, Lagier J-C, Parola P, Hoang VT, Meddeb L, Mailhe M, et al. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. *Int J Antimicrob Agents.* 2020.
10. Lim HS, Im JS, Cho JY, Bae KS, Klein TA, Yeom JS, et al. Pharmacokinetics of hydroxychloroquine and its clinical implications in chemoprophylaxis against malaria caused by plasmodium vivax. *Antimicrob Agents Chemother.* 2009 Apr;53:1468-1475.
11. Bhatt DL, Mehta C. Adaptive Designs for Clinical Trials. *N Engl J Med.* [Internet]. 2016 Jul 6;375:65-74. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMr1510061>.
12. Bauer P, Bretz F, Dragalin V, König F, Wassmer G. Twenty-five years of confirmatory adaptive designs: Opportunities and pitfalls. *Stat Med.* 2016.

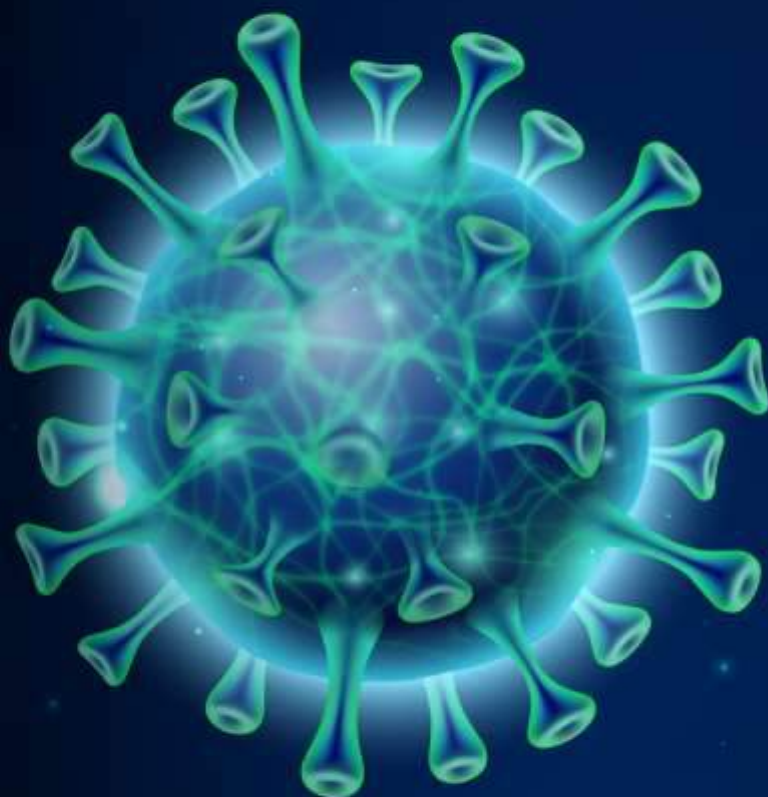
Documento assinado digitalmente por: TILVA MARIA MENDES DE SA
Assinado em: 2020/07/15 14:55:02
Para validar este documento, acesse em: <https://www.appr.br/validaDoc.seam>
Código do documento: 8d570e1d-e1e4-40dc-b205-4e8ffc057e



NOVO CORONAVÍRUS

COVID-19

Protocolo de atendimento na atenção primária no período de
pandemia COVID-19 no estado de Pernambuco



OUVIDORIA DE SAÚDE
0800 286 28 28
portal.saude.pe.gov.br



Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO
MAIS TRABALHO, MAIS FUTURO.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO A SAÚDE

Cristina Valença Azevedo Mota

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Maria Francisca Santos de Carvalho

GERENTE ESTADUAL DE EXPANSÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Adriana da Silva Baltar Maia Lins

COORDENAÇÃO DE EXPANSÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Maria Isabel Ferreira da Silva

COORDENAÇÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA POLÍTICA ESTADUAL DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Ana Perez Pimenta de Menezes Lyra

EQUIPE TÉCNICA DA GERÊNCIA DE EXPANSÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Ana Carolina Coelho de Almeida

Carlos Henrique Tenório A. do Nascimento

Claudenilson Codeceira do Nascimento

Eroneide Valéria da Silva

Geovana Maria de Oliveira Farias Silva

Joelma Serafim da Silva

Patrícia Maria Cavalcanti Carneiro de Albuquerque

Romilda Alves Paes Barreto

COLABORAÇÃO:

DIRETORIA GERAL DE GESTÃO DO CUIDADO E DAS POLÍTICAS ESTRATÉGICAS

Mayra Ramos

COORDENAÇÃO ESTADUAL DA POLÍTICA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Silvana Patrícia Monteiro

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE DA MULHER

Letícia Maria Correia Katz

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL

Paulo César Santos

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE DO IDOSO E DO HOMEM

Valéria Pastor

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE DA CRIANÇA

Marta Rejane Vasconcelos Costa Moreira

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Miranete Trajano de Arruda

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL

João Marcelo Ferreira

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL SUSTENTÁVEL

Vilma Ramos de Cerqueira

DIRETORIA DO NÚCLEO ESTADUAL DE TELESSAÚDE

Dulcineide Oliveira

WEBDESIGNER DO NÚCLEO ESTADUAL DE TELESSAÚDE

Mariana Lucena

GERÊNCIA ESTADUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE PRISIONAL

Anna Beatriz Leite D'Andrada

Merielly Mariano Bezerra

Roberta Almeida S. Carvalho

Solange dos Prazeres R. G. Evaristo

Suelen D'Andrada Cruz

RESIDENTES DE SAÚDE COLETIVA – IMIP/UPE

Anna Karolina da Silva Pereira

Arthur Grangeiro do Nascimento

Bárbara Sabrina Mendonça

Jéssica Cristina de Amorim

Mariana Alves Lemos

Regina Flavia Praxedes Rodrigues

Yanka Karoline de Melo Santos



SUMÁRIO

SUMÁRIO.....	3
APRESENTAÇÃO.....	5
1 ORIENTAÇÕES GERAIS PARA CONTENÇÃO DA COVID-19 NOS MUNICÍPIOS	7
2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19	8
2.2 Funcionamento das unidades de atenção primária à saúde e processo de trabalho das equipes	10
2.3 Para os municípios que possuem o núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica (NASF-AB), seguir as seguintes recomendações.....	12
2.4 Ações e atividades na unidade de atenção primária à saúde para casos suspeitos de SG e SRAG.....	13
2.5 Diagnóstico e Notificação	15
2.5.1 Definição de Casos.....	15
2.5.2 Definição de Casos Suspeitos	16
2.5.3 Definição de Casos Confirmados.....	16
2.5.4 Definição de Casos Descartado	17
2.5.5 Definição de Casos Inconclusivo.....	17
2.5.6 Definição de Casos Recuperado	18
2.5.7 Notificação de casos	18
2.6 Estratégias de Telessaúde.....	19
3 RECOMENDAÇÕES PARA A VISITA DOMICILIAR	22
3.1 Ao realizar a visita domiciliar	22
3.2.1 Para usuários em geral	23
3.2.2 Para idosos.....	25
3.2.3 Para as puérperas.....	25
3.3 Ao retornar da visita domiciliar.....	26
4 GRUPOS DE RISCOS.....	26
4.1 Ações e atividades da Atenção à Saúde da criança na APS	26
4.2 Ações e atividades da Atenção à Saúde da gestante e puérpera na APS	27
4.3 Ações e atividades da Atenção à Saúde da pessoa idosa na APS.....	29
4.4 Ações e atividades da Atenção à Saúde da pessoa com doenças crônicas na APS.....	30
5 AÇÕES E ATIVIDADES DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	31
6 AÇÕES E ATIVIDADES DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL.....	32
7 AÇÕES E ATIVIDADES DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL.....	33



8 AÇÕES E ATIVIDADES DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....	36
9 AÇÕES E ATIVIDADES DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA	40
9.1 Medidas de quarentena.....	42
9.2 Orientações às equipes multidisciplinares de saúde indígena e de saneamento.....	43
9.3 Orientações às Casas de Saúde Indígena.....	43
9.4 Equipe de Resposta Rápida.....	43
9.5 Mobilidade de pessoas para dentro e fora das aldeias.....	44
10 AÇÕES E ATIVIDADES DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA.....	45
11 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICS) NA ASSISTÊNCIA AO COMBATE DO COVID-19	48
12 ORGANIZAÇÃO DA APS NO ÂMBITO PRISIONAL PARA O ENFRENTAMENTO À COVID-19..	49
13 CUIDADOS DE BIOSSEGURANÇA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA APS	51
13.1 Orientações gerais de segurança e o Uso de EPI.....	51
13.2 Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem:.....	52
13.3 Administrativo/ Recepção.....	53
13.4 Agentes Comunitários de Saúde – ACS.....	53
13.5 Dentistas/Auxiliares de Saúde Bucal/Técnicos de Higiene Bucal.....	54
13.6 Farmacêutico e equipe da farmácia	54
14 TESTAGEM DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE	55
15 QUANTO À QUALIFICAÇÃO DOS TRABALHADORES.....	57
16 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES	58
17 RECOMENDAÇÕES PARA A RETOMADA DOS SERVIÇOS.....	58
17.1 Retomada dos serviços da equipe de saúde na Atenção Básica.....	59
REFERÊNCIAS	61



APRESENTAÇÃO

A COVID-19, doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, é caracterizada por uma síndrome respiratória aguda com disseminação de pessoa a pessoa, a partir de gotículas respiratórias, contato direto e objetos contaminados, podendo levar a um quadro de pneumonia com insuficiência respiratória grave.

Em 30 de janeiro de 2020, o Comitê de Emergência da Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o surto do Novo Coronavírus como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Posteriormente, em 20 de março de 2020, sua transmissão passou a ser considerada comunitária em todo o território nacional.

A abrangência clínica da doença é muito ampla. Até o momento, sabe-se que o vírus tem alta transmissibilidade e provoca uma síndrome respiratória aguda que varia de casos leves – cerca de 80% – a casos muito graves com insuficiência respiratória entre 5% e 10% dos casos. Sua letalidade varia, principalmente, conforme a faixa etária e condições clínicas associadas, sendo maior em idosos e em pessoas com alguma doença crônica. O período de incubação da COVID-19 para a infecção entre humanos varia de 2 a 14 dias. Estima-se que cada pessoa infectada possa transmitir o vírus a dois ou três outros indivíduos.

Os casos suspeitos com clínica leve e moderada podem ser atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS), a qual deve assumir papel resolutivo frente a esses casos e na identificação precoce e encaminhamento rápido e correto dos casos graves, mantendo a coordenação do cuidado destes últimos. Portanto, é importante que as ações da APS sejam sistêmicas, organizadas e uniformes durante a fase epidêmica da COVID-19.

Neste momento delicado, os gestores de saúde das três esferas de governo devem assumir de forma partilhada e cooperativa suas responsabilidades e poder de autoridade sanitária no seu respectivo âmbito administrativo do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo imperiosa a necessidade de articulação e coesão quanto às medidas de enfrentamento e controle da COVID-19, com o fortalecimento do SUS.

Sendo a APS a porta de entrada do SUS e sabendo que durante surtos e epidemias ela tem papel fundamental na resposta global à doença em questão, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) por meio da Superintendência Estadual de Atenção Primária (SAP) e com o apoio da Diretoria de Políticas Estratégicas



(DPE) elaboraram este guia, cujo objetivo é estabelecer recomendações para as ações da Atenção Primária de forma integral com destaque às ações preventivas, abrangendo o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e cuidados assistenciais, o processo de trabalho das equipes, bem como o manejo e controle da infecção pelo Coronavírus.

Considerando a dinâmica própria de evolução no contexto local da epidemia, as orientações contidas neste guia podem ser modificadas, ajustadas e reformuladas, o que determinará outros documentos complementares, em conformidade com as diretrizes nacional e estadual e a situação epidemiológica local.



1 ORIENTAÇÕES GERAIS PARA CONTENÇÃO DA COVID-19 NOS MUNICÍPIOS

Divulgar ao máximo possível no âmbito do município, medidas que devem ser adotadas por todos os cidadãos:

- Orientar a diminuição do contato social, principalmente idosos e portadores de doenças crônicas;
- Recomendar a suspensão de viagens que possam ser evitadas, bem como eventos que gerem aglomeração de pessoas;
- Orientar a higienização frequente das mãos com água e sabão e/ou desinfecção com álcool líquido ou em gel a 70%;
- Recomendar a desinfecção periódica de superfícies com álcool a 70% ou hipoclorito de sódio a 1% direcionada aos diversos segmentos da sociedade e locais públicos;
- Informar a necessidade de manter pelo menos 1,5 metro de distância entre as pessoas nas conversas e modificar práticas de cumprimentos evitando contatos físicos, sem perder a ternura e afeto;
- Orientar a utilização de lenço descartável para higiene nasal, com descarte adequado em lixeira, cobrir nariz e boca (com a dobra do cotovelo) quando espirrar ou tossir e higienizar as mãos logo em seguida e evitar tocar nos olhos, nariz e boca;
- Aconselhar a importância de manter os ambientes ventilados;
- Orientar não compartilhar objetos de uso pessoal, como toalhas, talheres, pratos, copos, garrafas, etc.;
- Informar a utilização obrigatória de máscara, mesmo que artesanal, ao sair de casa e circular pelas vias públicas e ao utilizar o transporte público;
- Utilizar todas as ferramentas de comunicação, panfletos, cartazes, mídia em geral, rádio comunitária e outros, a fim de prestar esclarecimentos seguros e científicos quanto a COVID – 19, a nova forma de atendimento das Unidades de Saúde, bem como orientações à população sobre prevenção e a importância de colaborar na prática e disseminação das observações, recomendações e



determinações das autoridades sanitárias para o controle e contenção da pandemia, evitando assim a propagação de boatos e notícias falsas (Fake News).

- Aos órgãos públicos e os estabelecimentos privados, que já estão retomando seus atendimentos de forma presencial, ficam obrigados a exigir o uso de máscaras, mesmo que artesanais, pelos seus servidores, empregados, colaboradores e usuários, enquanto perdurar o Estado de Calamidade Pública.

2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

2.1 Ações e atividades da coordenação da atenção primária à saúde

- Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adstrita ao longo do tempo no que se refere ao enfrentamento da COVID-19, conforme Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde;
- Ampliar o horário de atendimento das Unidades de Atenção Primária à Saúde para situações de Síndrome Gripal (SG) e da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), pelo novo Coronavírus;
- Garantir espaços institucionalizados para Educação Permanente em Saúde no cotidiano das equipes, por meio de reuniões, fóruns, videoconferência, contato telefônico ou WhatsApp;
- Contribuir, participando da definição de fluxos assistenciais na Rede de Atenção à Saúde (RAS), elaboração e implementação de Protocolos e Diretrizes clínicas para garantir a integralidade do cuidado da SRAG pelo novo Coronavírus;
- Elaborar e manter disponíveis as normas e rotinas dos procedimentos adotados na prestação de serviços de atenção a saúde de pacientes suspeitos de infecção pela COVID-19 na APS;
- Instituir o Fast-Track (Fluxo Rápido) como primeiro passo da cascata de atendimento na Atenção Primária conforme Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na APS;
- Estabelecer manejo terapêutico de casos leves;



- Seguir critérios para prescrição de Oseltamivir, conforme manejo clínico da SEVS/SES/PE;
- Definir em cada UBS local mais apropriado para os atendimentos de SG e SRAG;
- Estabelecer fluxograma de estabilização e encaminhamento a Rede de Urgência e Emergência;
- Estabelecer fluxograma de acompanhamento e monitoramento domiciliar dos casos leves com indicação de isolamento;
- Estabelecer recomendações e manejo em grupos especiais;
- Estabelecer medidas administrativas como a capacitação dos profissionais de saúde e garantia de suprimento de EPI a esses profissionais;
- Orientar as equipes para o uso racional dos insumos diagnósticos e EPI, tendo em vista que toda a Rede de Atenção está sob pressão pelas demandas oriundas do enfrentamento da COVID-19;
- Estabelecer supervisão da vigilância sanitária nos estabelecimentos de saúde a fim de garantir as medidas de biosegurança;
- Garantir o atendimento dos usuários com condições crônicas através de teleconsulta ou atendimento presencial quando necessário;
- Garantir o atendimento dos usuários com outras condições agudas (dengue, entre outras) estabelecendo os fluxos da RAS para esses agravos;
- Garantir a manutenção das atividades preventivas e curativas essenciais (imunização, curativos, teste do pezinho etc.);
- Organizar o fluxo de funcionamento das UBS's para a retomada gradativa dos atendimentos eletivos (considerando a situação epidemiológica local);
- Implantar mecanismos de teleconsulta, quando possível, utilizando as plataformas do Núcleo de Telessaúde/PE e MS, Conselho Federal de Medicina ou outros, capacitando as equipes para manejo dessa tecnologia.



2.2 Funcionamento das unidades de atenção primária à saúde e processo de trabalho das equipes

- As Unidades de Saúde deverão manter seu horário de funcionamento, e, quando necessário e possível, ampliar. Todos os profissionais de saúde são imprescindíveis e devem estar em seus postos de trabalho, cumprindo suas atribuições, de forma solidária, competente e elevado espírito público;
- As equipes devem organizar o fluxo de entrada e circulação de pessoas na unidade, a fim de minimizar as aglomerações e evitar o contato entre as pessoas com sintomas respiratórios e os demais usuários da UBS;
- As atividades de rotina das UBS devem estar organizadas para uma retomada gradativa, porém priorizando os usuários do grupo de risco, como idosos e portadores de doenças crônicas e autoimunes, gestantes e puérperas (até 42 dias após o parto), bem como crianças de risco, com os devidos cuidados de proteção e redução de riscos à saúde dos trabalhadores e dos usuários, em conformidade com normas técnicas específicas;
- Os atendimentos nas Unidades de Saúde para este grupo prioritário devem ser organizados preferencialmente por hora marcada, ao invés de ordem de chegada para os atendimentos programados. Para idosos, portadores de doenças crônicas e autoimunes e crianças de risco, avaliar a real necessidade do atendimento presencial, buscando primeiramente o acompanhamento por telefone, videochamadas ou teleatendimento;
- Quanto aos atendimentos de demanda espontânea, as equipes deverão organizar a agenda de modo a disponibilizar um número maior para esta modalidade de atendimento, tendo em vista o aumento que certamente ocorrerá;
- As atividades de educação em saúde, que resultem em aglomerações de pessoas, devem se manter suspensas temporariamente, de modo que as orientações quanto às ações relacionadas ao combate à Dengue, saúde sexual e reprodutiva, saúde mental, álcool e outras drogas, prevenção à COVID-19 e demais infecções, etc., sejam realizadas durante as visitas domiciliares e preferencialmente durante os monitoramentos realizados por telefone ou nos atendimentos individuais;



- Disponibilizar recipiente com álcool em gel ou líquido na concentração de 70%, em locais de destaque, para facilitar a higienização das mãos dos profissionais e população que buscar atendimento;
- As visitas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de endemias (ACE) devem ser mantidas e estimuladas considerando a sua relevância, especialmente no momento atual. Esses profissionais precisam estar bem esclarecidos sobre a pandemia COVID-19 e as medidas de proteção, bem como o manejo para a prevenção de outros agravos;
- Cada unidade de saúde deverá estabelecer uma sala/consultório/local de atendimento, ventilado, preferencialmente com janelas, evitando o uso de ar condicionado, para consulta dos pacientes com síndrome gripal. Esta sala deverá possuir uma rotina de limpeza intensificada após cada atendimento. Levar em consideração a realidade de cada unidade de saúde;
- Manter a oferta de vacinação em todo seu horário de funcionamento. Unidades com mais de uma equipe podem se organizar em escalas de trabalho flexíveis, a fim de garantir o quantitativo de profissionais necessários para assegurar o acesso da população à vacina durante todo o horário de funcionamento do serviço. Nesse cenário, faz-se necessário dimensionar o quantitativo de vacinas, incluindo a demanda estimada nos horários estendidos. Além disso, se possível, ter o maior número de profissionais envolvidos diretamente na vacinação a fim de tornar o ato de vacinação o mais rápido possível;
- Recomenda-se disponibilizar, na unidade de saúde, um local específico para vacinação do idoso, pessoas com comorbidades, crianças de risco, gestantes e puérperas, separados do local de vacinação direcionado aos demais grupos, caso não seja possível, definir filas diferenciadas obedecendo ao espaçamento mínimo de 1,5 metro entre as pessoas para a vacinação desses grupos;
- Para a proteção dos vacinadores, recomenda-se o uso de sapato fechado, jaleco e máscara cirúrgica, devendo ser trocada sempre que necessário, bem como lavagem das mãos e antebraços antes e após cada aplicação. Todas as observações deverão ser consideradas para as campanhas de vacinação;
- Para evitar a proliferação do vírus, são recomendadas medidas básicas de higiene, como lavar bem as mãos (dedos, unhas, punho, palma e dorso) com



água e sabão, e utilizar toalhas de papel para secá-las, após cada atendimento. Além do sabão, outro produto indicado para higienizar as mãos é o álcool em gel ou líquido a 70%, que também serve para limpar objetos como telefones, teclados, cadeiras, maçanetas, etc.;

- Estabelecimento de rotina de desinfecção dos ambientes e objetos de trabalho e de desinfecção de veículos de transportes com cuidado especial para aqueles que realizam transporte de pacientes com baixa imunidade. Para a limpeza interna da Unidade de Saúde, recomenda-se a utilização dos produtos usuais, dando preferência para o uso da água sanitária, na concentração de 1 (uma) parte de água sanitária para 9 (nove) partes de água para desinfetar superfícies.

2.3 Para os municípios que possuem o núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica (NASF-AB), seguir as seguintes recomendações

- Suspensão de atividades coletivas de qualquer natureza (principalmente grupos de idosos, hipertensos, diabéticos e gestantes), até novo indicativo das autoridades de saúde;
- Realização das reuniões de equipe NASF-AB de forma remota, utilizando ferramentas de comunicação à distância;
- Participação de um representante da equipe NASF-AB nas reuniões das Equipes de Saúde da Família para discussão dos aspectos relativos ao processo de trabalho das equipes;
- Suspensão das reuniões presenciais para matriciamento e discussões de caso. Optar pela teleconsultoria ou teleinterconsulta para orientação dos casos novos que exijam intervenções urgentes;
- Suspensão dos atendimentos individuais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a fim de não expor os usuários a um ambiente de grande circulação viral. Em caso de imprescindível necessidade de atendimentos, realizar visitas domiciliares, devendo cada equipe NASF-AB construir critérios de priorização de atendimentos, nos diversos núcleos profissionais e eixos de cuidado;



- Identificação de um profissional da equipe NASF-AB como referência para cada equipe apoiada, facilitando a comunicação entre as equipes, auxiliando na divulgação e esclarecimento de informações;
- Apoiar a equipes de Saúde da Família no fluxo de atendimento da unidade (Fast Track).

2.4 Ações e atividades na unidade de atenção primária à saúde para casos suspeitos de SG e SRAG

- Ampliar a cobertura vacinal do H1N1 da população de acordo com os grupos prioritários e calendário definido pelo MS;
- Organizar o processo de trabalho das equipes para garantir que os casos da SG e SRAG pela COVID-19 tenham prioridade no atendimento;
- Avaliar os casos suspeitos e confirmados para COVID-19 que não necessitam de hospitalização, levando-se em consideração se o ambiente residencial é adequado e se o paciente é capaz de seguir as medidas de precaução recomendadas pela Equipe de Saúde;
- Organizar o fluxo de atendimento aos usuários suspeitos de SG ou SRAG, tomando como referência o Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na APS com:

Sinalizar a entrada da unidade, apontando para o fluxo de atendimento destes pacientes, com marcador no piso (faixa) para manter distância mínima de 1,5 metro de outros usuários e dos profissionais;

Recepção/ACS: realizar escuta inicial dos usuários e aqueles com sintomas compatíveis com SG ou SRAG, orientar o uso adequado de máscara, orientar a higienização das mãos com água e sabão ou álcool gel, orientar a evitar contato com outras pessoas (toque de mãos, beijos e abraços), evitar tocar no rosto, manter uma distância de 1,5 metro das pessoas, de estrutura física (paredes) e mobiliários (mesas), etc.;

Aplicar o FastTrack de recepção/ACS, conforme Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na APS;

Encaminhar para sala definida aos atendimentos dos casos suspeitos. A sala deve ser mantida com porta fechada, janelas abertas e não utilização de ar condicionado;



Sala de atendimento dos casos suspeitos: Atendimento pelo Auxiliar ou Técnico de enfermagem (usar EPI) e aplicar FastTrack. Na presença de sinais de gravidade, comunicar imediatamente ao enfermeiro e/ou médico;

Atendimento do enfermeiro/médico: verificar sinais e sintomas de SG ou SRAG, existência de comorbidades, medicamentos em uso, alergia a medicamentos e realizar o fluxo do Fast Track sugerido pelo Protocolo de Manejo clínico Nº 9 do MS;

- Classificar e Estratificar a Gravidade da Síndrome Gripal apos triagem inicial do Paciente na APS (médico), conforme FastTrack;
- Casos leves, prescrever medicação necessária e orientar para isolamento domiciliar reforçando as medidas de precaução padrão, principalmente, higienização das mãos, etiqueta respiratória e atentar para sinais de gravidade;
- Para o manejo terapêutico e isolamento domiciliar, casos leves devem ser manejados com medidas como repouso, hidratação, alimentação adequada, além de medidas farmacológicas, de acordo com a queixa, conduta após avaliação médica e isolamento domiciliar por 14 dias, até cessar os sintomas. É necessária a comunicação do paciente ou familiar com um profissional de saúde da APS/ESF durante todo o cuidado doméstico do paciente até o fim do período do seu isolamento;
- Disponibilizar telefone da UBS e realizar monitoramento utilizando o formulário de identificação e acompanhamento por meio de teleatendimento de pacientes com síndrome gripal do MS de acordo com as recomendações a seguir:
 - A cada 24h em pessoas com mais de 60 anos e portadores de condições clínicas de risco e a cada 48h nos demais, até completar 14 dias do início dos sintomas. Caso seja necessário, realizar atendimento presencial, preferencialmente no domicílio.
- Casos atendidos na UBS com sinais de gravidade prestar os primeiros atendimentos, acionar o transporte sanitário e realizar a transferência ao serviço de referência pactuado na RAS;
- Após cada atendimento, garantir ventilação e realizar higienização ambiental adequada (superfícies e equipamentos);
- Instituir e orientar a comunidade a respeito das principais medidas de prevenção;



- Reuniões de equipes devem ser realizadas em local aberto e ventilado, obedecendo a distância mínima de 1,5 metro entre os participantes, a fim de avaliar o funcionamento da UBS, novos manejos clínicos e a situação epidemiológica local;
- O profissional deve manter a etiqueta social, não realizar cumprimentos com contatos físicos.

2.5 Diagnóstico e Notificação

2.5.1 Definição de Casos

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: considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico;
- Em idosos: a febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

Definição 2 – Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): Síndrome Gripal que apresente: dispnéia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto.

- Alguns pacientes podem apresentar diarreia e/ou vômito;
- Em crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.



2.5.2 Definição de Casos Suspeitos

- Todas as Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG);
- Profissionais de saúde com Síndrome Gripal (SG), inclusive os das aldeias indígenas;
- Profissionais de segurança pública em atividade com Síndrome Gripal (SG);
- Contatos domiciliares de profissionais de saúde e de segurança pública em atividade, com Síndrome Gripal (SG);
- Pessoas privadas de liberdade com Síndrome Gripal (SG);
- Profissionais e idosos com Síndrome Gripal (SG) das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), e seus contatos próximos;
- Recém-nascido, independentemente de apresentar sintomas respiratórios, cuja mãe seja um caso suspeito ou confirmado da COVID-19;
- Usuários de Residências terapêuticas, Unidades de Acolhimento e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 24h com Síndrome Gripal (SG);
- Cuidadores de Residências terapêuticas e Unidades de Acolhimento com Síndrome Gripal (SG);
- Gestantes no pré-natal com Síndrome Gripal (SG);
- Profissionais de serviços essenciais (supermercados, padarias, farmácias, postos de gasolina, imprensa, bancos, clínicas e hospitais veterinários, serviços de assistência social e atendimento à população em estado de vulnerabilidade, transporte público) com Síndrome Gripal (SG);
- Pacientes no pré-operatório de cirurgias eletivas, conforme validação das comissões intrahospitalares;
- Pacientes no pré-operatório de cirurgias oncológicas.

2.5.3 Definição de Casos Confirmados

Por critério laboratorial: caso suspeito de SG ou SRAG com teste de:

- Biologia molecular (RT-PCR em tempo real, detecção do vírus SARS-CoV-2): resultado detectável para o SARS-Cov-2 em amostra coletada,



preferencialmente, até o sétimo dia de início dos sintomas (podendo ter sido coletada até o décimo dia, quando a pessoa ainda estiver sintomática), processada em laboratório público ou privado. No caso de laboratório privado o laudo precisa ser validado pelo laboratório de referência (LACEN-PE).

OU

- Imunológico (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos): resultado positivo para anticorpos IgM e/ou IgG, em amostra coletada após o sétimo dia de início dos sintomas E após 72 horas do desaparecimento dos sintomas.

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.

2.5.4 Definição de Casos Descartado

- Caso suspeito da COVID-19 com resultado laboratorial negativo para o SARS-Cov-2 (não detectável pelo método de RT-PCR em tempo real), considerando a oportunidade da coleta;

OU

- Caso suspeito da COVID-19 com resultado negativo no teste sorológico, realizado após 7 dias completos do início dos sintomas E após 72 horas do desaparecimento dos sintomas.

2.5.5 Definição de Casos Inconclusivo

- Caso suspeito de COVID-19 notificado, cuja coleta de material biológico não tenha sido realizada;

OU

- Caso suspeito de COVID-19 notificado, cuja coleta foi insuficiente ou inadequada para análise laboratorial;

OU

- Caso suspeito da COVID-19 que apresentou resultado inconclusivo no teste de RCT- PCR, após duas análises consecutivas.

2.5.6 Definição de Casos Recuperado

Caso confirmado de COVID-19 com 14 dias do início dos sintomas E, ao mesmo tempo, sem sintomas há 72h, que não evoluiu para óbito.

2.5.7 Notificação de casos

Os casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) devem ser notificados de forma imediata (até 24 horas) pelo profissional de saúde responsável pelo atendimento, ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco (CIEVS-PE) através do preenchimento de formulário eletrônico na Plataforma Online Cievs <https://www.cievspe.com/notifique-aqui>, clicando em SRAG – Notifique aqui! (Covid-19) e anexando a ficha de SRAG preenchida ao formulário eletrônico. Caso se trate de profissional de saúde, preencher a variável Ocupação do Paciente com 'profissional de saúde'. Se tratando de um óbito por SRAG, cuja notificação não tenha sido realizada em vida, a notificação deve seguir esse mesmo fluxo, selecionando a opção óbito na especificação do evento. Na ocorrência de óbito suspeito ou confirmado por COVID19, o mesmo deve ser informado imediatamente ao Cievs/PE (cievs.pe.saude@gmail.com).

Além disso, os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) devem ser digitados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) pelas unidades hospitalares que já utilizam o sistema. Para aquelas que não utilizam, a digitação no SIVEP-Gripe deve ser realizada pelo município da ocorrência da internação.

A notificação das Síndromes Gripais (SG) dos casos suspeitos, que NÃO atenderem à definição de caso para SRAG, deverá ser realizada no sistema e-SUS





Notifica através do endereço <https://notifica.saude.gov.br>. É obrigatório registrar os dados de todos, inclusive os resultados dos exames.

Os casos de Síndrome Gripal (SG) atendidos nas Unidades de Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal, devem seguir os fluxos já estabelecidos para a vigilância da influenza e outros vírus respiratórios, devendo ser notificados, pelas no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEPGripe) e, também, no sistema e-SUS Notifica através do endereço <https://notifica.saude.gov.br>.

2.6 Estratégias de Telessaúde

Os avanços das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) têm **impulsionado** vários segmentos da sociedade, inclusive na educação e na saúde, por meio das aplicações da Telemedicina e Telessaúde, as quais encontram-se em destaque no cenário nacional da Atenção Primária à Saúde com o desenvolvimento de atividades de apoio à Política Nacional de Educação Permanente e Assistência à Saúde a distância.

A Secretaria de Saúde Pernambuco por meio do Núcleo Estadual de Telessaúde aprovou em 08 de março de 2017 a Política Estadual de Telessaúde, em consonância com as portarias que regulamentam o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, o Plano Estadual de Saúde de Pernambuco (PES) e o Plano Diretor de Regionalização (PDR); visa subsidiar os gestores e demais profissionais da rede de atenção à saúde de Pernambuco, no uso efetivo de Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), nos eixos da Teleducação, Teleassistência e Telegestão.

No contexto da pandemia do COVID-19 as estratégias de Telessaúde tornaram-se essenciais para garantir a continuidade das ações de saúde rompendo os distanciamentos geográficos e contribuindo para isolamento social imprescindível evitar a disseminação do contágio do Coronavírus. Assim, o Núcleo de Telessaúde em parceria com as diversas áreas técnicas da SES-PE, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Universidade de Pernambuco (UPE) por meio das Faculdades de Ciências Médicas (FCM) e de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG) e Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco Prof. Luiz Tavares (PROCAPE); além dos diversos serviços de saúde que compõem a Rede Estadual de Assistência em Saúde, vem desenvolvendo as ações de



Teleducação, Teleassistência e Telegestão voltadas prioritariamente para Atenção Primária em Saúde.

No escopo de ações desenvolvidas pelo Núcleo de Telessaúde, se destacam os seguintes serviços ofertados através do Portal de Telessaúde (www.telessaude.pe.gov.br):

- **Teleducação**

Webpalestra: encontro virtual para discussão de evidências científicas, indicadores e situações sazonais relacionadas às necessidades locais de saúde);

Cursos online: dentre outros disponíveis na Plataforma de Ensino do Núcleo de Telessaúde, destacamos: o **Fique Atento Pode Ser Câncer** desenvolvido em parceria o Grupo de Ajuda à Criança Carente com Câncer de Pernambuco (GAC-PE) com carga horária de 120 horas é voltado especialmente para toda a equipe de enfermagem, médicos, equipe de saúde bucal, agente comunitário de saúde, e equipe multiprofissional atuam no âmbito da APS no estado.

Comunidades de Práticas: constituem grupos de pessoas com interesses comuns de aprendizado para compartilhar informações. Dentre outras Comunidades criadas, se destacam as seguintes: Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da família de Jaboatão dos Guararapes; Programa de Residência Médica em Neonatologia do Hospital Agamenon Magalhães (HAM) e Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde da UFPE/CAV.

Home Page sobre Coronavírus no Portal do Núcleo de Telessaúde, com objetivo de disponibilizar evidências científicas provenientes das constantes atualizações sobre manejo clínico, dados epidemiológicos e medidas de prevenção relacionadas à COVID-19.

Disponibilização de **Playlists** que compõem diversos vídeos:

Temas relacionados à COVID-19;

Orientações para familiares e cuidadores de crianças com deficiências e doenças raras em tempo de pandemia;



Orientações para a rede assistencial: Manejo clínico do paciente crítico e intubação orotraqueal no paciente com COVID-19;

Orientações para o enfrentamento à pandemia do COVID-19 no Sistema Prisional; e
Palestras: Em tempos de Pandemia: COVID-19.

- **Teleassistência:**

Teleconsultoria Assíncrona: via plataforma de Teleassistência permite que profissionais de saúde esclareçam questões relacionadas a processos de trabalho, casos e dúvidas clínicas com tempo médio de resposta de até 24 horas após o envio. O esclarecimento das dúvidas é realizado por um profissional de saúde especialista na área, mediante as melhores evidências científicas disponíveis, de forma simples, segura e sigilosa.

Teleconsulta: permite que profissionais de saúde especialistas e generalistas, realizem à distância uma consulta clínica para fins de orientação, apoio diagnóstico e terapêutico, durante a pandemia do Coronavírus. O sistema on-line utilizado possibilita a realização de consultas virtuais, médicas e multiprofissionais, dando continuidade ao cuidado às crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus, pessoas com deficiências, doenças raras, doenças crônicas, garantindo atendimento aos pacientes acompanhados nos diversos serviços de saúde da rede envolvidos na oferta.

Telegestão: conecta aproxima os profissionais e gestores de saúde facilitando a implementação dos processos administrativos e operacionais. Utilizando videocolaboração como principal estratégia de transformação digital desde o início da suas atividades, o Núcleo de Telessaúde constituiu a Rede de videocolaboração em Saúde (RVS), que se tornou um importante recurso para interação on-line entre gestores, médicos e demais profissionais de saúde no estado de Pernambuco. Em decorrência da pandemia da COVID-19, a gestão à distância tem sido aperfeiçoada e ampliada com a liberação de forma massiva dos recursos de webconferência e do streaming. O sistema é simples e pode ser acessado por computador, smartphone e tablet.



O Ministério da Saúde também disponibiliza recursos para realização da Telessaúde, como componente da Estratégia e-Saúde (Saúde Digital) para o Brasil, tendo como finalidade a expansão e melhoria da rede de serviços de saúde, sobretudo da APS, e sua interação com os demais níveis de atenção fortalecendo as RAS do SUS.

Após a publicação do Decreto nº 9795, de 17 maio de 2019 o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Saúde Digital, foram estabelecidas diretrizes para a Telessaúde no Brasil, no âmbito do SUS. A atuação se dá através de teleconsultoria, telediagnóstico, telemonitoramento, telerregulação e teleducação.

3 RECOMENDAÇÕES PARA A VISITA DOMICILIAR

As visitas do ACS, bem como dos demais profissionais, devem ser mantidas e estimuladas considerando a sua relevância, especialmente no momento atual. As visitas devem ser bem objetivas, com escuta de possíveis queixas dos usuários, com informes sobre os cuidados na prevenção da proliferação da COVID-19 e orientações quanto à forma de assistência das pessoas com sintomas respiratórios na UBS, prestando também orientações quanto às arboviroses, atualização do calendário de vacinas, campanhas de vacinação e atentando para possíveis queixas de outros agravos.

Segue as recomendações para a visita domiciliar do ACS e demais profissionais de saúde:

3.1 Ao realizar a visita domiciliar

- Manter distância recomendada do morador (peridomicílio) de pelo menos 1,5 metro, explicando ao mesmo a razão de assim proceder. Coloque uma máscara cirúrgica ou de pano ao sair de casa;
- Ao tossir ou espirrar, utilize a dobra do cotovelo e higienize assim que puder;
- Prenda o cabelo e evite usar brincos, anéis, correntinhas, sacolas;
- Se usa barba, mantê-la bem cortada, caso contrário removê-la;
- Se estiver com sinais de resfriado procure a orientação da enfermeira ou médico da sua unidade;



- Se possível colocar uma roupa sobreposta tipo duas camisas ou bata para se proteger mais;
- Se necessitar entrar na casa evitar tocar nos objetos;
- Leve lençinhos descartáveis/ papel toalha/papel higiênico e use-os para tocar as superfícies quando inevitável. Descarte no lixo;
- Procurar um local aberto e de preferência arejado ao comunicar-se com as pessoas, de preferência não entrar no domicílio;
- Não toque seu rosto sem antes higienizar suas mãos;
- Levar álcool gel para higiene das mãos e sempre que possível utilizar água e sabão;
- Fazer a higiene das mãos com a técnica correta (preferencialmente com água corrente e sabão; se não for possível, com álcool a 70%), antes e após cada visita, assim como, após tocar em qualquer objeto ou superfície;
- Priorizar visita aos grupos de risco.

3.2 Orientações aos usuários durante a visita

Durante a visita seja objetivo, abordando os usuários sobre a existência de queixas de síndrome respiratória: sintomas respiratórios (tosse, dor de garganta, desconforto ou esforço respiratório) com ou sem febre, bem como, atentar para as queixas dos sintomas gastrointestinais (mais raros) como diarreia. É oportuno também realizar a escuta qualificada de possíveis queixas de outras comorbidades.

3.2.1 Para usuários em geral

- Ficar em casa, sair apenas quando necessário;
- Evitar contato com pessoas que apresentem sinais ou sintomas da doença;
- Orientar sobre o isolamento domiciliar em caso de presença de síndromes gripais leves;
- Dormir em ambiente separado de quem estiver doente, ou pelo menos, em camas separadas;
- Não compartilhar toalhas, talheres, copos e outros objetos pessoais;

- Lavar roupas, lençóis e toalhas com mais frequência;
- Manter a ventilação adequada da casa;
- Em caso de agravamento respiratório (asma, dificuldade para deglutir, dor ao respirar, falta de ar e desorientação) é que deve procurar a unidade de saúde mais próxima ou acionar o aplicativo virtual de teleatendimento (se assim o tiver);
- Usar máscara cirúrgica ou de pano duplo antes de sair de casa;
- Limpar as embalagens que trouxer de fora antes de guardar (supermercados, mercadinhos, farmácias, etc);
- Lavar as mãos com água e sabão ou usar álcool a 70% (se não puder lavar) com frequência, principalmente após contatos com pessoas doentes;
- Utilizar lenço descartável/ toalha de papel para higiene nasal;
- Cobrir nariz e boca com cotovelo quando espirrar ou tossir e lavar as mãos e antebraços com água e sabão ou álcool líquido ou em gel a 70% logo que possível;
- Evitar aglomerações
- Manter distanciamento seguro de pelo menos 1,5 metro das pessoas, quando necessário sair de casa;
- Não tocar seu rosto, nariz, boca, olhos antes de higienizar as mãos;
- Ao sair de casa, prender o cabelo e evitar usar brincos, anéis, correntinhas e outros adereços;
- Limpar e desinfetar sempre que possível as superfícies de alto contato (maçanetas, puxadores de móveis, torneiras e demais objetos manipulados por muitas pessoas), de referência com água hipoclorito ou com o próprio álcool a 70%;
- Se sair com seu animal de estimação, tentar evitar que se esfregue contra superfícies externas e higienizar as suas patas antes de entrar em casa.
- Manter os cuidados com saúde em dia: alimentação saudável, beber água, fazer atividades físicas, ter sono regulado, manter medicações em dia, caso utilize;





3.2.2 Para idosos

- Pessoa idosa com sinais e sintomas respiratórios deve entrar em contato com a unidade de saúde para orientações quanto ao isolamento domiciliar e acompanhamento clínico;
- Orientar os familiares/cuidadores as medidas de prevenção: lavagem das mãos, guardar distância segura (1 a 2m), uso de máscara, quando houver necessidade de ficar no mesmo ambiente da pessoa idosa, caso não esteja em isolamento com o mesmo, atentando à higiene dos objetos provenientes de fora do domicílio e reforçar a higiene da casa;
- Crianças e pessoas idosas, que não são do mesmo domicílio, não devem manter contato;
- Orientar a importância da vacina contra a Influenza, devendo escolher horários de pouco movimento na UBS ou a vacinação em domicílio;
- Orientar quanto aos cuidados de higiene e prevenção de acidentes e cuidados gerais com a saúde.

3.2.3 Para as puérperas

- Manter a amamentação e usar máscaras, caso tenha sintomas respiratórios;
- Manter, preferencialmente, o binômio em quarto separado dos demais moradores da casa caso tenham sintomas respiratórios;
- Manter distância mínima de 1 metro do berço do recém-nascido (RN);
- Orientar a realizar etiqueta respiratória;
- Orientar a higienização das mãos imediatamente após tocar nariz, boca e sempre antes do cuidado com o RN;
- Orientar o uso de máscara cirúrgica ou de pano durante o cuidado com o RN e a amamentação;
- Caso a puérpera precise circular em áreas comuns da casa, utilizar máscara cirúrgica ou de pano;



- Enfatizar a necessidade dos usuários, neste momento permanecerem em suas casas. Sair apenas em necessidade extrema e orientar sobre novo funcionamento da unidade de saúde.

3.3 Ao retornar da visita domiciliar

- Ao voltar para casa, não toque em nada, antes de se higienizar;
- Deixe bolsa, carteira, chaves, etc, em uma caixa na entrada de casa. Eles devem ser higienizados;
- Tire os sapatos (utilize sempre o mesmo sapato para sair e deixe fora de casa);
- Tire a primeira peça de roupa tentando puxar pelo lado de dentro se já tiver higienizado as mãos, não deixe tocar no rosto, e coloque-a direto no balde com sabão ou máquina de lavar se não for possível coloque em uma sacola plástica no cesto de roupas;
- Limpe seu celular com Álcool e se usar óculos, lave-o com água e sabão ou álcool líquido ou em gel a 70%;
- Tome banho. Se não puder, lave bem todas as áreas expostas.

4 GRUPOS DE RISCOS

4.1 Ações e atividades da Atenção à Saúde da criança na APS

- Às crianças inseridas no critério de risco, recomenda-se que é imprescindível a atenção compartilhada entre o ambulatório especializado e a Atenção Primária, devendo as equipes da saúde da família realizar as consultas de seguimento, preferencialmente domiciliares, sempre que necessário, com avaliação clínica e terapêutica adequada, realizar a imunização de rotina, a vigilância do crescimento e desenvolvimento, além de manter as orientações à família como a amamentação/alimentação adequada individualizada a cada criança;
- Orienta-se manter a coleta da Triagem Neonatal (Teste do pezinho), realizando preferencialmente as ações do 5º dia no domicílio ou agendada com hora



marcada e intervalos. É importante reforçar que a consulta do enfermeiro deve ter foco na amamentação e ganho de peso;

- As crianças selecionadas para gestão de caso deverão ser monitoradas via prontuário, telefone e assim discutir com equipe. A depender da situação de saúde, a equipe deverá avaliar a necessidade do atendimento domiciliar;
- O profissional ao utilizar equipamentos para avaliação antropométrica, termômetros, dentre outros, deverá higienizá-los com álcool 70% a cada atendimento;
- Reforçar as medidas de prevenção da COVID-19 e estimular o isolamento domiciliar;
- Manter as consultas em puericultura na APS para crianças de Alto Risco e para crianças de Médio Risco com fragilidade do cuidado familiar;
- A consulta do Enfermeiro deve ter foco na amamentação e ganho de peso;
- As crianças de alto risco devem ser acompanhadas na APS e compartilhada com AAE, preferencialmente, de forma presencial ou por telefone ou WhatsApp. Onde não houver o AAE no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) para criança de alto risco, encaminhar para a referência do município;
- As crianças em puericultura de médio e baixo risco deverão ser monitoradas por meio de telefone e/ou WhatsApp com agendamento de consulta presencial quando necessário.

4.2 Ações e atividades da Atenção à Saúde da gestante e puérpera na APS

- A equipe de saúde deve fortalecer a importância do distanciamento social e das medidas de prevenção da COVID-19;
- Organizar e agendar as consultas do pré-natal com hora marcada, em intervalo mínimo de 30 minutos entre os atendimentos, diminuindo o tempo de espera, de modo que não cause aglomerações e que não haja prejuízo do número de consultas preconizadas durante toda a gestação;
- Realizar triagem de sintomas respiratórios e fatores de risco para todas as gestantes e acompanhantes;



- Manter as consultas de pré-natal, exames laboratoriais, vacinas e ultrassom obstétrico;
- A gestante que se dirigir a UBS deverá utilizar máscara e o profissional, equipamentos de proteção individual;
- Ofertar orientação às gestantes e familiares quanto aos sinais e sintomas leves e graves da COVID-19;
- Todas as gestantes, a partir de 24 semanas, devem ser orientadas a monitorar a movimentação fetal diariamente;
- A gestante “caso suspeito” ou confirmado para COVID-19 e que já esteja em acompanhamento da infecção, deverá ter sua consulta do pré-natal reagendada para o período após 14 dias de isolamento domiciliar, entretanto, quando necessário, a consulta deverá ser realizada com o uso de EPI apropriado, garantindo a qualidade durante todo o processo de assistência prestada;
- Estratégias locais devem ser montadas para reavaliação frequente (diárias) de sintomas e queixas das pacientes em isolamento domiciliar, de modo a diagnosticar precocemente piora clínica (febre alta ou tosse sem melhora, ou dispneia, entre outros);
- O uso do oseltamivir de acordo com recomendação do MS possui melhor resultado quando utilizado dentro das primeiras 48 horas para todas as gestantes com sintomas gripais, pois estes podem ser causados por H1N1 ou até coinfeções com COVID-19. Porém cada estado e seus municípios deverão adotar o uso desta medicação conforme disponibilidade e protocolo junto a SEVS;
- Devem ser suspensos, temporariamente, os grupos de rodas de gestantes;
- A amamentação pode ser mantida para puérperas com coronavírus, com os devidos cuidados de etiqueta respiratória, higienização e uso de máscara pela mãe, de acordo com o Protocolo da COVID-19, do Ministério da Saúde;
- Orientar a puérpera para, se possível, manter o binômio em quartos separados e caso precise circular em áreas comuns da casa, utilizar máscara.
- Deve-se higienizar todo o material utilizado em cada atendimento (ex: higienizar com álcool a 70% o sonar, fita métrica, termômetros, maca, dentre outros);



4.3 Ações e atividades da Atenção à Saúde da pessoa idosa na APS

- Recomenda-se aos municípios a reorganização dos atendimentos eletivos para pessoas idosas, nas unidades de Atenção Básica sem quebra do cuidado continuado. Entretanto, salienta-se observar a importância de não deixar a população idosa desassistida;
- Nos domicílios, onde residam pessoas idosas, o monitoramento deve ser regular, preferencialmente via Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou algum outro profissional da unidade de saúde ou por meio de ligação telefônica, priorizando o atendimento de acordo com o risco da situação de saúde. Lembrar que, neste momento, a visita deve ser peridomiciliar, evitando-se entrar no domicílio;
- Orientar a pessoa idosa/cuidador fazer contato prévio com a equipe, se houver necessidade de ir até a unidade de saúde, principalmente na suspeita de síndrome gripal;
- Recomenda-se a emissão de receitas com renovação automática no período de mais três meses, bem como a retirada de medicamentos por familiares ou pessoa responsável e a entrega da medicação para pessoa idosa frágil no domicílio, desde que estas sigam as recomendações necessárias para a prevenção da COVID-19, obedecendo ao fluxo na unidade;
- Os profissionais da APS devem retomar gradativamente os atendimentos às pessoas idosas, de forma presencial, porém priorizando as visitas domiciliares àquelas com maior grau de comprometimento de funcionalidade, também chamados de idosos frágeis, tendo em vista apresentarem maior vulnerabilidade; do mesmo modo, a vacinação destes idosos deverá ser realizada, preferencialmente, no domicílio. Para estes atendimentos, orienta-se utilizar a caderneta de saúde da pessoa idosa, e nos casos onde este insumo não esteja disponível, sugere-se o uso do aplicativo “Atenção à Saúde da Pessoa Idosa”, que possui ferramenta VES-13 (instrumento de avaliação de vulnerabilidade da pessoa idosa) e IVCF-20 – Tecnologia – Centro de Telessaúde – HC – UFMG (instrumento de avaliação do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20, que permite avaliação multidimensional da pessoa idosa, e pode ser utilizado por profissional não especialista), disponíveis na loja de aplicativo para smartphone;



- Estimular a mobilidade dentro do domicílio para evitar a perda da massa muscular e outras complicações;
- As equipes da APS também devem monitorar frequentemente as moradias coletivas para idosos (residências terapêuticas, repúblicas, instituições de longa permanência), fornecendo informações e orientações sobre formas de evitar o contágio no ambiente compartilhado;
- Sugere-se reorganizar as visitas nas Instituições de longa Permanência para Idosos (ILPI's) nesse período, a fim de reduzir o risco de transmissão. Porém sabendo que a ausência de visitas pelos familiares pode ser um fator para o agravamento da saúde mental da pessoa idosa, sugere-se então a visita dos familiares no peridomicílio das ILPI's, respeitando as medidas protetivas, segundo Protocolo COVID-19 do Ministério da Saúde;
- No caso de presença de sinais gripais sem sinais de gravidade, a pessoa idosa, mesmo frágil, estando bem, não deve ser encaminhada para atendimento de urgência (policlínicas, UPA, etc.). A pessoa idosa ou familiar/cuidador deverá entrar em contato com a equipe da APS, a fim de monitorá-la regularmente, identificando a presença de sinais de agravo, sendo este monitoramento realizado do período de 24 a 72 horas, de acordo com a clínica até o usuário ficar assintomático por mais de 72 horas.

4.4 Ações e atividades da Atenção à Saúde da pessoa com doenças crônicas na APS

- As demandas de eventos agudos passíveis de atendimento na UBS deverão ser mantidas e encaminhadas para a referência, caso não seja possível estabilizar na APS;
- Orientar e sensibilizar a comunidade quanto à retomada gradativa dos atendimentos na sua unidade de saúde, salientando que será por hora marcada e que levará em consideração, inicialmente, as demandas mais urgentes (considerar situação epidemiológica do município);
- A equipe multiprofissional deve estar envolvida nas demandas dessas pessoas, de forma a garantir a continuidade do cuidado longitudinal de acordo com a



estratificação de risco, estabilidade clínica e capacidade de autocuidado, considerando o contexto de vulnerabilidade e suporte familiar;

- Os pacientes de Alto e Muito Alto Risco que tiveram alta da Rede de Urgência e Emergência ou Rede Hospitalar devem ser manejados e acompanhados precocemente pela equipe da APS;
- A equipe da APS deverá entregar no domicílio as fitas de aferição de glicemia capilar e orientar o monitoramento domiciliar pelo próprio usuário ou cuidador, estando atenta para maior vigilância nos casos de autocuidado insuficiente;
- Planejar o atendimento de acordo com o risco clínico (do maior para o menor), considerando também a vulnerabilidade social e capacidade de autocuidado do usuário:

Pessoas com muito alto risco devem ter sua consulta realizada no domicílio ou UBS, pelo médico ou enfermeiro, de acordo com as diretrizes clínicas utilizadas;

Pessoas como alto risco devem ser monitoradas por telefone ou videochamada, pelo médico ou enfermeiro, avaliando a necessidade de visita domiciliar posterior;

Pessoas como médio e baixo risco, receberão contato telefônico ou videochamada (verificar alterações inapropriadas da glicemia capilar e níveis pressóricos).

5 AÇÕES E ATIVIDADES DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA- PSR

- Garantir acesso aos serviços de saúde, baseando-se nos princípios da universalidade e da equidade;
- Orientar medidas de segurança durante o acolhimento e a assistência a saúde prestada para a população em situação de rua, com finalidade de proteção dupla, aos profissionais e usuários;
- Assegurar educação em saúde de forma efetiva, utilizando linguagem acessível buscando eliminar possíveis barreiras linguísticas, culturais ou qualquer outra que dificulte a comunicação e compreensão das informações sobre a COVID-19;
- Notificar casos suspeitos de COVID-19 para a vigilância do município;
- Fornecer equipamentos de proteção individual para os profissionais e para a população;



- Orientar as pessoas em situação de rua para o não compartilhar utensílios (tais como garrafas, talheres, vasilhames, copos, entre outros), cigarros e outros itens relacionados ao uso de álcool e drogas.
- Manter nos equipamentos e locais de circulação dessas pessoas, informativos imagéticos visíveis de como proceder com a higienização das mãos e os insumos necessários para tais procedimentos;
- Se houver no município abrigos para a PSR, realizar orientações quanto à prevenção da COVID-19, garantindo espaço para isolamento dos casos suspeitos;
- É fundamental uma articulação conjunta entre a Secretaria Municipal de Saúde com Secretaria de Assistencial Social e entidades de apoio à população em situação de rua para traçar estratégias voltadas à prevenção da COVID-19 e ao mesmo tempo garantir suporte de alimentação, higiene e abrigo para essa população.

6 AÇÕES E ATIVIDADES DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

- Trabalhar fortemente a psicoeducação através do repasse das informações e orientações de prevenção ao COVID-19, como fornecer todos os tipos e formas de informações necessárias, que possam subsidiar os familiares e usuários dos serviços da RAPS com relação às principais medidas de prevenção ao COVID-19 sendo a principal estratégia de combate a esta problemática no momento;
- As equipes de saúde mental precisam estar atentas aos casos de usuários sintomáticos e encaminhar os mesmos, conforme os protocolos clínicos vigentes na atualidade à unidade de referência mais próxima. Vale destacar a importância das equipes conhecerem e se apropriarem dos protocolos de vigilância em saúde com relação ao COVID-19, como também identificar em suas redes locais os pontos de assistência;
- Pressupondo-se que este cenário de agravamento do COVID-19 ter impulsionado uma forte tendência de isolamento e diminuição do convívio social das pessoas, recomendamos que os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial estejam mais atentos para possibilidade de acolhimento e suporte em saúde mental para profissionais das diversas áreas (principalmente saúde) e população em geral;



- Conceber prioritariamente a Atenção à Crise como o principal foco no cuidado essencial a ser ofertado neste momento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de acordo com as suas necessidades e realidade local;
- Pensar os serviços Residenciais Terapêuticos como pontos de vulnerabilidade, neste momento, tendo em vista que muitos moradores são pessoas idosas e estão no grupo de risco prioritário. Reforçar o isolamento destas pessoas e orientar os Técnicos de Referência e Cuidadores de acordo com as orientações do Ministério da Saúde (MS) e Organização Mundial da Saúde (OMS). No tocante às visitas de familiares, estas deverão ser avaliadas criteriosamente e se possível, suspensas temporariamente;
- Reorganizar, neste momento, a estrutura de atividades coletivas realizadas diariamente no CAPS e em locais fechados de demais unidades da RAPS, como por exemplo, os grupos. Desta forma, orientamos que esta não se constitua como modalidade de atendimento prioritária e assim as atividades grupais sejam suspensas temporariamente;
- Destaca-se a importância de sempre ser disponibilizado, com fácil acesso para profissionais e usuários dos serviços, materiais que auxiliam na prevenção da COVID-19, como por exemplo, água e sabão, álcool em gel 70%, como banheiros e demais ambientes permanentemente muito bem higienizados e contendo todos os elementos necessários, conforme todos os protocolos de biossegurança.

7 AÇÕES E ATIVIDADES DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

O cirurgião-dentista é parte indissociável do processo de trabalho multidisciplinar, com potencial capacidade de contribuir no enfrentamento e contenção da COVID-19. Quando considerada a relação de proximidade face a face inerente à realização dos procedimentos odontológicos, a inalação de partículas e aerossóis produzidos no atendimento de pacientes com COVID-19 configura-se como um alto risco ocupacional, aos quais cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal e técnicos de prótese dentária estão expostos. Diante disso e buscando a redução dos riscos de disseminação da COVID-19 recomenda-se:



- Os responsáveis pelas clínicas, clínicas de diagnóstico por imagem odontológicas, consultórios ou serviços de saúde odontológico devem garantir que todos os profissionais sejam informados sobre o protocolo de biossegurança e sobre as normas relativas ao retorno aos atendimentos eletivos;
- Marcar previamente as consultas, de forma remota, para evitar ter paciente em sala de espera;
- Colocar alertas visuais em locais estratégicos fornecendo aos pacientes e acompanhantes instruções sobre etiqueta respiratória e de biossegurança;
- Diminuir a quantidade de agendamentos que devem ser espaçados em intervalos de 30 minutos entre o término de atendimento de um paciente e o início do atendimento do próximo paciente. Exceto:

Em estabelecimentos que tem mais de um consultório por ambiente, as agendas devem ser organizadas com horários distintos por sala de atendimento, atendendo sempre o critério do distanciamento social de um paciente a cada 1,5m² (ambiente com 4 cadeiras devem conter 2 pacientes, com 8 cadeiras máximo de 4 pacientes e assim sucessivamente evitando aglomerações) e desinfecção das superfícies de contato entre atendimentos;

Em clínicas de diagnóstico por imagem, em que as agendas devem ser organizadas com horários distintos por sala e de acordo com a capacidade produtiva dos equipamentos, utilização obrigatória de barreiras físicas nas superfícies de contato dos equipamentos, desinfecção entre os atendimentos e atendendo sempre o critério do distanciamento social de um paciente à cada 1,5m² (ambiente com 4 cadeiras devem conter 2 pacientes, com 8 cadeiras máximo de 4 pacientes e assim sucessivamente evitando aglomerações). Ficando desde já, à recomendação de que os exames intra-buciais como radiografias periapicais (de alto risco de contaminação) quando possível, sejam substituídos por exames de menor risco de contaminação como radiografias panorâmicas da maxila/mandíbula e tomografias de feixe-cônico;

- O estabelecimento deve dispor de lavatório/pia ou banheiro com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel toalha, papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual e dispensadores com álcool à 70%;
- Manter os ambientes ventilados (se possível com janela aberta e tela);



- Realizar limpeza e desinfecção das superfícies e ambientes após cada atendimento, principalmente as mais tocadas como trincos, puxadores, bancadas, armários, torneiras, cadeiras, interruptores etc.;
- Todos os pacientes devem usar máscaras (podendo ser de tecido) durante os deslocamentos até os consultórios e enquanto aguardam atendimento. Os cirurgiões-dentistas devem fornecer máscaras, caso os pacientes não as tenham e aproveitar este momento para orientar os pacientes de como utilizar esse EPI;
- Pode instituir barreiras físicas como placas de acrílico, faixa de piso, etc. para o atendimento na recepção que devem realizar frequentemente a higiene das mãos com água e sabonete líquido ou álcool gel 70%;
- À recepcionista deve utilizar máscara cirúrgica (se permanecer à menos de 1 metro dos pacientes) ou de tecido juntamente com o protetor facial durante todo período de trabalho, trocando a máscara se estiver úmida ou suja;
- O profissional sintomático e de grupo de risco devem ser afastados imediatamente do serviço;
- O cirurgião-dentista deve utilizar capote/avental descartável, máscara PFF2-N95, óculos de proteção, touca, luvas e protetor facial;
- O tempo de uso respirador N95/PFF2/PFF3 devem considerar as orientações do fabricante. Os procedimentos geradores de aerossóis necessita da utilização da máscara n95 ou respiradores em uso único, entretanto devido à emergência de saúde pública causada pelo vírus, estes podem ser excepcionalmente usados por período maior, ou por um número maior de vezes que o previsto pelo fabricante, desde que sejam utilizadas pelo mesmo profissional e que sejam seguidas minimamente, as seguintes recomendações:

O profissional de saúde deve utilizar protetor facial que protegerá a máscara de contato com as gotículas;

Deve-se inspecionar visualmente o respirador, antes de cada uso, para avaliar se sua integridade foi comprometida. Máscara úmidas, sujas, rasgadas, amassadas ou com vinhos e elásticos soltos devem ser imediatamente descartadas;

Se não houver ótima vedação máscara à face do usuário (realizar teste positivo de vedação da máscara à face), deve ser descartada imediatamente;



O respirador deve ser acondicionado em um recipiente perfurado ou embalagem de papel que permita a ventilação, identificado, não devendo ser compartilhado, podendo assim ser reutilizado enquanto estiver em bom estado de conservação; Respiradores com válvula de exalação tem fundo de filtragem somente do exterior para o interior, portanto seu uso é contraindicado em ambiente odontológico.

- Demais orientações estão disponíveis em:

https://www.cro-pe.org.br/site/adm_syscomm/legislacao/foto/746.pdf

8 AÇÕES E ATIVIDADES DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

- O estado de emergência de saúde pública no Brasil, em decorrência da pandemia da COVID-19, exige a tomada de medidas articuladas, tanto para conter a disseminação do vírus, quanto para desenvolver ações associadas à proteção da vida, da saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional da população, em especial, aquelas em situação de vulnerabilidade social.
- Os segmentos com mais alto grau de vulnerabilidade socioeconômica (pessoas com necessidades especiais, população de baixa renda, indígenas, povos e comunidades tradicionais, pessoas em situação de rua, refugiados, migrantes) se tornam ainda mais vulneráveis em situações de emergência sanitária e social; e também entre os considerados biologicamente mais vulneráveis (crianças, mulheres e idosos), podendo levar à fome, à desnutrição e outras formas de carências nutricionais e má nutrição.
- As ações a serem desenvolvidas devem estar em consonância com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que tem como propósito melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição, disponível em:

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf;



- Ao setor saúde, cabem ações que já vêm sendo desenvolvidas na Atenção Primária de Saúde ou em outros pontos de atenção e que podem ser fortalecidas e aprimoradas no contexto da pandemia. Dentre as quais destacamos:

Identificar situações de insegurança alimentar e nutricional no território e dar orientações sobre alimentação adequada e saudável, para as diferentes fases do curso da vida, baseadas em orientações oficiais - aqui incluídas cuidados na escolha e preparo dos alimentos e da água para consumo;

Monitoramento de situações de insegurança alimentar e nutricional (inSAN), pelas equipes de APS, especialmente nas famílias mais vulneráveis socialmente, com idosos e famílias com casos confirmados de COVID-19 e, articular intersetorialmente ações para apoiar essas famílias nesse momento de pandemia;

Realizar o Monitoramento do estado nutricional e o consumo alimentar da população atendida, por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) em especial de beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF), crianças menores de 5 anos, gestantes e idosos (grupo mais exposto ao risco de contaminação pelo COVID19;

Promover, proteger e apoiar o Aleitamento Materno, estimular a amamentação até os 2 anos ou mais, bem como a introdução alimentar oportuna e adequada para crianças a partir dos 6 meses de vida, de acordo com o Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos, disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf;

Ampliar e fortalecer os Programas Nacionais de Suplementação de Ferro (PNSF) e de Suplementação de Vitamina A como estratégias para assegurar o estado nutricional adequado de crianças e gestantes;

Promover ações educativas para consumo de alimentos adequados e saudáveis, de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira, disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2e_d.pdf

que estimula o consumo e orienta quanto à autonomia na escolha de alimentos mais saudáveis. Suas diretrizes orientam no sentido de estimular o consumo dos alimentos in natura e minimamente processados, limitar o consumo dos alimentos processados e evitar o consumo dos alimentos ultraprocessados;

Atentar para as Doenças Crônicas relacionadas à alimentação não saudável que são fatores de risco para a Covid-19 como doenças cardíacas, diabetes mellitus, hipertensão arterial e obesidade grave (IMC>40 kg/m²);



Orientar e alertar que o consumo excessivo de sal e de açúcar pode agravar as condições crônicas. O consumo diário de sal, por pessoa, não deve ultrapassar 1 colher de chá cheia. Já o consumo diário de açúcar, por pessoa, não deve ultrapassar 2 colheres de sopa. Para realçar o sabor das refeições, orientar a utilização dos temperos naturais (orégano, hortelã, salsa, coentro, cebolinha, alecrim, manjericão).

- Com relação à alimentação e imunidade, não existem alimentos milagrosos contra o novo Coronavírus. Existem poucas evidências ou recomendações sobre alimentação e COVID-19, no entanto, sabe-se que o adequado estado nutricional e hidratação contribuem para a manutenção e recuperação da saúde. Uma alimentação saudável, equilibrada em todos os nutrientes, sobretudo em micronutrientes (minerais e vitaminas), quando realizada de forma habitual, pode condicionar a um sistema imunológico mais eficiente e com menor risco de adoecimento;
- É fundamental manter boa hidratação que é uma forte aliada para o funcionamento das células, inclusive durante infecções virais. A quantidade de água necessária depende de vários fatores (idade, peso, atividade física etc.). O indicado é de 35 a 40 mL água/Kg de peso, diariamente. Na prática esportiva, esse volume deve aumentar;
- **Associação entre Vitamina D e Covid19:** A literatura científica atual traz evidências sobre o uso da vitamina D no contexto de doenças respiratórias. Contudo, os documentos identificados apenas hipotetizam o possível efeito da vitamina D como agente profilático da COVID-19, mas não foi identificado nenhum estudo clínico que avaliou e observou esse efeito na prática. Concluindo-se que não há evidência científica sobre a eficácia da suplementação de vitamina D na prevenção de infecções por SARS COV-2 e a associação entre deficiência de vitamina D e o risco de agravamento de infecções por SARS- CoV 2 (SIC/Área Técnica da Coord. Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável – SES/PE);
- **O Novo Coronavírus pode ser transmitido através dos alimentos?** Até o presente momento, não há evidências de que o novo Coronavírus (COVID-19) possa ser transmitido por meio dos alimentos. Estes vírus multiplicam-se a partir de um hospedeiro (animal ou humano) não possuindo capacidade de multiplicação nos



alimentos, porém ressalta-se que o alimento manuseado sem a devida higiene das mãos poderá ser uma fonte de contaminação. Esse grupo de vírus é termolábil, ou seja, susceptível às temperaturas normalmente usadas para cozimento dos alimentos (em torno de 70 °C);

- Estimular e incentivar as pessoas para criação de Hortas domiciliares. Uma horta em casa, mesmo que pequena, plantada nos quintais, em vasos, muros, varandas, é uma oportunidade de obter, a baixo custo, uma quantidade razoável de alimentos saudáveis;
- **Dicas importantes para orientar aos usuários:** Procurar fazer as refeições nos mesmos horários, mantendo certa regularidade, evitar “beliscar” nos intervalos entre as grandes e pequenas refeições, fazer as refeições à mesa, em ambientes tranquilos, limpos e confortáveis, evitar distrair-se com TV ou celular durante as refeições e prestar atenção à comida, mastigar devagar e apreciar o que está comendo, para ajudar a digestão e evitar exageros.
- Orientar quanto às medidas de higiene necessárias e as boas práticas de manipulação e processamento de alimentos estabelecidos pelas autoridades sanitárias para evitar contaminações por meios físicos, químicos e/ou biológicos. Entre os procedimentos descritos encontra-se o da higienização dos alimentos in natura (frutas e hortaliças) para evitar a contaminação por microrganismos, tais como:
 - lavar as mãos antes de manipular os alimentos;
 - remover raízes e partes deterioradas ou danificadas;
 - lavar em água corrente os vegetais um a um, e no caso das verduras, folha a folha;
 - colocar de molho para desinfetar em solução clorada por 15 minutos - 1 colher de sopa de hipoclorito de sódio ou água sanitária para uso em alimentos (sem alvejante e sem perfume) para 1 L de água;
 - retirar o excesso de cloro em água corrente;
 - secar com auxílio de papel toalha ou centrífuga de alimentos;
 - armazenar em geladeira em sacos próprios para alimentos ou em recipientes fechados;
- Divulgar que a prática de atividade física contribui para a proteção e combate às Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs), reduz significativamente as



chances do desenvolvimento de câncer de mama e de cólon, diabetes, cardiopatia e eventos de AVC, além de contribuir para a proteção e melhora do sistema imunológico;

- Manter a rotina da prática regular de atividade física pode contribuir tanto para os benefícios psicológicos e sensação de bem-estar e funções cognitivas. Nesse sentido, manter a prática de atividade física ajudará no retorno às atividades de vida diária após o período crítico de disseminação do Coronavírus;
- O conjunto de ações e recomendações propostas pode contribuir para minimizar o impacto da pandemia de COVID-19 sobre a segurança nutricional e alimentar da população, em especial àquela mais vulnerável econômica, social e biologicamente, bem como causar menor impacto sobre o Sistema de Saúde das consequências de agravos nutricionais resultantes da insegurança alimentar e nutricional.

9 AÇÕES E ATIVIDADES DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA

Recomenda-se que as ações de atenção primária continuem a serem realizadas. Os Municípios com aldeias indígenas deverão dar apoio aos profissionais de saúde que atuam nos pólos indígenas, tendo em vista que fazem parte do território.

No entanto, cada Coordenador Distrital, juntamente com a equipe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena, poderá, considerando as características territoriais e geográficas, populacionais, socioculturais e epidemiológicas, criar estratégias e/ou orientações específicas para a priorização e organização dos atendimentos na assistência à população indígena no território de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).

Desse modo, as Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI), por conhecerem a situação de saúde de cada comunidade, poderão estabelecer, considerando as situações epidemiológicas da Síndrome Gripal (SG) e da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) de sua região de cobertura, ações prioritárias e de extrema relevância de modo a minimizar o contato que eventualmente possa ser postergado em função da pandemia de COVID-19.



As EMSI devem priorizar o trabalho de busca ativa domiciliar de casos de SG e SRAG, realizando a triagem dos casos, evitando a circulação de pessoas com sintomas respiratórios. Ou seja, sugere-se que, preferencialmente, não se tenha sala de espera nos serviços. Para isso, a equipe deve comunicar à comunidade que priorizará o atendimento domiciliar, sendo que os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) devem informar ao enfermeiro e/ou ao médico os casos sintomáticos respiratórios para que ocorra o atendimento domiciliar.

Caso a Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI) tenha sala de espera, mantê-la arejada e instruir aos AIS para proceder às seguintes orientações aos pacientes e acompanhantes:

- Informar, já na chegada ao serviço, se apresenta sintomas de alguma infecção respiratória (por exemplo, tosse, coriza, febre, dificuldade para respirar);
- Adotar as ações preventivas apropriadas, por exemplo, usar máscara cirúrgica a partir da entrada do serviço (NOTA TÉCNICA No 04/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA, de 17/02/2020).

Ressalta-se que os profissionais médicos são responsáveis pelos diagnósticos diferenciais nos casos de SG e SRAG, pela prescrição de antivirais e antibióticos - primando pelo uso racional de medicamentos, bem como pelas solicitações de exames complementares.

O registro do atendimento deve ser feito no prontuário do paciente e também no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI).

Para os casos suspeitos ou confirmados para COVID-19 em populações indígenas que, após avaliação médica, não necessitem de hospitalização, recomenda-se que o paciente indígena permaneça em isolamento domiciliar:

- Caso o indígena com sintomas respiratórios esteja fora da aldeia, recomenda-se manter o isolamento fora da aldeia até se confirmar ou descartar o caso; caso confirmado, o paciente deve permanecer fora da aldeia até cura;
- Caso o indígena com sintomas respiratórios esteja na aldeia, a equipe deve buscar estratégias de isolamento eficiente até se confirmar ou descartar o caso;



caso confirmado, manter o paciente em isolamento até 14 dias, e todos os moradores do domicílio do caso confirmado devem permanecer também em isolamento domiciliar, para evitar transmitir o vírus para outros moradores da aldeia.

Em caso de isolamento domiciliar, as EMSI deverão orientar o paciente indígena sobre a importância do isolamento, das medidas de prevenção da transmissão para contatos e sinais de alerta para possíveis complicações. Nesse contexto, os AIS têm um papel fundamental para monitorar o caso. A presença de qualquer sinal de alerta deverá determinar a remoção imediata do paciente indígena para unidade de referência hospitalar.

Considerando as especificidades étnicas, culturais e de modos de vida dos povos indígenas, faz-se necessário que a EMSI realize a avaliação caso a caso, devendo observar se o ambiente domiciliar é adequado e se o paciente é capaz de seguir as medidas de precaução recomendadas.

Para os casos suspeitos ou confirmados para COVID-19 em que o paciente indígena esteja na Casa de Saúde Indígena (CASAI), faz-se necessário que a equipe da unidade adéque seus espaços para que o paciente fique em isolamento. Recomenda-se que os profissionais de saúde dos DSEI sigam as orientações sobre isolamento domiciliar, disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Isolamento_domiciliar_populacao_APS_20200319_ver001.pdf.

9.1 Medidas de quarentena

- Os DSEI devem seguir essa medida se a mesma for estabelecida no âmbito do município ou do Estado da abrangência de seu território;
- Os povos indígenas isolados e de recente contato, considerando o que preconiza a Portaria Conjunta no 4.094, de 20 de dezembro de 2018, assinada pelo Ministério da Saúde e pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), considerando as peculiaridades socioculturais e a vulnerabilidade epidemiológica dessas populações, e considerando os Planos de Contingência para Surtos e Epidemias



em populações indígenas de recente contato, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) reforça a necessidade da implementação das medidas de quarentena para profissionais de saúde e membros da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) antes do ingresso a esses territórios indígenas.

9.2 Orientações às equipes multidisciplinares de saúde indígena e de saneamento

- Conscientizarem a comunidade sobre as medidas de prevenção e controle da doença;
- Identificarem precocemente sinais e sintomas de SRAG;
- Compreenderem o fluxo de encaminhamento dos casos suspeitos da COVID-19;
- Adotarem as medidas de proteção individual frente a um caso suspeito;
- Redefinirem quais atendimentos da rede de referência de atenção à saúde (exames, consultas) fora das aldeias serão mantidos, para evitar ao máximo a circulação da população indígena fora das aldeias.

9.3 Orientações às Casas de Saúde Indígena

A Nota Técnica nº 22/2020-COGASI/DASI/SESAI/MS (0014397032) apresenta orientações aos profissionais das CASAI sobre as medidas de prevenção e controle da pandemia de COVID-19.

9.4 Equipe de Resposta Rápida

Foi publicada em 14 de abril de 2020, a Portaria SESAI nº 55 que institui a Equipe de Resposta Rápida (ERR), no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, para enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

A ERR permanecerá em isolamento domiciliar, na cidade sede do DSEI, e será acionada para entrar em área indígena nas (i) situações de emergência ou outras situações decorrentes da pandemia ou (ii) surto de Síndrome Gripal ou Síndrome Respiratória Aguda Grave. A ERR terá a sua disposição kits de insumos, medicamentos,



EPI, equipamentos de saúde, bem como a logística necessária para entrar nos territórios indígenas. Às ERR caberá realizar, prioritariamente, ações relacionadas ao enfrentamento da pandemia de COVID-19.

A Nota Técnica nº 4/2020-DASI/SESAI/MS (0014411935) apresenta o rol de insumos estratégicos de saúde, equipamentos de saúde e meios logísticos necessários para atuação da Equipe de Resposta Rápida (ERR) no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), no enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), bem como orienta sobre procedimentos e fluxos para contratação da equipe.

9.5 Mobilidade de pessoas para dentro e fora das aldeias

A SESAI recomenda à população indígena que evite ao máximo se dirigir aos centros urbanos, onde pode haver transmissibilidade do vírus. Ações como essa, além de reduzirem o número de casos, e por consequência, evitar a transmissão dentro da aldeia indígena, têm o potencial de reduzir o impacto para os serviços de saúde, por reduzir o pico epidêmico.

- Em caso de indígenas que saíram da aldeia e apresentaram sinais e sintomas respiratórios antes de retornarem, estes devem ser examinados por um médico ou enfermeiro ainda fora da aldeia, para confirmar a suspeita de COVID-19 e proceder o isolamento (14 dias), caso recomendado. Ninguém deve retornar à aldeia com sinais e sintomas respiratórios;
- Em caso de indígenas que estejam fora e desejem retornar à aldeia, mas não apresentam sinais e sintomas respiratórios, avaliar a necessidade e viabilidade de permanecerem em isolamento fora da aldeia por 7 dias, antes de retornarem para a aldeia, caso não seja possível testar para SARS-CoV-2. Se a testagem ou o isolamento fora da aldeia não forem viáveis, e o indígena tenha que retornar à aldeia, recomenda-se que ele permaneça em isolamento domiciliar por 7 dias, para observar o possível surgimento de sinais e sintomas respiratórios.



Os pacientes que apresentarem sinais e sintomas clínicos e epidemiológicos devem ser mantidos em local privativo/isolamento até que o caso seja descartado.

Recomenda-se aos DSEI que seja realizada a higienização frequente dos meios de transporte, principalmente os pontos de maior contato, de modo a evitar a disseminação da COVID-19.

10 AÇÕES E ATIVIDADES DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA

Para todos os serviços que trabalham com Comunidades Quilombolas, grupo populacional que compõe a População Negra, recomenda-se:

- Respeitar no desenvolvimento de suas ações, à autoidentificação étnica, cultural, linguística e territorial, dialogando com seus valores, costumes e práticas sociais, culturais, religiosas e espirituais;
- Garantir a participação das Comunidades Quilombolas no planejamento e execução das ações que visem proteção e enfrentamento da contaminação por Coronavírus;
- Estabelecer agenda de visitas periódicas às comunidades quilombolas pela equipe de atenção primária de referência, como forma de realizar busca ativa de casos suspeitos, bem como realizar as demais ações orientadas aos serviços de atenção primária, à saúde pela SES;
- Ofertar a vacinação de influenza conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, às comunidades quilombolas, construindo estratégias de vacinação in loco;
- Orientar quanto ao fechamento das comunidades para visitação, permitindo apenas a entrada das equipes de saúde. Se possível reorganizar a logística dos rituais religiosos e manifestações culturais que resultem em aglomeração de pessoas;
- Orientar as medidas de segurança tais como, evitar no acolhimento dos usuários cumprimentos com abraços, beijos ou toque de mãos, com a finalidade de proteção de ambos;



- Não esquecer de preencher a variável Quesito Raça/Cor na ficha do(a) usuário(a), contribuindo assim, com a construção anual do Perfil Epidemiológico da População Pernambucana;
- Para evitar a proliferação do vírus, recomenda-se medidas básicas de higiene, como lavar bem as mãos (dedos, unhas, punho, palma e dorso) com água e sabão, e, de preferência, utilizar toalhas de papel para secá-las, após cada atendimento. Além do sabão, outro produto indicado para higienizar as mãos é o álcool líquido ou em gel a 70%, que também serve para limpar objetos como telefones, teclados, cadeiras, maçanetas, etc.;
- Orientar a utilização de máscaras caseiras para impedir a disseminação de gotículas expelidas do nariz ou da boca do usuário no ambiente, garantindo uma barreira física que auxilie na mudança de comportamento da população e diminuição de casos;
- Para a limpeza da Unidade de Saúde recomenda-se a utilização dos produtos usuais, dando preferência para o uso da água sanitária (em uma solução de uma parte de água sanitária para 09 partes de água) para desinfetar superfícies;
- Realizar ações de educação em saúde com Comunidades Quilombolas para informar sobre sinais e sintomas da COVID-19, assim como informar seus sinais de gravidade e ações que devem ser tomadas, caso estes sinais e sintomas se manifestem;
- Garantir a efetividade da educação em saúde através do uso de linguagem acessível e outras ferramentas que eliminem possíveis barreiras linguísticas, culturais e de deficiência associada à comunicação de informações da COVID-19;
- Priorizar o uso de linguagem acessível, acerca das medidas preventivas e sinais de alarme, utilizando se necessárias demonstrações lúdicas, vídeos e outros instrumentos que garantam a efetividade da educação em saúde;
- Recomendar o isolamento domiciliar às pessoas que moram nas comunidades quilombolas, ao retornarem de lugares com casos confirmados de coronavírus, independente de apresentar sintomas gripais, ou seja, manter-se em casa com o mínimo de contato possível com as pessoas da família e/ou da comunidade por 14 dias. A doença pode demorar até 14 dias para aparecer os sintomas, porém,



mesmo assintomático, existe chance de proliferação do vírus através das gotículas salivares;

- Reforçar as medidas protetivas nas pessoas que possuem doenças como diabetes, hipertensão (pressão alta), Doença Falciforme, doenças prevalentes na População Negra, e problemas respiratórios (asma, por exemplo), pois são consideradas grupos de risco e precisam de cuidado redobrado;
- No caso de identificação de sinais e sintomas de síndrome gripal, o profissional deverá proceder ao manejo conforme fluxo assistencial de casos suspeitos de coronavírus, bem como encaminhar clinicamente o paciente, conforme a gravidade de cada situação.

Em caso de necessidade de transporte do usuário com quadro de síndrome gripal (indivíduo que apresente febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta ou dificuldade respiratória e, pelo menos, um dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia, na ausência de outro diagnóstico específico) até a unidade de saúde com a utilização do carro próprio, ter os seguintes cuidados:

- Todas as pessoas que estiverem envolvidas no transporte deverão utilizar os EPI (máscara cirúrgica, avental, protetor de face ou óculos, luvas) durante todo o deslocamento até chegar à unidade de referência;
- Realizar higiene de mãos, respeitando os cinco momentos de higienização;
- Todos devem estar de máscaras cirúrgicas e serem orientados quanto à importância da higienização das mãos;
- Garantir a ventilação do veículo, mantendo-se as janelas abertas, para aumentar a troca de ar durante o transporte, devendo-se distanciar entre os passageiros transportados, ainda que isso implique na redução de passageiros por deslocamento;
- Desinfetar (pode ser com álcool a 70% ou hipoclorito de sódio) todas as superfícies internas do veículo após a realização do transporte, seguindo o procedimento operacional padrão definido para a atividade de limpeza e desinfecção do veículo e seus equipamentos.



11 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICS) NA ASSISTÊNCIA AO COMBATE DO COVID-19

- Neste momento de pandemia, muitas pessoas experimentam sensações novas e muitas vezes indesejáveis por medo do desconhecido, preocupações consigo mesmo e com aqueles que amam, além de outros sentimentos que surgem da adaptação a nova rotina. Tudo isso pode comprometer o estado geral de saúde dos indivíduos;
- Diante disso, recomenda-se a divulgação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na assistência combate da COVID-19;
- Os benefícios das PICS estão relacionados com a redução da dor, melhora da qualidade do sono, diminuição da tensão muscular, melhora na imunidade e redução do estresse. Na esfera psíquica, há uma importante redução da ansiedade e melhora de quadros depressivos;
- Em Pernambuco 169 municípios já utilizam PICS nos tratamentos de pacientes do SUS. Medicina tradicional chinesa, terapia comunitária, dança circular/biodança, yoga, massagem, auriculoterapia, massoterapia, arteterapia, meditação, musicoterapia, acupuntura, tratamento termal, tratamento naturopático, e reiki estão entre as práticas oferecidas;
- Apesar de algumas dessas práticas, por serem coletivas, estarem suspensas, isso não impossibilita a utilização de outras muito úteis para o processo de autocuidado, como por exemplo, a meditação, dança, o yoga e a musicoterapia;
- Os municípios que possuem estabelecimentos de saúde e profissionais habilitados podem oferecer as práticas através de aplicativos, vídeos, *podcasts*(áudios), entre outros meios. Estas devem ser feitas utilizando orientações simples para que todos possam realizá-las nos seus lares;
- As PICS também podem ser utilizadas como auxiliar no tratamento a pacientes acometidos pelo novo Coronavírus. Em um contexto que ainda não há medicação para a cura, as práticas integrativas apresentam-se como uma alternativa que tem bons resultados na melhora do quadro clínico.



12 ORGANIZAÇÃO DA APS NO ÂMBITO PRISIONAL PARA O ENFRENTAMENTO À COVID-19

Diante da pandemia da COVID-19, a Superintendência de Atenção Primária (SAP), através da Coordenação Estadual de Atenção à Saúde (CEASP), estabeleceu estratégias de enfrentamento ao novo coronavírus pelas Equipes de Atenção Primária Prisional (EAPP), periodicamente revisada conforme novas evidências e cenário epidemiológico.

Recomendações sobre o funcionamento da unidade de saúde e processo de trabalho da EAPP:

- As unidades de saúde prisional deverão adequar seu horário de funcionamento, na perspectiva de garantir a detecção precoce e o acompanhamento das pessoas com sintomas de síndrome gripal;
- A EAPP deve reorganizar previamente o fluxo de entrada e circulação de pessoas na unidade de saúde, a fim de minimizar as aglomerações e contato entre as pessoas com sintomas de síndrome gripal;
- Organizar os atendimentos programados, mantendo as atividades de rotina, com priorização das Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) integrantes do grupo de risco para COVID-19, com adoção das medidas de prevenção e controle, em conformidade com normas técnicas específicas;
- As PPL integrantes do grupo de risco para COVID-19, devem receber avaliação e quando necessário, a EAPP deverá elaborar laudo clínico, conforme normatização dos Ministérios da Saúde e Justiça;
- Quanto aos atendimentos de demanda espontânea - organizar a agenda de modo a disponibilizar um número maior para esta modalidade de atendimento, tendo em vista o aumento da demanda que ocorrerá;
- Sempre que uma PPL chegar a unidade de saúde, deve-se perguntar sobre sintomas de síndrome gripal e fazer as orientações gerais de prevenção e controle, orientando as PPL a comunicar a ocorrência destes sintomas de forma imediata;



- A EAPP deve estabelecer uma sala/consultório/local de atendimento, ventilado, preferencialmente com janelas, evitando uso do ar condicionado, para atendimento dos casos com sintomas síndrome gripal. Esta sala deverá possuir uma rotina de limpeza intensificada após cada atendimento, conforme normas técnicas específicas;
- Definir escala diária de profissionais para acolhimento/triagem das PPL com sintomas de síndrome gripal;
- Na identificação de casos de PPL com sintomas de síndrome gripal, a PPL deverá receber máscara cirúrgica imediatamente e ser conduzido a sala/consultório/local de atendimento, previamente definido, e o profissional destacado priorizará seu atendimento;
- No caso da sala de espera, dos grupos operativos e outros espaços de atendimento coletivo, estes devem ser suspensos temporariamente;
- A EAPP deverá estabelecer, conforme as diretrizes contidas neste documento, junto à gestão da unidade prisional (UP), o fluxo de entrada e saída das PPL, de modo a implantar rotina de acolhimento/triagem de todas as PPL que adentrem na UP, inclusive prevendo isolamento de controle até avaliação da EAPP;
- Os profissionais integrantes da EAPP devem estabelecer rotina de busca ativa de PPL que apresentem sinais e sintomas gripais, além de estimular a demanda espontânea sobre queixas relativas a sinais e sintomas de síndrome gripal ou COVID-19.
- As PPL com sintomas de síndrome gripal devem ser isoladas em cela individuais. Caso não seja possível devido às questões estruturais da unidade prisional, deve-se recorrer ao isolamento por coorte – pessoas com sintomas semelhantes são colocadas no mesmo espaço – aplicado para pacientes com os mesmos sintomas e sinais. No isolamento por coorte, pode-se utilizar cortinas e/ou marcações no chão para a delimitação de distância mínima de dois metros entre os pacientes.
- O espaço de isolamento destinado aos casos em investigação deve ser diferente do espaço de isolamento para os casos confirmados para a infecção pelo coronavírus. Estes locais devem conter porta fechada, a melhor ventilação possível e possibilitar às PPL a higienização constante das mãos com água

corrente e sabonete líquido. As áreas de isolamento devem ser frequentemente higienizadas.

13 CUIDADOS DE BIOSSEGURANÇA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA APS

Neste momento, é imprescindível o uso adequado dos Equipamentos de proteção individual (EPI), assim como o cumprimento das medidas preventivas por todos os profissionais da equipe de Atenção Primária. Portanto, é necessário atentar para as seguintes medidas essenciais para proteção à infecção durante a rotina do trabalho:

13.1 Orientações gerais de segurança e o Uso de EPI

- Utilizar calçado fechado durante o expediente de trabalho;
- Retirar os adornos (anéis, alianças, pulseiras, relógios, colares, brincos, etc.);
- Não manter barba e bigode, pois podem reter as gotículas, potencializar o risco de contaminação, além de reduzirem a eficácia das máscaras de proteção;
- Usar luvas em caso de risco de contato com sangue, secreções ou excreções em membranas ou mucosas. Calce-as imediatamente antes do contato com o paciente e retire-as logo após o uso, higienizando as mãos em seguida;
- Usar óculos quando houver risco de respingos de sangue, secreções ou excreções na mucosa dos olhos (desinfetar após o uso);
- Utilizar avental descartável quando houver risco de contato de sangue, secreções ou excreções nas roupas e superfícies corporais;
- Utilizar roupa exclusiva na jornada de trabalho na UBS, ou seja, usar um jaleco por dia e evitar sair à rua com jaleco utilizado no período assistencial;
- Orientar que a roupa utilizada pelo profissional de saúde seja lavada separadamente das demais roupas da casa;
- Não reutilizar máscara cirúrgica e realizar descarte sempre que tiver suja ou úmida;





- Equipamentos de uso compartilhado entre os profissionais (por exemplo, estetoscópios, aparelho para aferição de pressão arterial e termômetros) devem ser limpos e desinfetados com álcool a 70% antes e após o uso;
- Eliminar ou restringir o uso de itens compartilhados por pacientes, como canetas, pranchetas e telefones;
- Realizar a limpeza e desinfecção das superfícies do consultório e de outros ambientes utilizados pelo paciente;
- Descartar adequadamente os resíduos, segundo o regulamento técnico para gerenciamento de resíduos de serviços de saúde da Anvisa;
- Os profissionais da APS em situação de risco (idosos e pessoas de todas as idades com doenças crônicas descompensadas e/ou comprometimento do sistema imunológico) devem atuar preferencialmente em linhas telefônicas de apoio e orientação à população;
- Não é necessário trocar a paramentação a cada triagem. Esta deve ser substituída quando o profissional sair da sala;
- Após a saída do paciente da sala de triagem deverá ser realizada limpeza concorrente com álcool 70% nos mobiliários e equipamentos utilizados para atendimento. Na presença de fluídos corporais utilizar quaternário de amônia e aguardar a secagem espontânea. A próxima paciente só poderá ser chamada após a limpeza concorrente;
- A cada atendimento (caso seja preciso utilizar a luva) retirar as luvas, higienizar as mãos e calçar novas luvas. Se não houver contato com o paciente, não é necessário trocar o avental;
- Não é necessário manter a paramentação durante todo o turno;
- Óculos de proteção: fazer a desinfecção a cada retirada. Máscara cirúrgica: trocar se saturada.

13.2 Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem:

- Seguir as instruções de biossegurança: limpeza e desinfecção da sala antes e após o atendimento e dos instrumentais utilizados com álcool 70% ou hipoclorito de sódio 5%; uso de máscara, avental, óculos, luvas; a retirada dos EPI deve ser



dentro da técnica asséptica*; desprezar os materiais descartáveis no lixo infectante;

- Usar máscara cirúrgica para o atendimento ao usuário com sintoma respiratório. A máscara N95/PFF2 somente está indicada nos procedimentos que podem gerar aerossóis (como coleta de swab nasal, nebulização, broncoscopia, aspiração de paciente intubado, entre outros);
- Higienizar as mãos com água e sabonete líquido ou álcool em gel 70%, seguindo os 5 momentos (1. Antes do contato com o paciente, 2. antes da realização de procedimento; 3. após risco de exposição a fluidos biológicos; 4. após contato com o paciente e; 5. após contato com objetos tocados pelo paciente);
- Solicitar ao profissional de higienização a troca do lixo contaminado quando atingir dois terços da capacidade de armazenamento do saco de lixo infectante ou ao final do período de trabalho.

***Recomendação para retirada de EPI:** retirar a máscara puxando pelo elástico ou tiras, cuidando para que não haja o contato com a superfície externa, da mesma forma com as luvas, aventais.

13.3 Administrativo/ Recepção

- Utilizar máscara cirúrgica ou de pano duplo e manter distanciamento social de pelo menos 1,5 metro dos usuários;
- Higienizar, frequentemente, as mãos com água e sabonete líquido, seguindo os 5 momentos (descritos no item 13.2);
- Realizar limpeza frequente do balcão.

13.4 Agentes Comunitários de Saúde – ACS

- Utilizar máscara cirúrgica ou de pano duplo e manter distanciamento social de pelo menos 1,5 metro, durante a recepção dos usuários na unidade (caso esteja na escala do acolhimento).



- Higienizar frequentemente as mãos com água e sabonete líquido ou álcool em gel 70%, seguindo os 5 momentos (descritos no item 13.2).
- Ao realizar as visitas domiciliares, recomenda-se que a visita ocorra em região peridomiciliar (ambientes externos a casa).

13.5 Dentistas/Auxiliares de Saúde Bucal/Técnicos de Higiene Bucal

- Manter rotinas de biossegurança padrão com a particularidade de uso das máscaras N95/PPF2;
- Higienizar as mãos com água e sabonete líquido ou álcool em gel 70%, seguindo os 5 momentos (descritos no item 13.2);
- Restringir a exposição de insumos e equipamentos periféricos mantendo-os protegidos em recipientes plásticos com tampa, sendo retirados apenas para o uso;
- Adotar o uso de barreiras com sacos plásticos, preferencialmente ao filme de PVC;
- Garantir a limpeza correta e frequente, com varrição úmida e utilização de água e sabão/detergente neutro, e a desinfecção (hipoclorito de sódio, álcool líquido a 70% ou outro desinfetante padronizado pelo serviço, regularizado junto à Anvisa).

13.6 Farmacêutico e equipe da farmácia

- Utilizar máscara cirúrgica ou de pano duplo e manter distanciamento de pelo menos 1,5 metro dos usuários que solicitam medicamentos no balcão da farmácia;
- Higienizar frequentemente as mãos com água e sabonete líquido, seguindo os 5 momentos (descritos no item 13.2) e realizar a limpeza frequente do balcão.

É importante que a máscara esteja apropriadamente ajustada à face para garantir sua eficácia e reduzir o risco de transmissão. Todos os profissionais devem ser



orientados sobre como usar, remover e descartar as máscaras e sobre a adequada higiene das mãos antes e após o seu uso.

QUADRO 1 - Recomendações de equipamentos de proteção individual (EPI), segundo a atividade desempenhada

FUNÇÃO	ATIVIDADE	EPI NECESSÁRIO
Prestador de cuidado direto ao paciente (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, demais categorias)	Cuidado direto ao paciente	Máscara cirúrgica, avental impermeável de mangas longas, luvas, precaução ocular
Prestador de cuidado direto ao paciente (médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, demais categorias)	Realização de procedimento gerador de aerossol	Máscara N 95, avental impermeável de mangas longas, luvas, precaução ocular
Profissional de higienização ambiental	Entra no quarto paciente com Covid-19	Máscara cirúrgica, avental impermeável de mangas longas, luvas, precaução ocular, sapato fechado (impermeável)
Profissional do laboratório	Manipula amostras respiratórias	Máscara cirúrgica, avental impermeável de mangas longas, luvas, precaução ocular

14 TESTAGEM DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Todos os profissionais da Atenção Básica que atenderam pacientes suspeitos ou confirmados da COVID-19 e/ou estão realizando coleta de swab, independentemente do local de trabalho devem ser considerados casos suspeitos, **se apresentarem sintomas respiratórios**. Os casos serão confirmados de acordo com os critérios:

Por critério laboratorial

- **Biologia molecular (RT-PCR em tempo real, detecção do vírus SARS-CoV-2):** resultado detectável para o SARS-Cov-2 em amostra coletada, preferencialmente, até o sétimo dia de início dos sintomas (podendo ter sido coletada até o décimo dia, quando a pessoa



ainda estiver sintomática), processada em laboratório público ou privado. No caso de laboratório privado o laudo precisa ser validado pelo laboratório de referência (LACEN-PE).

OU

- **Imunológico (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos):** resultado positivo para anticorpos IgM e/ou IgG, em amostra coletada após o sétimo dia de início dos sintomas E após 72 horas do desaparecimento dos sintomas.

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.

- A notificação de profissionais de saúde em atividade com sintomas respiratórios, bem como a notificação de seus contatos domiciliares sintomáticos respiratórios, que **NÃO** atenderem à definição de caso para SRAG (Nota técnica 16/2020 – Sevs - SES), deverá ser realizada no sistema e-SUS VE através do endereço <https://notifica.saude.gov.br>. É obrigatório registrar os dados de todos os profissionais, inclusive os resultados dos exames;
- Em caso de profissional de saúde sintomático que não se enquadre na definição de SRAG e esteja, preferencialmente, até o sétimo dia do início dos sintomas (podendo ser até o décimo dia, se o profissional ainda estiver sintomático), deve ser realizada coleta de secreção da nasofaringe e orofaringe, utilizando 2 swabs: um para a coleta da secreção de ambas as narinas e o outro para a coleta da orofaringe, acondicionados no mesmo meio de transporte viral. A amostra deve ser encaminhada para o LACEN-PE, com o cadastro no GAL E acompanhada da ficha de notificação do e-SUS VE;
- O profissional de saúde sintomático deve informar à chefia imediata sobre o início dos sintomas. O local prioritário para que o profissional de saúde sintomático realize sua coleta de swab é o serviço de saúde no qual trabalha. Caso não seja possível, a chefia imediata deve entrar em contato com a Vigilância em Saúde/Cievs do município no qual se localiza, que orientará como proceder;



- Os profissionais de saúde sintomáticos devem ficar em isolamento domiciliar até o resultado do exame. Caso o resultado seja negativo para COVID-19, retornar ao trabalho, de imediato. Se o resultado for positivo para COVID-19, o mesmo deverá permanecer em isolamento domiciliar durante 14 dias, contados a partir do início dos sintomas;
- O teste rápido sorológico deve ser realizado em todos os profissionais de saúde considerados suspeitos, segundo o primeiro item deste tópico. O teste deverá ser realizado com no mínimo 7 dias completos desde o início dos sintomas respiratórios e no mínimo 72 horas após o desaparecimento dos sintomas;
- O local prioritário para que o profissional de saúde realize o teste rápido sorológico é o serviço de saúde no qual trabalha, bem como o teste rápido do seu contato domiciliar. Caso não seja possível, o serviço deve entrar em contato com a Vigilância em Saúde/Cievs do município no qual se localiza, que orientará como proceder;
- Caso o profissional de saúde em atividade – ou seu contato domiciliar - apresente resultado positivo no teste rápido sorológico, o mesmo cumprirá o período total de 14 dias em isolamento, contados a partir do início dos sintomas;
- Caso o profissional de saúde ou de segurança pública em atividade apresente resultado negativo no teste rápido sorológico, o mesmo estará apto a retornar imediatamente ao trabalho, utilizando máscara cirúrgica até que se complete 14 dias de início dos sintomas. A mesma recomendação vale para o contato domiciliar de um profissional de saúde ou de segurança pública.

15 QUANTO À QUALIFICAÇÃO DOS TRABALHADORES

Fica suspenso o treinamento de equipes multiprofissionais de saúde, ainda que em pequenos grupos, sugerindo-se a qualificação por meio de cursos à distância ou webconferências ministrados pela SES-PE, Universidades, etc., para que essas equipes qualifiquem suas ações no repasse das informações verdadeiras e científicas para a população e bem realizar a identificação, triagem, manuseio clínico e notificação dos casos.



16 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES

Monitorar diariamente o uso e efetividade de ações preventivas de acordo com atualizações disponibilizadas sobre o perfil de disseminação através do “Informe Epidemiológico Coronavírus (COVID-19) da SES-PE”, que é publicado na página da internet <http://portal.saude.pe.gov.br/boletim-epidemiologico-COVID-19>. Utilizar na avaliação da evolução da pandemia e divulgar essas informações para os trabalhadores da saúde e população.

17 RECOMENDAÇÕES PARA A RETOMADA DOS SERVIÇOS

Iniciamos o processo de reabertura dos estabelecimentos de saúde de forma gradativa, onde faz-se necessário o aprendizado no convívio com a COVID-19. A reorganização neste momento de retomada deve ser bastante cautelosa, pois mesmo com a abertura plena dos estabelecimentos de saúde os cuidados devem permanecer, bem como o seguimento das orientações das entidades públicas sanitárias no tocante às regras que ainda devem vir ao longo desse período.

Precisamos acompanhar algumas diretrizes para nortear o retorno das atividades de saúde, as quais devem estar associadas a um plano epidemiológico amplo, apoiado em estudos estatísticos, sanitários, de comportamento e prevenção da doença.

É importante ressaltar que a pandemia não modifica a história natural das outras patologias não relacionadas ao novo coronavírus. No enfrentamento da COVID-19 outras doenças estão sendo colocadas em segundo plano, como por exemplo as doenças crônicas, onde alguns pacientes têm seu quadro clínico agudizado resultando em um aumento da taxa de morbimortalidade.

Sabe-se que cada região apresenta características peculiares próprias, o que reforça o conceito de que cada município deve, de forma emergencial: criar, apresentar e divulgar de forma explícita, o seu plano de combate à COVID-19 e de retomada dos serviços.

Para um retorno seguro são necessários referenciais epidemiológicos de controle visando a segurança na flexibilização da abertura, bem como a possibilidade de



progressão ou retorno a estágios anteriores. O estabelecimento de saúde deve oferecer aos seus pacientes e acompanhantes o máximo de segurança possível, diante disso os serviços retornarão em tempos diferentes em cada região de saúde de Pernambuco.

Orientamos aos usuários a comparecer aos estabelecimentos de saúde desacompanhados, excetuando os necessários previstos por lei como crianças, idosos, portadores de necessidade especiais e pacientes com baixa capacidade de locomoção, devendo esse número ser restrito a um acompanhante. Nos casos da existência de acompanhantes que não se enquadram nos critérios de necessidade, mas por motivos de mobilidade ou outros de aspectos pessoais, orientamos que os mesmos permaneçam em um local fora do estabelecimento de saúde ou, em casos existências de estacionamento, no interior dos seus carros.

Todos os usuários e acompanhantes devem utilizar máscaras, mesmo que artesanal. Os serviços devem ser ofertados de preferência por agendamento com intervalos de usuário para outro de aproximadamente 1 hora, possibilitando assim a higienização do ambiente entre os atendimentos, bem como evitar aglomerações. Em casos da demanda espontânea, que por ventura gerar fila, esta deve seguir o distanciamento de pelo menos 1,5 metro. No tocante ao distanciamento em recepções, recomendamos a disposição de pelo menos 1,5 metro entre assentos para usuários.

As marcações de consultas devem ser feitas prioritariamente através de meios não presenciais: telefone, internet ou aplicativos. Na impossibilidade, as mesmas podem ser realizadas por visita domiciliar do ACS através de busca ativa dos grupos prioritários ou em ambientes distintos da unidade de saúde, guardando as referências contidas no fluxo de pessoas e de distanciamento em recepções.

17.1 Retomada dos serviços da equipe de saúde na Atenção Básica

- Usar máscara cirúrgica durante todo o tempo de permanência dentro do serviço de saúde, mesmo quando estiverem em áreas sem usuários conforme NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA No 07/2020;
- Retomar as consultas de enfermagem, odontológicas e médicas com a garantia de agendamento por horário com no mínimo de 40 min de intervalo;



- Atendimentos em grupos continuam suspensos, as orientações passam a ser individuais no decorrer da consulta;
- Retomar as coletas de exames laboratoriais, estabelecendo agendamento por horário considerando a prioridade na necessidade;
- Prosseguir com as coletas de exames citopatológicos, com agendamento por horário considerando a faixa etária mais vulnerável;
- Reaver os atendimentos de puericultura, realizando agendamento prévio com marcação de horário considerando inicialmente atendimentos aquelas crianças com maior fator de risco;
- Permanecer com o agendamento de consulta de pré-natal por horário marcado, evitando aglomeração de pessoas;
- Realizar visitas domiciliares com a garantia de todos os EPI`s necessários, seguindo as normas propostas pela ANVISA em vigência mantendo ainda o modo peridomiciliar;
- Realizar os curativos de rotina com a garantia de segurança para o profissional e paciente;
- Retomar as atividades de monitoramento de níveis pressóricos e glicêmicos de acordo com as consultas agendadas;
- Disponibilizar profissionais em número adequado para atividade de vacina e organizar o fluxo de forma a evitar aglomeração de pessoas;
- Assegurar plano de contingência e protocolos de atendimento visando o distanciamento social;
- Realizar todas as medidas necessárias para redução de transmissibilidade do coronavírus, evitando aglomerações e garantindo a segurança dos profissionais e usuários, observando o contido na NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 07/2020, em específico o item “4”: Retorno às atividades laborais e restrições de trabalho.



REFERÊNCIAS

1. ANVISA. NOTA TÉCNICA Nº 07/2020. Orientações para a prevenção da transmissão de COVID-19 dentro dos serviços de saúde (complementar à Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020).
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa Nº 8/2020-CGARB/DEIDT/SVS/MS. Recomendações aos Agentes de Combate a Endemias (ACE) para adequação das ações de vigilância e controle de zoonoses frente à atual situação epidemiológica referente ao Coronavírus (COVID-19), 26 de março de 2020.
3. CONASEMS. CONASS. Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde. Brasília, 2020.
4. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO. Plano de retomada das ações de enfermagem. Junho de 2020.
5. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Plano de Retorno dos Serviços de Saúde. Junho de 2020.
6. CONSELHO REGIONAL DE ONDONTOLOGIA DE PERNAMBUCO. RESOLUÇÃO Nº 03/2020. Cuidados dos Serviços Odontológicos diante do retorno aos atendimentos eletivos.
7. MARTINS, D. Uma abordagem às Práticas Integrativas e Complementares associadas aos tratamentos especializados em comorbidades crônicas, na Estratégia de Saúde da Família. 16p. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.
8. NOTA INFORMATIVA COE-RS/SES-RS, 22 de abril de 2020.
9. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL. NOTA TÉCNICA Nº 01/2020. Atualização da estratégia assistencial e de vigilância na epidemia COVID-19.
10. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. INFORME TÉCNICO nº 04/2020.
11. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. Nota Técnica GASAM 006/2020, 19 de março de 2020.
12. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. Nota Técnica. População de Situação de Rua, 2 de abril de 2020.



13. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. Nota Técnica. Orientações para o enfrentamento do coronavírus nas Comunidades Quilombolas, 27 de abril de 2020.
14. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. PORTARIA Nº 208/2020. Dispõe sobre o funcionamento e as recomendações para atividades no segmento SAÚDE - Rede Assistencial Pública e Privada (Consultórios, Clínicas, Laboratórios e Hospitais) durante a pandemia do COVID-19, a partir de 10 de junho de 2020, 09 de junho de 2020.
15. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. NOTA TÉCNICA Nº 16/2020. Vigilância Epidemiológica e laboratorial na epidemia da COVID-19 (Ampliação da testagem), 19 de junho de 2020.



Documento Assinado Digitalmente por: NILVA MARIA MENDES DE SA
Acesse em: <https://eic.ace.pe.gov.br/epp/vu/ufhdaDoc/seam> Código do documento: 8d570e1d-e8e4-40dc-b205-4e8e1ff16e7e

Versão 1.0, de 06 de Julho de 2020



NOVO CORONAVÍRUS

COVID-19

Protocolo de atendimento na atenção primária no período de
pandemia covid-19 no estado de Pernambuco

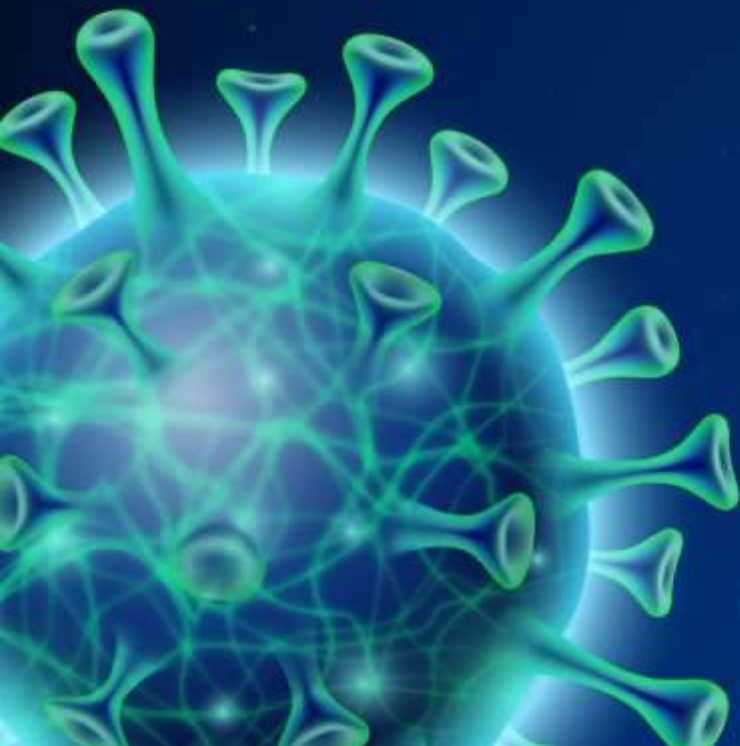
OUVIDORIA DE SAÚDE
0800 286 28 28
portal.saude.pe.gov.br



Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO
MAIS TRABALHO, MAIS FUTURO.





Documento Assinado Digitalmente por: NILVA MARIA MENDES DE SA
Acesse em: <https://stc.ce.tee.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 8d570e1d-e4e4-40dc-b205-4e8fffc057e



Garanhuns
GOVERNO MUNICIPAL
Juntos por uma grande cidade

**Protocolo de Manejo Clínico Ambulatorial
Para o Novo Coronavírus (2019-nCoV)**

Versão 01

Última Revisão 07/08/2020

Secretaria Municipal de Saúde

Garanhuns - PE



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PREFEITO DE GARANHUNS

Izaías Régis Neto

SECRETÁRIA DE SAÚDE

Nilva Maria Mendes de Sá

SECRETÁRIO ADJUNTO DE SAÚDE

Harley Davidson Rocha de Lima

DIRETORIA FINANCEIRA

Gildo de Arruda Castro

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Michelle da Luz Paschoal

DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

Walter Japearson Mendonça Filho

TÉCNICA DE PLANEJAMENTO

Vanessa Magalhães Silva

COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Anne Araújo Cotias Ribeiro

Karla Janaína de Mello Medeiros

Marcella Maria Barbosa de Albuquerque Lima

Maria Consuelo Figueiredo Monteiro de Maraes

Pollyana Jorge Novaes Bantim

COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL

Elizângela Alves dos Santos

Hérica Moema Vieira

COORDENAÇÃO DE CENTRAL DE REGULAÇÃO

Rafaella Menezes de Oliveira Parente

Renata da Silva Siqueira Medeiros

COORDENAÇÃO ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Fátima Cristina Bezerra de Albuquerque Gueiros

Livia Emanuella de Araújo Maciel

COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

Raimundo de Moura Pedrosa

COORDENAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Kátia Michelly Souza Cavalcanti

COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Michelle da Luz Paschoal

TÉCNICA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Régia Maria Batista Leite

COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Paulo Jorge de Mendonça Valença

COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL

Sammara Drinny de Siqueira Correia

COORDENAÇÃO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Cleide dos Santos Batista

TÉCNICA ADMINISTRATIVA DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Thayse Macário

DIRETORIA DA UNIDADE DE TRATAMENTO COVID-19

Evelliny da Silva Metódio

REVISÃO TÉCNICA MÉDICA

Ulisses Pereira da Silva – Responsável Técnico Médico da Secretaria Municipal de Saúde de Garanhuns

PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Ervânia Ferreira da Silva

COLABORAÇÃO:

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE EM GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – V GERES - RESIDENTES DE SAÚDE COLETIVA – V GERES

Anna Terra Rodrigues Ribeiro

Letícia Santana da Silva

Jacqueline Silva Santos

Tiago Augusto Soares de Souza

Nicole Paes Galindo

Isadora Raquel Cavalcanti de Oliveira



Sumário

INTRODUÇÃO.....	8
OBJETIVO	9
CARACTERÍSTICAS GERAIS SOBRE A INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS (2019-NCOV)	10
Descrição	10
Agente Etiológico	10
Reservatório e Modo de Transmissão.....	11
Período de Incubação.....	12
Período de Transmissibilidade.....	12
Suscetibilidade e Imunidade.....	12
DEFINIÇÕES DE CASOS	12
Definição 1 - Síndrome Gripal (SG).....	13
Definição 2 - Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).....	13
FLUXOS OPERACIONAIS	13
Acolhimento:	13
Cadastro:	13
Triagem/Classificação:.....	13
Avaliação clínica e conduta	13
Notificação.....	14
DEFINIÇÕES OPERACIONAIS PARA NOTIFICAÇÃO	14
FLUXO DE CONDUTA ASSISTENCIAL.....	15
CONDUTA PARA PACIENTES COM FATOR DE RISCO PARA COMPLICAÇÃO	16
Acompanhamento Laboratorial.....	17
CONSIDERAÇÕES SOBRE O USO DE ANTIBIÓTICOS	18
Alguns Sinais/Sintomas que indicam a possibilidade de infecção bacteriana	18
CONSIDERAÇÕES SOBRE O USO DE CORTICÓIDES/IMUNOSSUPRESSORES.....	18
CONSIDERAÇÕES SOBRE A ANTICOAGULAÇÃO PROFILÁTICA NA COVID-19.....	18
Escore de Predicação de Pádua.....	19
MEDICAÇÕES PREVISTAS NO PROTOCOLO.....	20
Orientações para o uso da Cloroquina E Hidroxicloroquina.....	21
INDICAÇÕES DE OSELTAMIVIR NA SÍNDROME GRIPAL.....	21
OSELTAMIVIR (TAMIFLU).....	22
MEDICAMENTOS PARA ALÍVIO DOS SINTOMAS.....	22
ORIENTAÇÕES PÓS ATENDIMENTO	23
MONITORAMENTO PÓS ATENDIMENTO.....	23



FLUXO DE TESTAGEM EM PROFISSIONAIS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS).....	24
EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI).....	25
Máscara cirúrgica.....	25
Máscara de proteção respiratória.....	25
Luvas.....	26
Protetor ocular ou protetor de face.....	27
Capote/avental.....	27
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES.....	27
TRATAMENTO DE RESÍDUOS.....	28
AÇÕES E ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE.....	29
Produção e distribuição de Folders informativos sobre limpeza e higienização das mãos.....	29
Programa Saúde na Hora – Adesão e Implantação.....	29
Programa Municipal De Imunização - drive thru.....	30
Barreiras Sanitárias.....	30
Treinamento dos Profissionais.....	30
Paramentação básica e desparamentação dos EPI's.....	30
Treinamento de realização de Testes Rápidos par COVID 19.....	30
Treinamento de coleta de RT PCR SWAB.....	30
Treinamento do Uso Correto de EPI's.....	31
Cursos virtuais.....	31
Adesão ao Programa Brasil Conta Comigo – Acadêmico.....	31
Parcerias com a Universidade de Pernambuco – UPE.....	31
Retorno do Internato de medicina.....	31
Projeto de atendimento on-line – Saúde Mental em Rede;.....	31
Inserção dos Programas de Residências na SMS.....	31
Parceria com a Universidade Federal do Agreste.....	31
Aplicativos e Construção de Material Educativo:.....	31
Testagem Rápida Covid-19.....	32
Leitos de Retaguarda – Implantação.....	33
Vídeo Informativo para o Uso de Máscaras para População.....	33
Vídeo Informativo para os Professores da Rede Municipal de Educação.....	33
Monitoramento e comunicação.....	34
Central De Monitoramento.....	34
Boletim Diário Covid-19.....	34
Informe Epidemiológico.....	34



Centro de Atendimento Para Enfrentamento a Covid-19 - Implantação	34
• Portaria Nº 1.797, de 21 de julho de 2020.....	34
• Equipe prevista	34
• Dias e horários de funcionamento	35
• Endereço	35
• Estrutura física	35
• Tipologia.....	35
• Testagem no Centro de Atendimento à COVID-19.....	35
• Referência e contra referência.....	36
FLUXO DE ATENDIMENTOS.....	37
REFERENCIAS.....	38
APÊNDICES	39
Apêndice I - ORIENTAÇÕES PARA O ISOLAMENTO DOMICILIAR.....	39
Apêndice II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE) DO USO DE CLOROQUINA/HIDROXICLOROQUINA.....	41
ANEXOS.....	45
Anexo I – FICHA DE NOTIFICAÇÃO e-SUS VE.....	45
Anexo II – FICHA DE NOTIFICAÇÃO SRAG (Frente).....	46
Anexo III – FICHA DE NOTIFICAÇÃO SRAG (Verso).....	47



ABREVEATURAS e SIGLAS

ACM – A Critério Médico

ACS - Agente Comunitário de Saúde

Aids - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (sigla em inglês para Acquired Immunodeficiency Syndrome)

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária à Saúde

AVA-SUS - Ambiente virtual de aprendizagem do Sistema Único de Saúde

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNM - Conselho Nacional de Medicina

CNS - Cartão Nacional de Saúde

COVID-19 - *Coronavirus Disease* (doença do coronavírus em livre tradução)

CSMNSPS – Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro

DPOC - Doença pulmonar obstrutiva crônica

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

ESPPE - Escola de Saúde Pública de Pernambuco

e-SUS VE - Sistema eletrônico da Vigilância Epidemiológica

e-SUS - SUS eletrônico (Sistema de Informação do SUS)

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

FR – Frequência Respiratória

GAL - Gerenciador de Ambiente Laboratorial

HIPS – Hospital Infantil Palmira Sales

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HRDM – Hospital Regional Dom Moura

IgG - Imunoglobulina G

IgM - Imunoglobulina M

IMC – Índice de Massa Corpórea

IRPM - Incursões respiratórias em um minuto

Lacen/PE – Laboratório Central de Saúde Pública de Pernambuco

MERS - Síndrome Respiratória do Oriente Médio



Mers-CoV (Causador da Síndrome Respiratória do Oriente Médio ou Mers);

MS – Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

RNA - Ácido Ribonucleico

RT-PCR - Reverse-transcriptase polymerase chain reaction (sigla em inglês)

SARS - Síndrome Respiratória Aguda Grave

SARS-CoV - Causador da Síndrome Respiratória Aguda Grave ou Sars

SARS-CoV-2 - Novo tipo de vírus do agente coronavírus

SG - Síndrome Gripal

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SpO2 - Saturação de oxigênio em sangue arterial

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEV - Tromboembolia Venosa

TR – Teste Rápido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFAPÉ - Universidade Federal do Agreste de Pernambuco

USF – Unidade de Saúde da Família

UH – Unidade Hospitalar

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UPAe - Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada

UPE - Universidade de Pernambuco

UTC – Unidade de Tratamento Covid-19

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VISA – Vigilância Sanitária



INTRODUÇÃO

Desde o final de 2019, o mundo está convivendo com a pandemia de “coronavírus”. Os primeiros casos surgiram na China, mas o vírus rapidamente foi propagado para muitos outros países, incluindo o Brasil. O coronavírus pertence a uma família de vírus que causa desde resfriados comuns a doenças mais graves (LIMA, 2020).

O novo coronavírus recebeu a denominação SARS-CoV-2 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e a doença que ele provoca tem a denominação COVID-19, que significa *Coronavirus Disease* (doença do coronavírus em livre tradução), enquanto “19” se refere ao ano em que apareceram os primeiros casos em Wuhan, na China” (LIMA, 2020). Como mencionado, o coronavírus diz respeito a uma “família” de vírus, são eles:

- Alpha coronavírus 229E e NL63;
- Beta coronavírus OC43 e HKU1;
- SARS-CoV (causador da Síndrome Respiratória Aguda Grave ou Sars);
- Mers-CoV (causador da Síndrome Respiratória do Oriente Médio ou Mers);
- Sars-CoV-2: novo tipo de vírus do agente coronavírus, chamado de coronavírus, que surgiu na China em 31 de dezembro de 2019. (BRASIL, 2020).

No Brasil, o primeiro caso de coronavírus foi confirmado em fevereiro de 2020, em São Paulo. No dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou a COVID-19 como uma pandemia. Em Garanhuns, Pernambuco, o primeiro caso foi confirmado dia 09 de abril de 2020. O homem diagnosticado como o primeiro caso do Brasil tinha histórico de viagem para Itália. A partir da situação, o país começou a tomar medidas no combate e enfrentamento do vírus, inicialmente mais direcionadas a pessoas que fizeram viagens internacionais.

Entretanto, com os casos de transmissão comunitária (quando não se identifica onde a pessoa contraiu o vírus), novas medidas foram tomadas, a fim de diminuir a transmissibilidade do vírus:

- Diminuição do contato social, principalmente idosos e portadores de doenças crônicas;



- Suspensão de viagens que possam ser evitadas, bem como eventos que gerem aglomeração de pessoas;
- Higienização frequente das mãos com água e sabão e/ou desinfecção com álcool líquido ou em gel a 70%;
- Desinfecção periódica de superfícies com álcool a 70% ou hipoclorito de sódio a 1% direcionada aos diversos segmentos da sociedade e locais públicos;
- Manter pelo menos 1,5 metro de distância entre as pessoas nas conversas e modificar práticas de cumprimentos evitando contatos físicos;
- Utilizar lenço descartável para higiene nasal, com descarte adequado em lixeira, cobrir nariz e boca (com a dobra do cotovelo) quando espirrar ou tossir e higienizar as mãos logo em seguida e evitar tocar nos olhos, nariz e boca;
- Manter os ambientes ventilados;
- Não compartilhar objetos de uso pessoal, como toalhas, talheres, pratos, copos, garrafas, etc.;
- Utilização obrigatória de máscara, mesmo que artesanal, ao sair de casa e circular pelas vias públicas e ao utilizar o transporte público;
- Aos órgãos públicos e os estabelecimentos privados, que já estão retomando seus atendimentos de forma presencial, ficam obrigados a exigir o uso de máscaras, mesmo que artesanais, pelos seus servidores, empregados, colaboradores e usuários, enquanto perdurar o Estado de Calamidade Pública.

Essas medidas e orientações ainda se fazem necessárias, visto que continuamos sem a vacina. As medidas não farmacológicas representam a possibilidade de diminuição da transmissão e de consequente proteção ao Sistema de Saúde e a população como um todo, tendo demonstrado sua eficácia e importância em outros países.

OBJETIVO

Orientar os gestores e profissionais da rede assistencial sobre as atualizações no contexto da COVID-19; apresentando os fluxos de atendimento



clínico e operacional para os casos de COVID-19 em Garanhuns-PE e alertar para o tratamento e uso de medicamentos indicados.

CARACTERÍSTICAS GERAIS SOBRE A INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS (2019-NCOV)

Descrição

Os coronavírus causam infecções respiratórias e intestinais em humanos e animais; sendo que a maioria das infecções por coronavírus em humanos são causadas por espécies de baixa patogenicidade, levando ao desenvolvimento de sintomas do resfriado comum, no entanto, podem eventualmente levar a infecções graves em grupos de risco, idosos e crianças. Previamente a 2019, duas espécies de coronavírus altamente patogênicos e provenientes de animais (SARS e MERS) foram responsáveis por surtos de síndromes respiratórias agudas graves. Acerca da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV), o espectro clínico não está descrito completamente, bem como, não se sabe o padrão de letalidade, mortalidade, infectividade e transmissibilidade. Ainda não há vacina ou medicamentos específicos disponíveis e, atualmente, o tratamento é de suporte e inespecífico.

Agente Etiológico

Trata-se de RNA vírus da ordem Nidovirales da família Coronaviridae. Os vírus da SARS-CoV, MERS-CoV e 2019-nCoV são da subfamília Betacoronavirus que infectam somente mamíferos; são altamente patogênicos e responsáveis por causar síndrome respiratória e gastrointestinal. Além desses três, há outros quatro tipos de coronavírus que podem induzir doença no trato respiratório superior e, eventualmente inferior, em pacientes imunodeprimidos, bem como afetar especialmente crianças, pacientes com comorbidades, jovens, e idosos.



Reservatório e Modo de Transmissão

Os coronavírus são uma grande família de vírus comuns em muitas espécies de animais, incluindo camelos, gado, gatos e morcegos. Raramente, os coronavírus animais podem infectar pessoas e depois se espalhar entre elas, como aconteceu com o MERS-CoV e SARS-CoV. No início, muitos dos pacientes com surtos de doenças respiratórias causados por 2019-nCoV em Wuhan, na China, tinham alguma ligação com um grande mercado de frutos do mar e animais vivos, sugerindo que a disseminação ocorreu de animais para pessoas. No entanto, um número crescente de pacientes supostamente não teve exposição ao mercado de animais, indicando também a ocorrência de disseminação de pessoa para pessoa.

As autoridades chinesas relataram que a disseminação sustentada de pessoa para pessoa ocorreu inicialmente, na China. Casos de transmissão pessoa-pessoa já foram confirmados em mais de 187 outros países, que compõe todos os continentes.

A disseminação de pessoa para pessoa que ocorreu com MERSCoV e SARS-CoV, acredita-se que tenha ocorrido principalmente por meio de gotículas respiratórias produzidas quando uma pessoa infectada tosse ou espirra, semelhante à maneira como a influenza e outros patógenos respiratórios se espalham. Tendo sido identificado também transmissão por aerossóis em pacientes submetidos a procedimentos de vias aéreas, como a intubação oro traqueal ou aspiração de vias aéreas. Na população, a transmissão de MERSCoV e SARS-CoV entre pessoas geralmente ocorre após contatos próximos, sendo particularmente vulneráveis os profissionais de saúde que prestam assistência a esses pacientes.

Nos surtos anteriores de Síndrome Respiratória Aguda Grave - SARS e Síndrome Respiratória do Oriente Médio – MERS, os profissionais de saúde representaram uma parcela expressiva do número de casos, tendo contribuído para amplificação das epidemias.

É importante esclarecer para melhor entendimento quanto ao risco associado ao 2019-nCoV, que a facilidade com que um vírus se espalha de pessoa para pessoa pode variar. Alguns vírus são altamente transmissíveis (como sarampo), enquanto outros são menos transmissíveis.



Período de Incubação

O período médio de incubação da infecção por coronavírus é de 5.2 dias, com intervalo que pode chegar até 12.5 dias, número crescente de pacientes supostamente não teve exposição ao mercado de animais, indicando também a ocorrência de disseminação de pessoa para pessoa.

Período de Transmissibilidade

A transmissibilidade dos pacientes infectados por SARS-CoV é em média de 07 dias após o início dos sintomas. No entanto, dados preliminares do Novo Coronavírus (2019-nCoV) sugerem que a transmissão possa ocorrer, mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas. Até o momento, não há informação suficiente que defina quantos dias anteriores ao início dos sinais e sintomas uma pessoa infectada passa a transmitir o vírus.

Suscetibilidade e Imunidade

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

DEFINIÇÕES DE CASOS

O novo coronavírus (COVID-19) pode se apresentar de maneiras diferentes. Há uma variedade de casos que não necessariamente se referem à COVID-19. É importante ter clareza sobre os sintomas para saber quais as recomendações para cada caso:



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 (PERNAMBUCO, 2020).

- Em crianças: considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico;
- Em idosos: a febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

Definição 2 - Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

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 (PERNAMBUCO, 2020).

- Alguns pacientes podem apresentar diarreia e/ou vômito;
- Em crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

FLUXOS OPERACIONAIS

Acolhimento: realizada pelo agente de humanização, na porta da unidade;

Cadastro: realizado pela recepção da unidade, que preencherá o campo 1 da “Ficha de Atendimento ao paciente com Síndrome Gripal”;

Triagem/Classificação: realizada pelo Técnico de Enfermagem (campo 2) e Enfermeiro (Campo 3) da “Ficha de atendimento ao paciente com Síndrome Gripal”;

Avaliação clínica e conduta: realizada pelo médico, com preenchimento dos campos 4, 5 e 6 da “Ficha de atendimento ao paciente com Síndrome Gripal”;



Notificação: realizada por profissional previamente indicado pela equipe, utilizando as ferramentas adequadas. Devem ser notificados todos os casos que se enquadrem nos critérios operacionais de definição de caso suspeito da vigilância epidemiológica, **independente do diagnóstico médico.**

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS PARA NOTIFICAÇÃO

Tabela 1 – Definições Operacionais para notificação

SG / SRAG	Onde notificar	Como notificar
Síndrome gripal* (SG) Febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos sintomas: mialgia, cefaleia ou artralgia.	Unidades de atenção primária, pronto atendimentos, unidades especializadas e serviços privados (clínicas, consultórios, etc.)	NOTIFICAR no e-SUS VE e preencher os dados como indicado no instrumento online. (Modelo anexo I)
Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)	Em UNIDADE HOSPITALAR e UPAs	SIVEP-GRIPE, utilizando a Ficha SRAG hospitalizado. (Modelos anexos II/III)

*Para fins de manejo clínico, considerar o amplo espectro da COVID-19, que pode ser assintomático ou variar seus sintomas desde uma apresentação leve (não se sabe a frequência, até o momento), principalmente em jovens adultos e crianças, até uma apresentação grave, incluindo choque séptico e falência respiratória.



FLUXO DE CONDUTA ASSISTENCIAL (Informações passíveis de atualizações)

PACIENTE ADULTO COM SÍNDROME GRIPAL

- SpO2 ≤ 92% em ar ambiente ou
 - FR ≥ 24 IRPM ou
 - Dispneia + Alteração da ausculta pulmonar

SIM

NÃO

Paciente com indicação de internação hospitalar

- Iniciar medidas de suporte clínico/estabilizado
 - Solicitar transporte de acordo com a gravidade
 - Encaminhar à Unidade Hospitalar (UH)³: UTC / HIPS / HRDM / UP Ae (comunicar previamente a situação clínica para que a UH se prepare para recebê-lo)

Paciente apresenta fator de risco para complicação de COVID-19?

SIM

NÃO

- Encaminhar ao Centro de Atendimento Covid-19 ou às Unidades do Programa Saúde na Hora.
 - Solicitar exames laboratoriais (Tabela 2) - a critério médico - a critério médico (ACM);
 - Alta com orientações sobre isolamento, hidratação, mobilização e retorno imediato em caso de sinais de piora ¹ (**Entrega “Formulário de orientação para isolamento domiciliar”**);
 - Retorno com 24 a 48 horas (ACM);
 - Prescrever medicamentos para alívio dos sintomas (Tabela 4 - ACM);
 - Prescrever Oseltamivir se GRUPO DE RISCO para complicação por influenza, e início dos sintomas há mesmo de 72 horas;
 - Avaliar indicação de corticoterapia, antibioticoterapia e anticoagulação profilática (tabela 04 - ACM).
 - Prescrever medicações previstas no protocolo do Ministério de Saúde* (ACM), após aplicação do TCLE.

- Alta com orientações sobre retorno imediato em caso de sinais de piora¹ (Entregar “*Formulário de orientação para isolamento domiciliar*”)
 - Prescrever Oseltamivir se GRUPO DE RISCO para complicação por influenza E. E início dos sintomas há menos de 72 horas;
 - Prescrever medicamentos para alívio dos sintomas (Tabela 4);
 - A critério médico, solicitar exames laboratoriais e ou de imagem (atentar para o diagnóstico diferencial de doença febril aguda; dengue; ITU, etc.)
 - Considera uso de medicações previstas no protocolo do MS².

1. Sinais de piora: dificuldade para respirar (dispneia, taquipnéia), sonolência excessiva (rebaixamento do nível de consciência), queda da pressão arterial, descontrole de doenças previamente estabilizadas (diabetes, hipertensão, DPOC, cardiopatias, etc.), febre persistentemente alta por mais de 5 dias, ou retorno da febre após permanecer afebril por mais de 24 horas;
2. Tratamento previsto em protocolo do Ministério de Saúde, porém com recomendação recente das Sociedades Brasileiras de infectologia, Medicina Intensiva e Pneumologia, de que não seja utilizado como rotina, **cabendo ao médico avaliar individualmente cada caso**, e em havendo entendimento entre este e o paciente de que a prescrição deve ser considerada, **aplicar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**, conforme orientação do Conselho Federal de Medicina.
3. UTC - Unidade de Trat.Covid-19 / HIPS – Hosp. Infantil Palmira Sales / HRDM – Hosp. Regional Dom Moura / UP Ae – Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado



Quadro 1. Fatores de risco para complicação por COVID-19.

- Idade acima de 60 anos
- Obesidade (Índice de Massa Corpórea - IMC \geq 30)
- Doenças crônicas: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença cardiovascular, doenças respiratórias, hepatopatia, nefropatia, neoplasia, imunodepressão, Aids sem tratamento.
- Acidente vascular cerebral prévio e transtornos neurológicos
- Tabagismo
- Grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal)

CONDUTA PARA PACIENTES COM FATOR DE RISCO PARA COMPLICAÇÃO

- **Coleta de RT-PCR Swab nasal e orofaringe e/ou Teste Rápido para COVID 19 – Coletar de todos os suspeitos (Conforme disponibilidade);**
- Solicitar no primeiro atendimento de **pessoas com fator de risco** (Quadro 1), **hemograma, exames bioquímicos e provas de atividade inflamatória** e na consulta realizada após o 4^a dia, acrescentar os **marcadores de coagulopatia** (Tabela 2);
- Solicitar radiografia e/ou tomografia de tórax para pacientes com sintomas respiratórios ou com elevação dos marcadores inflamatórios;
- Solicitar segunda radiografia e/ou tomografia de tórax apenas se o paciente apresente sinais de piora/complicação (persistência da febre por mais de cinco dias ou reinício após 24 horas de apirexia, piora do desconforto respiratório e/ou da ausculta pulmonar, etc), para identificar complicações como tromboembolia e pneumonia bacteriana secundária à infecção viral; O grau de comprometimento radiológico pulmonar, isoladamente, **não indica ou descarta necessidade de tratamento em ambiente hospitalar.**
- Pacientes com fatores de risco, porém sem sinais de gravidade, devem ser reavaliados a cada 24 ou 48 horas (ACM).



Acompanhamento Laboratorial

Tabela 2. Acompanhamento Laboratorial

	Exame	Alteração	Interpretação e Alerta de Gravidade
Marcadores hematológicos	Hemograma ²	Elevação ou redução da série branca, redução de plaquetas.	Razão neutrófilos/linfócitos aumentada fator de risco independente para mortalidade
Exames Bioquímicos	Dehidrogenase láctica (LDH)	Aumento	Indicador de lesão pulmonar
	AST, ALT	Aumento	-
	Uréia e Creatinina	Aumento	Injúria renal aguda: elevação de creatinina > 0,3 mg/dL em 48h ou > 50% em sete dias
Provas de Atividade Inflamatória	Proteína C reativa (PCR)	Aumento	Nível elevado pode indicar evolução para doença grave (>270u/L)
	Ferritina ^{2,3}	Aumento	>300,00 ng/mL ²
Marcadores de coagulopatia	Dímero – D ²	Aumentado	>2.500 ²
	Tempo de protrombina/INR	Prolongado	-
	Plaquetas ²	Reduzida	Plaqueta <100.000 ²
	Fibrinogênio	Elevado	-

***** Coleta de RT-PCR Swab nasal e orofaringe e/ou Teste Rápido para COVID 19 – Coletar de todos os suspeitos (Conforme disponibilidade)



CONSIDERAÇÕES SOBRE O USO DE ANTIBIÓTICOS

- Pacientes com COVID-19 podem evoluir com infecções bacterianas secundárias, sendo as principais delas sinusite e pneumonia;
- Para esses casos, indica-se antibioticoterapia, sendo a amoxicilina/clauvanato a droga de escolha (dose na Tabela 4) por ter boa ação nos dois principais sítios de infecção secundária: pulmão e seios da face;
- A segunda escolha, para pacientes alérgicos a penicilina, é Claritromicina (dose na Tabela 4);

Alguns Sinais/Sintomas que indicam a possibilidade de infecção bacteriana

- Febre alta persistente por mais de 5 dias, ou retorno da febre após pelo menos 24 horas de apirexia;
- Cefaléia persistente com dor na face e presença de secreção nasal purulenta;
- Alterações sugestivas nos exames.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O USO DE CORTICÓIDES/IMUNOSSUPRESSORES

- Não é recomendado o uso de corticoide na fase de viremia (primeiros dias da doença), sem rigorosa avaliação clínica e exames laboratoriais indicados;
- Pacientes com fatores de risco para complicação por COVID-19 devem ser rastreados para hiperinflamação, usando marcadores laboratoriais (Tabela 2), que norteiam a indicação de corticoide no ambulatório;
- Já nos pacientes internados, com necessidades de oxigênio suplementar, seu uso deve ser feito como rotina independente de aplicação de Score (dose na Tabela 4);

CONSIDERAÇÕES SOBRE A ANTICOAGULAÇÃO PROFILÁTICA NA COVID-19

- Para pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19, recomenda-se determinar o risco de Tromboembolia Venosa (TEV) usando Escore de Predicação de Pádua (tabela 3);
- Além dos pacientes de alto risco de TEV pelo Score de Pádua (tabela 3), considerar anticoagulação profilática (doses na Tabela 4) em pacientes com obesidade mórbida e gestantes/puérperas com idade acima de 35 anos,



história de TEV, pré-eclâmpsia, retardo de crescimento intra-uterino, trombofilia genética, transfusão de sangue, infecção pós-parto, lúpus, eritematoso sistêmico, doença cardíaca, anemia falciforme, obesidade, gravidez múltipla;

- Avaliação dinâmica e repetida dos riscos de TEV e/ou sangramento deve ser realizada ou longo do acompanhamento ambulatorial, para ajustar a estratégia de trombopprofilaxia;
- Pacientes com D-dímero maior que 6 vezes o valor normal, devem ser rastreados em busca de sítios trombóticos;
- Orientar hidratação e mobilidade;

Escore de Predicação de Pádua

Tabela 3. Escore de Predicação de Pádua

Características dos Pacientes	Escore
Câncer em Atividade (ativo ou término do tratamento < 6 meses)	3
História Prévia de TEV (excluindo TEV superficial)	3
Mobilidade Reduzida	3
Trombofilia Conhecida	3
Trauma ou Cirurgia Recente (Último Mês)	2
Idade Avançada (≥ 70 anos)	1
Insuficiência cardíaca e/ou respiratória	1
Infecção e/ou Doenças Reumatológicas	1
Infarto Agudo do Miocárdio ou acidente vascular cerebral	1
Obesidade (IMC ≥ 30)	1
Terapia Hormonal Atual	1

ATENÇÃO!
 Pacientes com COVID-19 já entram com 1 ponto (Infecção)

Risco Alto

≥ 4



MEDICAÇÕES PREVISTAS NO PROTOCOLO

Tabela 4. DOSES E MEDICAÇÕES PREVISTAS NO PROTOCOLO

	Medicamento	Dose Padrão
Antibióticos(*)	Amoxicilina/Clavulanato 500/125 mg	1 comprimido, VO, de 8/8 horas, 7 a 10 dias
	Azitromicina 500mg	1 comprimido, VO, 1 vez ao dia, 5 -7 dias
	Claritromicina 500mg	1 comprimido, VO, de 12/12 horas, 5 – 7 dias
Anticoagulantes	Enoxaparina 40mg	1 amp, SC, 7 a 10 dias
	Heparina não fracionada (HNF)	500 UI, SC, de 12/12 horas, 5 – 7 dias
	Rivaroxaban 10mg	1 comprimido, VO, 1 vez ao dia, 7 – 10 dias
Corticoides	Dexametasona 4 mg	1 comprimido, VO, 5 -7 dias
	Prednisolona 40mg	1 comprimido, VO, 5 -7 dias
	Prednisona 20mg	1 comprimido, VO, 5 -7 dias
Protocolo do Ministério da Saúde	Cloroquina 125 mg	D1: 450mg, 12/12 horas D2 ao D5: 450g 24/24 horas
	Hidroxicloroquina 400 mg	D1: 400mg, 12/12 horas D2 ao D5: 400mg, 24/24 horas

*Estudos avaliam a utilidade de Ciprofloxacina e levofloxacina (Quinolonas)



Orientações para o uso da Cloroquina E Hidroxicloroquina

Até o presente momento, não foi desenvolvido um tratamento específico para a infecção Sars-Cov-2 (COVID-19), para além de seu uso como tratamento de suporte, nesse sentido o uso desses medicamentos está inserido em um protocolo de pesquisa, ou seja, seu uso ainda não é suportado por evidências robustas de eficiência e segurança para esse determinado fim.

Considerando o momento o qual nos encontramos de pandemia e apoiado em determinações do Ministério da Saúde e dos pareceres do Conselho Nacional de Medicina - CNM (nº482/13 e nº2/16) sobre o uso desses medicamentos, é importante destacar que o uso desses são facultados aos médicos assistentes na realização do diagnóstico de COVID-19 para casos leves, moderados e graves desde que seja pactuado entre médico, paciente, juntamente com a realização de orientações sobre os riscos e ausência de comprovação científica de benefícios sobre seu uso.

Sendo assim, faz-se necessário a realização da leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e sua assinatura tanto do médico, quanto do paciente, em duas vias (Apêndice II).

INDICAÇÕES DE OSELTAMIVIR NA SÍNDROME GRIPAL (Dose na Tabela 5)

- Grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal);
- Adultos \geq 60 anos e Crianças $<$ 5 anos;
- Obesidade (especialmente aqueles com IMC \geq 40 em adultos);
- Indivíduos $<$ de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (risco de síndrome de Reye);
- Indivíduos que apresentam:
 - **Pneumonia** (incluindo asma) ou com **Tuberculose** de todas as formas;



- **Cardiovasculopatias** (excluindo hipertensão arterial sistêmica);
- **Nefropatias;**
- **Hepatopatias;**
- **Doenças Hematológicas** (incluindo anemia falciforme);
- **Distúrbios metabólicos** (incluindo diabetes mellitus);
- **Transtornos Neurológicos e do Desenvolvimento** (que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração);
- **Imunossupressão Associada a Medicamentos** (corticoide \geq 20 mg/dia por mais de duas semanas, quimioterápicos, inibidores de TNF-alfa);
- **Neoplasias;**
- **HIV/Aids.**

OSELTAMIVIR (TAMIFLU)

Tabela 5 . POSOLOGIA DO OSELTAMIVIR (TAMIFLU)

Droga	Faixa Etária	Posologia	
Oseltamivir	Adulto	75 mg, vo, 12/12 horas, 5 dias	
	Criança Maior de 1 Ano de idade	\leq 15 kg	30 mg, vo, 12/12 horas, 5 dias
		> 15 kg a 23 kg	45 mg, vo, 12/12 horas, 5 dias
		> 23 kg a 40 kg	60 mg, vo, 12/12 horas, 5 dias
		> 40 kg	75 mg, vo, 12/12 horas, 5 dias
	Criança Menor de 1 ano de idade	0 a 8 meses	3 mg por kg, vo, 12/12 horas, 5 dias
		9 a 11 meses	3,5 mg por kg, vo, 12/12 horas, 5 dias

MEDICAMENTOS PARA ALÍVIO DOS SINTOMAS

- Analgesia, Antitérmicos: Dipirona e Paracetamol;
- Proteção Gástrica: Omeprazol, Pantoprazol e Ranitidina;
- Antiemético: Metoclopramida, Ondansetrona
- Descongestionante e Higiene Nasal: Cloreto de Sódio 0,9%, Spray Nasal.



ORIENTAÇÕES PÓS ATENDIMENTO (Fornecer orientações precisas verbais e por escrito sobre):

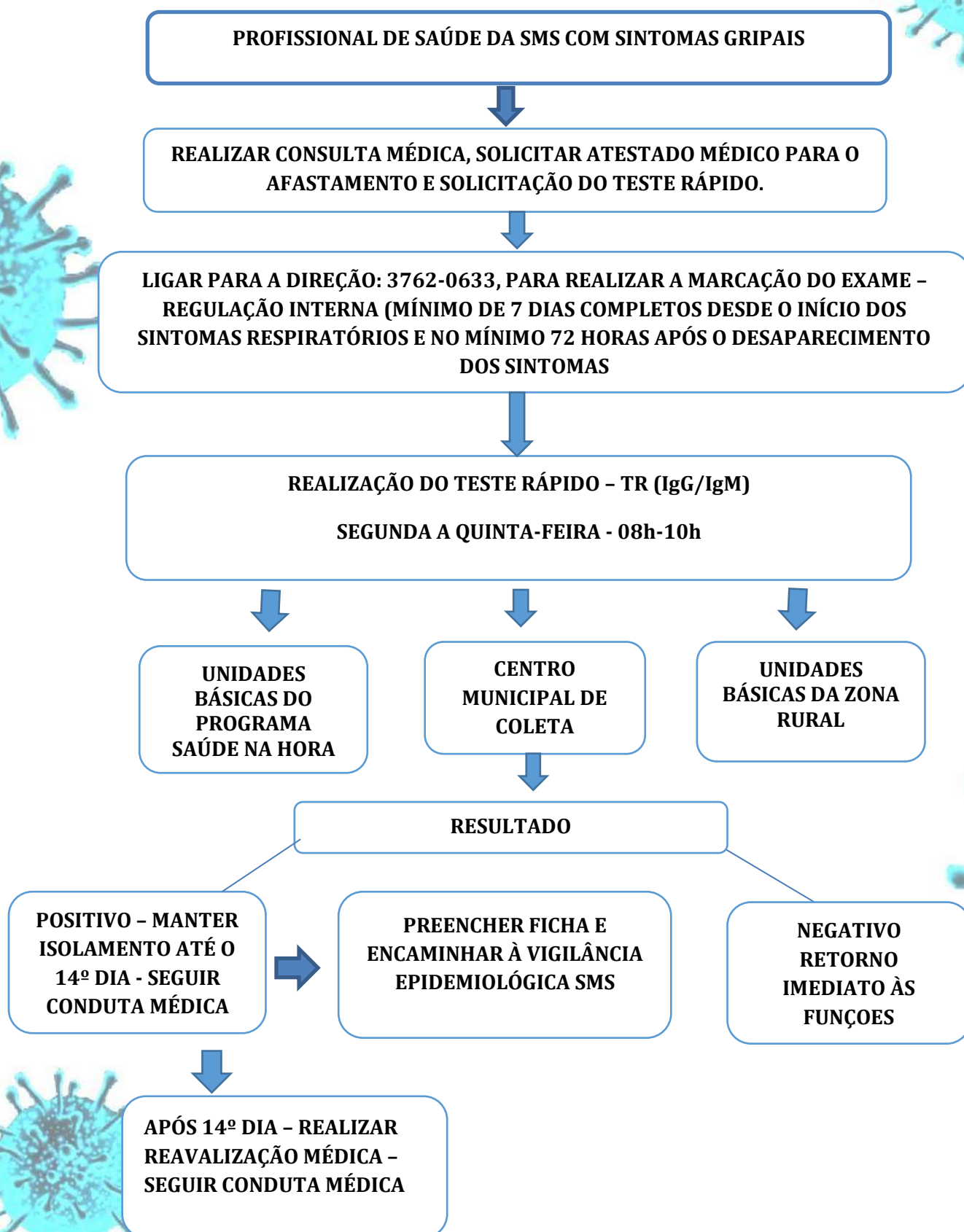
- Isolamento Social e Domiciliar por 14 dias;
- Hidratação e Mobilização regular (movimento da bomba de tornozelo, deitado de costas ou sentado em uma cadeira, levante os dedos dos pés em direção à cabeça e aponte os dedos dos pés para baixo), para evitar fenômenos tromboembólicos;
- Intervalos de Retorno e sobre sinais de alerta, que indicam piora clínica e necessidade de atendimento médico imediato, e em qual unidade de saúde deve procurar atendimento emergencial.

MONITORAMENTO PÓS ATENDIMENTO

- Pacientes com fatores de risco devem ser orientados a retornar para reavaliação em no máximo 48 horas (independente de percepção de piora);
- São considerados fatores de piora clínica:
 - Dificuldade para respirar (dispnéia, traquipnéia);
 - Sonolência excessiva (rebaixamento dos níveis de consciência);
 - Queda de pressão arterial;
 - Descontrole de doenças previamente estabilizadas (diabetes, hipertensão arterial, DPOC, cardiopatias, etc.);
 - Febre persistente alta, por mais de 5 dias, ou retorno da febre após permanecer afebril por mais de 24 horas;
 - Pacientes que apresentam sinais de complicação, independente de fatores de risco, devem ser encaminhados **imediatamente à um pronto atendimento**, de preferência em unidade que disponha de leitos de internação hospitalar, com enfermaria e Unidade de Terapia Intensiva - UTI;
 - A unidade que irá receber o paciente com indicação de internação deve ser avisada, e o tratamento deve ser feito com segurança, em ambulância que disponha de suporte necessário, de acordo com a gravidade do quadro clínico.



FLUXO DE TESTAGEM EM PROFISSIONAIS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS)





EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

Máscara cirúrgica

Deve ser utilizada para evitar a contaminação da boca e nariz do profissional por gotículas respiratórias, quando o mesmo atuar a uma distância inferior a 1 (um) Metro/ 1,5 (um e meio) Metro do paciente suspeito ou confirmado de infecção pelo novo coronavírus (2019-nCoV):

- Coloque a máscara cuidadosamente para cobrir a boca e nariz e amarre com segurança para minimizar os espaços entre a face e a máscara;
- Enquanto estiver em uso, evite tocar na máscara;
- Remova a máscara usando a técnica apropriada (ou seja, não toque na frente, mas remova sempre por trás);
- Após a remoção ou sempre que tocar inadvertidamente em uma máscara usada, deve-se realizar a higiene das mãos;
- Substitua as máscaras usadas por uma nova máscara limpa e seca assim que esta tornar-se úmida;
- Não reutilize máscaras descartáveis;

Observação: Máscaras de tecido não são recomendadas, sob qualquer circunstância.

Máscara de proteção respiratória

Quando o profissional atuar em procedimentos com risco de geração de aerossol nos pacientes com infecção suspeita ou confirmada pelo novo coronavírus (2019-nCoV) deve utilizar a máscara de proteção respiratória (respirador particulado) com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até 0,3



(tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3). A máscara deverá estar apropriadamente ajustada à face e nunca deve ser compartilhada entre profissionais. A forma de uso, manipulação e armazenamento deve seguir as recomendações do fabricante.

Luvas

As luvas de procedimentos não cirúrgicos devem ser utilizadas quando houver risco de contato das mãos do profissional com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, mucosas, pele não íntegra e artigos ou equipamentos contaminados, de forma a reduzir a possibilidade de transmissão do novo coronavírus (2019-nCoV) para o trabalhador de saúde, assim como de paciente para paciente por meio das mãos do profissional.

Quando o procedimento a ser realizado no paciente exigir técnica asséptica, devem ser utilizadas luvas estéreis (de procedimento cirúrgico). As recomendações quanto ao uso de luvas por profissionais de saúde são:

- Troque as luvas sempre que for entrar em contato com outro paciente;
- Troque também durante o contato com o paciente, se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro limpo, ou quando esta estiver danificada;
- Nunca toque desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas;
- Não lavar ou usar novamente o mesmo par de luvas (as luvas não devem ser reutilizadas);
- O uso de luvas não substitui a higiene das mãos;
- Proceder à higiene das mãos imediatamente após a retirada das luvas;
- Observe a técnica correta de remoção de luvas para evitar a contaminação das mãos.



Protetor ocular ou protetor de face

Os óculos de proteção ou protetores faciais (que cubram a frente e os lados do rosto) devem ser utilizados quando houver risco de exposição do profissional a respingos de sangue, secreções corporais e excreções. Devem ser de uso exclusivo para cada profissional responsável pela assistência sendo necessária a higiene correta após o uso.

Sugere-se para a desinfecção, o uso de hipoclorito de sódio ou outro desinfetante recomendado pelo fabricante do equipamento de proteção.

Capote/avental

O capote ou avental deve ser impermeável e utilizado durante procedimentos onde há risco de respingos de sangue, fluidos corpóreos, secreções e excreções, a fim de evitar a contaminação da pele e roupa do profissional. Deve ser de mangas longas, punho de malha ou elástico e abertura posterior. Além disso, deve ser confeccionado com material de boa qualidade, não alergênico e resistente; proporcionar barreira antimicrobiana efetiva, permitir a execução de atividades com conforto e estar disponível em vários tamanhos.

O capote ou avental sujo deve ser removido e descartado após a realização do procedimento e antes de sair do quarto do paciente ou da área de assistência. Após a remoção do capote deve-se imediatamente proceder a higiene das mãos para evitar a transmissão dos vírus para o profissional, pacientes e ambiente.

Atenção: todos os profissionais (próprios ou terceirizados) deverão ser capacitados para a prevenção da transmissão de agentes infecciosos e treinados para uso correto dos EPI.

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES

Não há recomendação diferenciada para a limpeza e desinfecção de superfícies em contato com casos suspeitos ou confirmados pelo 2019-nCoV. Os



princípios básicos para tal ação estão descritos no Manual para a Limpeza e Desinfecção de Superfícies, da Anvisa, destacando-se:

- Medidas de precaução, bem como o uso do EPI, devem ser apropriadas à atividade a ser exercida e necessárias ao procedimento;
- Nunca varrer superfícies a seco, pois esse ato favorece a dispersão de microrganismos que são veiculados pelas partículas de pó. Utilizar varredura úmida que pode ser realizada com mops ou rodo e panos de limpeza de pisos;
- Para a limpeza dos pisos devem ser seguidas técnicas de varredura úmida, ensaboar, enxaguar e secar;
- Os desinfetantes com potencial para limpeza de superfícies incluem aqueles à base de cloro, álcoois, alguns fenóis e iodóforos e o quaternário de amônio;
- Todos os equipamentos deverão ser limpos a cada término da jornada de trabalho, ainda com os profissionais usando EPI e evitando contato com os materiais infectados;
- A frequência de limpeza das superfícies pode ser estabelecida para cada serviço, de acordo com o protocolo da instituição;

TRATAMENTO DE RESÍDUOS

Conforme o que se sabe até o momento, o novo coronavírus (2019-nCoV) pode ser enquadrado como agente biológico classe de risco 3, seguindo a Classificação de Risco dos Agentes Biológicos publicada em 2017 pelo Ministério da Saúde, sendo sua transmissão de alto risco individual e moderado risco para a comunidade. Portanto, todos os resíduos provenientes da assistência a pacientes



suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (2019-nCoV) devem ser enquadrados na categoria A1, conforme Resolução RDC/Anvisa no 222, de 28 de março de 2018.

Os resíduos devem ser acondicionados, em saco branco leitoso, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 48 horas e identificados pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos. Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura, vazamento e tombamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados.

Estes resíduos devem ser tratados antes da disposição final ambientalmente adequada.

Outras informações podem ser obtidas por meio de consulta ao endereço eletrônico: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04--2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>

AÇÕES E ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE

Produção e distribuição de Folders informativos sobre limpeza e higienização das mãos, e distribuição de máscaras de tecidos em:

- Bancos Financeiros
- Casas Lotéricas
- Feiras Livres

Programa Saúde na Hora – Adesão e Implantação

Com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços da Atenção Básica e desafogar o fluxo das emergências de hospitais durante a pandemia do novo coronavírus (Covid-19), cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS's) de Garanhuns estão funcionando com atendimento estendido. A ampliação faz parte do programa "Saúde da Hora", uma iniciativa do Ministério da Saúde. Para o atendimento, a população pode comparecer às seguintes unidades:



Unidades de Saúde da Família com ampliação dos dias e horários de funcionamento:

- Indiano II
- Heliópolis II
- Magano I
- Cohab II-3
- Bela Vista I

Dias e horários de funcionamento: segunda a sexta, das 16h às 20h; sábado e domingo, das 08h às 13h.

Programa Municipal De Imunização - drive thru

Campanha de Influenza realizada de forma personalizada (visita domiciliar para o público acamado e drive thru em pontos estratégicos).

Barreiras Sanitárias

Implantação de barreiras em quatro pontos estratégicos do município.

- Nº de veículos abordados: 60.926
- Garanhuns: 32.324 – 53,1%
- Outros municípios: 28.602 – 46,9%

(Fonte: VISA - Dados de 15/05/2020 a 30/05/2020)

Treinamento dos Profissionais

Paramentação básica e desparamentação dos EPI's para os profissionais da Unidade de Tratamento COVID 19 (UTC);

Treinamento de realização de Testes Rápidos par COVID 19 para enfermeiros e técnicos das unidades do Programa Saúde na Hora e Enfermeiros do CAPS;

Treinamento de coleta de RT PCR SWAB – Enfermeiros da UTC;



Treinamento do Uso Correto de EPI's, abordagem e uso do aplicativo para profissionais das barreiras sanitárias;

Cursos virtuais através de ampla divulgação das Instituições: Hospital Sírio Libanes, Hospital Alemão Albert Einstein, FIOCRUZ, Escola de Saúde Pública de Pernambuco – Secretaria Estadual de Saúde (SES), AVA-SUS;

Adesão ao Programa Brasil Conta Comigo – Acadêmico – Medicina / Enfermagem / Farmácia / Fisioterapia = 03 UBS;

Parcerias com a Universidade de Pernambuco – UPE, campus Garanhuns na produção e doação de cerca de 100 litros de álcool a 70%;

Retorno do Internato de medicina para reforço e apoio aos profissionais das unidades de saúde, gestão e ambulatório de saúde mental;

Projeto de atendimento on-line – Saúde Mental em Rede;

Inserção dos Programas de Residências na SMS: residentes do programa de saúde coletiva/ programa de residência saúde mental/ programa de residência saúde campo/ programa de residência de medicina veterinária/ programa de residência de medicina e comunidade para reforço e contribuição nas vigilâncias sanitária, epidemiológica, ambiental, gestão, 08 unidades de saúde e nos CAPS Transtorno e CAPS Ad;

Parceria com a Universidade Federal do Agreste através do curso de ciência da computação.

Aplicativos e Construção de Material Educativo:

- Construção de aplicativos para Barreiras Sanitárias e Fichas e Notificações do novo coronavírus em Garanhuns;
- Cartilha Orientativa para Motoqueiros que trabalham com delivery;



- Cartilha Orientativa para Óticas – Medidas de prevenção contra o coronavírus;
- Cartilha Orientativa para Petshops – Medidas de prevenção contra o coronavírus;
- Cartilha Orientativa para Academias – Medidas de prevenção contra o coronavírus;
- Cartilha Orientativa para Lojas de Cosméticos – Medidas de prevenção contra o coronavírus;
- Cartilha Orientativa para Lojas de Variedades – Medidas de prevenção contra o coronavírus;
- Cartilha Orientativa para Lojas de Móveis e Afins – Medidas de prevenção contra o coronavírus;
- Cartilha Orientativa para Papelaria, Livraria e Banca de Revistas – Medidas de prevenção contra o coronavírus;
- Cartilha Orientativa para Consultório Odontológico – Medidas de prevenção contra o coronavírus;
- Cartilha Orientativa para Lojas de Material de Construção – Medidas de prevenção contra o coronavírus;
- Cartilha Orientativa para Lojas de Material Eletrônico – Medidas de prevenção contra o coronavírus;
- Cartilha Orientativa para Concessionária e Locadoras de Veículos – Medidas de prevenção contra o coronavírus;
- Cartilha Orientativa para Lojas de Material Eletrônico – Medidas de prevenção contra o coronavírus;
- Cartilha Orientativa para Lojas de Calçados – Medidas de prevenção contra o coronavírus;
- Folder Orientativo para Feiras Livres – Medidas de prevenção contra o coronavírus;
- Folder Orientativo para Consultórios Médicos – Medidas de prevenção contra o coronavírus;
- Folder Orientativo para Salões de Beleza – Medidas de prevenção contra o coronavírus;
- Folder Orientativo para Farmácias e Perfumarias – Medidas de prevenção contra o coronavírus.

Testagem Rápida Covid-19

Realização de testes rápidos Covid-19, no Posto de Coleta e em pontos satélite, contemplando:

- Profissionais da Secretaria de Saúde;



- Profissionais da Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos e Conselho Tutelar;
- Taxistas do município de Garanhuns;
- Profissionais da Autarquia Municipal de Segurança, Trânsito e Transportes – AMSTT;
- Profissionais da Autarquia de Ensino Superior de Garanhuns – AESGA
- Profissionais do Fórum;
- Profissionais da Secretária Municipal de Educação, sintomáticos e/ou que tiveram contato com casos confirmados para Covid-19;
- Outras Secretarias: Comunicação social, meio ambiente, Esporte e Juventude

Leitos de Retaguarda – Implantação

Implantação de leitos de retaguarda para oferta de assistência aos pacientes com estado geral leve e intermediário aos casos suspeitos e confirmados de covid-19.

- Unidade de Tratamento Covid-19 (UTC): 30 leitos
- Hospital infantil Palmira Sales: 18 leitos
- Construção dos Protocolos para UTC

Vídeo Informativo para o Uso de Máscaras para População

Uma das novas recomendações do Ministério da Saúde está relacionada ao uso de máscaras pela população em geral, como forma de prevenção ao contágio da Covid-19. O médico do Samu Garanhuns, Kaio Galindo, repassa algumas orientações sobre o uso dos equipamentos de proteção individuais pela população, diferenciando do material que deve ser usado por profissionais da área de saúde.

Vídeo Informativo para os Professores da Rede Municipal de Educação

Sobre o uso correto de máscaras, orientações sobre entrega e recebimento das atividades impressas. As recomendações foram feitas pela enfermeira doutora em epidemiologia Régia Maria Leite, do quadro de profissionais da secretária municipal de saúde.



Monitoramento e comunicação

Central De Monitoramento

Acompanhamento aos pacientes com sintomas de Síndrome Gripal, casos suspeitos e confirmados de COVID-19.

Boletim Diário Covid-19

Publicação diária dos casos de Covid-19 no município através das redes sociais da Prefeitura Garanhuns.

Informe Epidemiológico

Publicação semanal no site oficial da Prefeitura de Garanhuns com detalhes epidemiológicos dos casos de Covid-19 no município.

Centro de Atendimento Para Enfrentamento a Covid-19 - Implantação

O Centro de Atendimento à Covid-19 é um espaço físico estruturado pela gestão municipal para o acolhimento e atendimento de usuários com queixas relacionadas aos sintomas de Covid-19:

- Portaria Nº 1.797, de 21 de julho de 2020 credencia temporariamente Municípios a receberem incentivos financeiros referentes aos Centros de Atendimento para Enfrentamento da Covid-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial da saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus;
- Equipe prevista: 02 Médico, 02 Enfermeiros e 03 Técnicos de Enfermagem;
- O município de Garanhuns, foi credenciado através da Portaria Nº 1.797, de 21 de julho de 2020, e **tem previsão até dia 20.08.2020, a**



instalação e funcionamento do Centro de Atendimento para Enfrentamento à Covid-19;

- Dias e horários de funcionamento: segunda a sexta, das 12h às 20h.
- Endereço: Avenida Ruy Barbosa, Nº 391, Heliópolis – Garanhuns.
- Estrutura física

Ambientes	Quantidade
Consultório	2
Sala de acolhimento	1
Sala de isolamento	1 a 2
Sala de coleta	1

- Tipologia 2. – Portaria Nº 1.797, de 21 de julho de 2020.
- Testagem no Centro de Atendimento à COVID-19

A realização do teste rápido para covid-19 será priorizado para os grupos de maior risco de agravamento da doença e que se encontrem com sintomas sugestivos de síndrome gripal, sejam eles profissionais de saúde, profissionais de segurança, gestantes, idosos, indivíduos com co-morbidades associadas, previamente diagnosticadas, população quilombola, recém-nascidos de mães com testagem positiva para covid-19, menores de 2 anos de idade.

Os testes serão elencados pela enfermagem e/ou médico de acordo com os critérios abordados no fluxo anterior.

Pacientes elegíveis a **Swab** terão seus testes coletados ou agendados dentro do período de coleta (3º ao 7º dia) das 13h00minh as 17h00minh em lista específica que ficará na recepção.

Pacientes elegíveis a **teste rápido** terão seus testes coletados ou agendados após o 8º dia de sintomas.

As fichas de notificação com coleta de teste rápido encerrados com resultados deverão ser entregues a vigilância epidemiológica todos os dias, a fim de ser inclusos no boletim diário.



Nota: Serão realizados Testes Rápidos (TR), nas Unidades Básicas de Saúde dos Distritos de Iratama: UBS Iratama; São Pedro: UBS São Pedro; Miracica: UBS Miracica I, Miracica II, Miracica III e nas Unidades da Zona Rural: UBS Estivas e UBS Sítio Jardim.

- Referência e contra referência

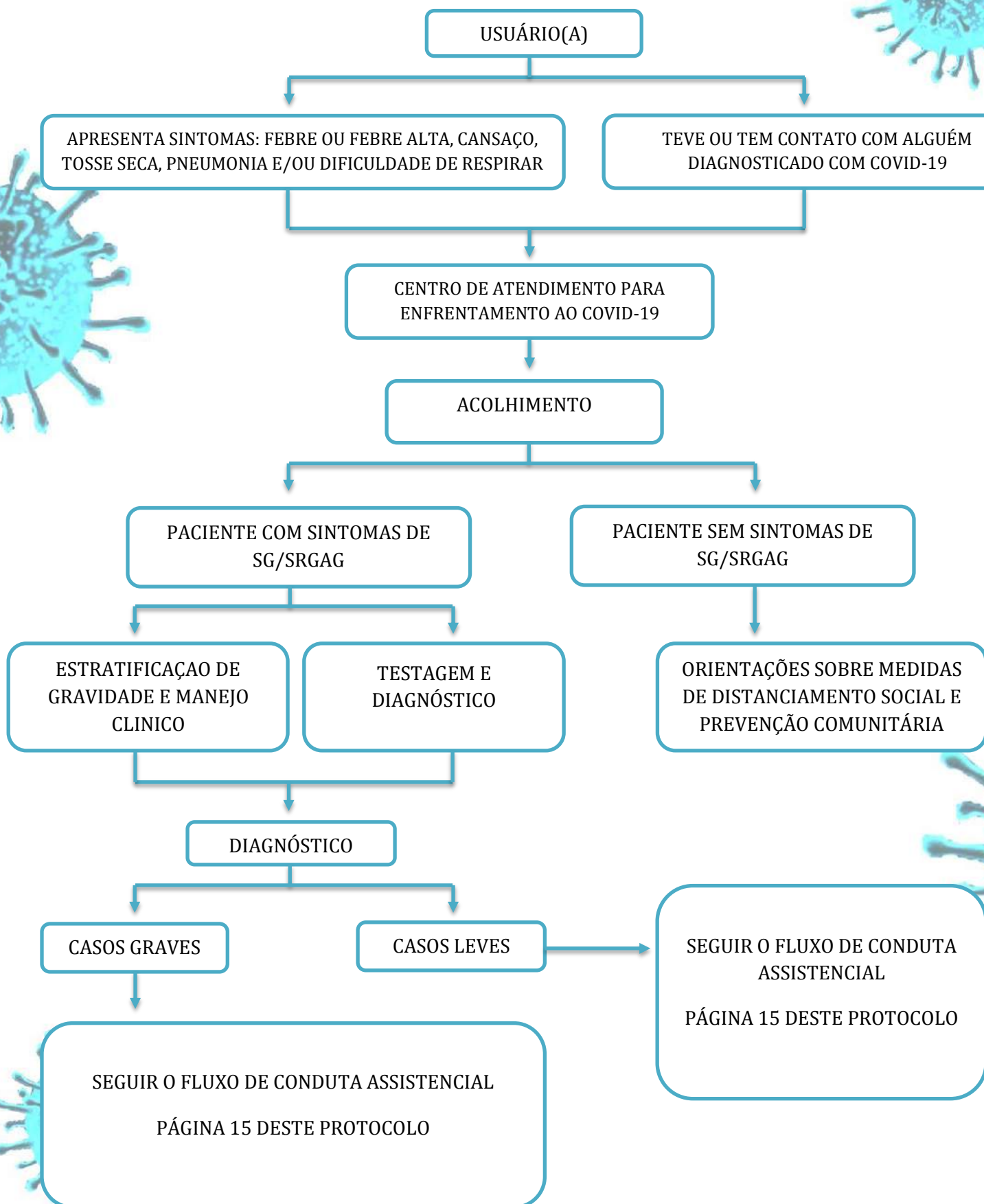
Chegando o paciente com sintomas de SG numa UBS, este deve ser acolhido e orientado a se dirigir ao Centro de Atendimento Covid-19 ou para as UBS com Programa Saúde na Hora, mediante entrega de **referência** por escrito.

Após atendimento, no Centro de Atendimento ao Enfrentamento à COVID 19, paciente deverá ser referenciado para unidade de maior complexidade ou para acompanhamento domiciliar, devendo receber por escrito o encaminhamento da **contra referência**.

Na condição do paciente apresentar caso leve de SG e ser referenciado para tratamento e acompanhamento domiciliar, este deve entregar a contra referência ao agente comunitário de saúde (ACS) que realize o acompanhamento de sua família, para que este possa notificar o caso à UBS e juntos, ACS e equipe, poderem fazer o monitoramento domiciliar do paciente.



FLUXO DE ATENDIMENTOS Centro de Atendimento ao Enfrentamento à COVID 19





REFERENCIAS

- BRASIL. **Orientações para manejo de pacientes com COVID-19**. Brasília, 2020.
- LIMA, C.M.A.O. Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19). Radiol Bras [online]. 2020, vol.53, n.2. Abril. 2020.
- MENEZES, C.R; SANCHES, C; CHEQUER, F.M.D. Efetividade e toxicidade da cloroquina e da hidroxicloroquina associada (ou não) à azitromicina para tratamento da COVID-19. O que sabemos até o momento?. Revista J. health Bio Science. Minas Gerais, vol. 8, n.1, p1-9. Abril, 2020.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2020. Disponível em <<https://www.saude.gov.br/>>. Acesso em 14 de julho de 2020.
- MONTEIRO, W.M; et al. Driving forces for COVID-19 clinical trials using chloroquine: the need to choose the right research questions and outcomes. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Rio de Janeiro, vol.53, 2020.
- PERNAMBUCO.2020 - SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO. **Protocolo de atendimento na atenção primária no período de pandemia COVID-19** no estado de Pernambuco. Versão 1.0, de 06 de Julho de 2020.
- PORTAL COVID-19. 2020. Disponível em <<http://www.coronavirus.df.gov.br/index.php/perguntas-frequentes/>>. Acesso em 14 de julho de 2020.



APÊNDICES

Apêndice I - ORIENTAÇÕES PARA O ISOLAMENTO DOMICILIAR

1. **Ler as orientações para o usuário;**
 2. **Solicitar assinatura do usuário em duas vias;**
 3. **Assinatura do profissional que realizou as orientações em duas vias.**
-
- Tomar bastante líquido e evitar ficar muito tempo parado;
 - Ao primeiro sinal de gravidade: dificuldade para respirar, sonolência excessiva, queda de pressão arterial febre alta persistente por mais de 5 dias, ou retorno da febre após permanecer 24 horas sem febre, descontrole de doenças previamente estabilizadas (diabetes, hipertensão arterial, DPOC, cardiopatias, etc.), não conseguir ingerir alimentos ou líquidos, vômitos persistentes mesmo após uso de medicação prescrita pelo médico;
 - Permanecer em um quarto individual, de preferência bem ventilado. Os demais membros da família devem ficar em um cômodo separado, caso isso não seja possível recomenda-se manter a distância de pelo menos 1 metro da pessoa doente;
 - Utilize máscaras cobrindo totalmente a boca e o nariz. Elas devem ser trocadas imediatamente por uma nova, caso estejam sujas ou úmidas. Higienize as mãos antes e após a troca das máscaras;
 - Visitas não devem ser realizadas até que o paciente se recupere completamente e não apresente mais sinais e sintomas;
 - Lave bem as mãos com água e sabão, ou higienize-as com Álcool em gel 70%, após qualquer tipo de contato com a pessoa em isolamento domiciliar. Antes e após a preparação de alimentos, antes de comer, após o uso do banheiro. E sempre que as mãos aparentemente estiverem sujas;
 - O paciente e os demais moradores da casa devem usar máscaras quando estiverem no mesmo cômodo ao mesmo tempo;
 - Todo material utilizado para limpar secreções da boca e do nariz devem ser descartáveis e jogados no lixo logo após o uso;
 - Roupas de cama e materiais domésticos devem ser de uso exclusivo do paciente e lavados com água e sabão após o uso;
 - Limpe e desinfete frequentemente superfícies que são constantemente tocadas no cômodo onde o paciente está sendo tratado (mesas, cabeceira, banheiro, etc.), com hipoclorito de sódio ou água sanitária (1 parte do produto para 5 de água);



- Luvas, máscaras e outros resíduos gerados durante o acompanhamento do paciente em isolamento domiciliar dever ser descartados em uma lixeira com tampa, dentro de uma sacola plástica, no quarto do paciente antes de seres descartados.
-

Eu _____ afirmo que recebi orientações quanto aos cuidados durante o isolamento domiciliar, e assumo o compromisso de cumpri-las.

_____ (assinatura do profissional), Garanhuns, __/__/__.



Apêndice II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE) DO USO DE CLOROQUINA/HIDROXICLOROQUINA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE) DO USO DE CLOROQUINA/HIDROXICLOROQUINA E AZITROMICINA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID19.

Paciente: _____ Data de Nasc.: __/__/____

Gênero: _____ Raça/Cor: _____ Prontuário: _____

Data Atual: __/__/____ Unidade: _____

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO:

Eu, _____ fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a) _____, de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico: COVID 19 causada pelo **Coronavírus SARS-COV-2** e com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento farmacológico: **Cloroquina ou Hidroxicloroquina**.

O PROCEDIMENTOS, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS:

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), que: 1. A cloroquina e a hidroxicloroquina são medicamentos disponíveis há muitos anos para a prevenção e tratamento da malária e também para o tratamento de algumas doenças autoimunes/reumáticas como artrite reumatoide e lúpus. O racional científico para o uso destes dois medicamentos na Covid19 se estabeleceu a partir de estudos iniciais por investigadores chineses que demonstraram a capacidade desses fármacos de inibir a replicação do coronavírus em laboratório (*in vitro*). Um estudo francês teve grande repercussão por demonstrar que a eliminação do coronavírus da garganta de portadores da COVID-19 se deu de forma mais rápida com a utilização da combinação de hidroxicloroquina e o antibiótico macrolídeo azitromicina, quando comparados a pacientes que não usaram essas drogas. Entretanto, não há, até o momento, estudos conclusivos e com metodologia/casuística adequadas demonstrando cura clínica dos pacientes com COVID-19 quando tratados com hidroxicloroquina/cloroquina; 2. A Cloroquina e a hidroxicloroquina podem causar sérios efeitos colaterais como **redução dos glóbulos brancos, disfunção do fígado, alterações visuais por danos na retina**. Estes dois medicamentos têm potencial aumentado de provocar **disfunção cardíaca e arritmias com uso concomitante com a Azitromicina** 3. O Ministério da Saúde, apesar de considerar o medicamento como experimental, liberou a cloroquina para uso em



pacientes muito graves e entubados, a critério da equipe médica; 4. A Cloroquina ou hidroxicloroquina é utilizada por via oral ou por sonda gástrica/enteral, no contexto da Covid, tem o uso programado para 05 dias de acordo com o Protocolo do Ministério da Saúde.

CLOROQUINA:

É contraindicado: nos casos de hipersensibilidade (alergia) a cloroquina ou a qualquer outro componente da fórmula; para portador de psoríase ou outra doença esfoliativa, para portador de porfiria, para portador de epilepsia, para portador de miastenia gravis, para pacientes com problemas graves no fígado (insuficiência hepática avançada), para portador de deficiência de glicose-6-fosfato-desidrogenase e para paciente com alterações na retina decorrente de utilização prévia do medicamento;

- Principais reações adversas: usualmente relacionadas com a dose e o tempo de tratamento. Dose única maior ou igual a 30 mg/kg pode ser fatal. Outros eventos descritos: visão borrada, ou qualquer alteração na visão, diarreia, perda de apetite, náusea, vômito, dor no estômago, tontura, dor de cabeça, coceira, alterações de pele e unhas, queda de cabelo, alterações hematológicas, convulsões, alterações cardíacas e aumento do intervalo de QT.
- É considerado como fator de risco C para gestação (estudos em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos);
- Associação de cloroquina e hidroxicloroquina com azitromicina pode levar a potencialização do aumento do intervalo QT (alteração no eletrocardiograma que pode levar o paciente a desenvolver uma arritmia).

AZITROMICINA:

Apesar de raras, as reações adversas incluem: desenvolvimento de reações alérgicas graves; alteração da função hepática, hepatite, icterícia colestática, necrose hepática e insuficiência hepática; exacerbações dos sintomas de miastenia gravis. Não deve ser utilizada juntamente com derivados do ergot (medicação com várias indicações incluindo analgesia, representados pela ergotamina). No contexto da Covid 19, tem sido considerada para o uso associado com a Hidroxicloroquina/Cloroquina a partir da publicação de estudo pontual francês recente com resultados não conclusivos, embora promissores. Seu uso isoladamente não foi testado para esta finalidade, não sendo por este motivo recomendado. Considerar o risco de cardiotoxicidade aditiva à estes dois antimaláricos, especialmente em pacientes com alterações cardíacas, arritmias e/ou idosos.



- Alterações cardíacas: o uso de azitromicina tem sido associado à possibilidade de alterações na condução cardíaca, com alargamento do intervalo QT. Sugere-se evitar a prescrição da droga em pacientes com prolongamento do intervalo QT, síndrome congênita do QT longo, história de torsades de pointes, bradiarritmias, hipocalemia e/ou hipomagnesemia não corrigidas, bradicardia significativa, insuficiência cardíaca descompensada, uso de antiarrítmicos da classe IA e III ou outras drogas que possam prolongar o intervalo QT. Em documento da American Heart Association a droga é considerada como um agente terapêutico que pode causar toxicidade miocárdica direta ou exacerbar disfunção cardíaca pré-existente;
- Risco cardíaco: Alguns estudos têm associado o uso da droga ao risco cardíaco aumentado, embora isto não tenha sido confirmado em outros estudos. A implicação prática deste achado ainda está por ser determinada;
- Superinfecção: Uso prolongado pode resultar em superinfecção bacteriana ou fúngica;
- Insuficiência renal: usar com cuidado quando Cl. Creatinina < 10 mL/min;
- Insuficiência hepática: Ajuste não recomendado. Usar com cautela;
- Gestação: Categoria B (uso com cautela. Uso em animais sem alterações);
- Lactação: Muito baixo risco (uso liberado);
- CONTRAINDICAÇÃO: hipersensibilidade à azitromicina ou outros macrolídeos ou qualquer componente da fórmula, além de história de icterícia colestática ou disfunção hepática associada ao uso prévio de azitromicina.

Compreendi, portanto, que não existe garantia de resultados positivos, e que o(s) medicamento(s) proposto(s) pode inclusive agravar minha condição clínica, pois não há estudos demonstrando benefícios clínicos robustos. Estou ciente de que o tratamento com cloroquina ou hidroxiclороquina associados ou não à azitromicina pode causar os efeitos colaterais descritos acima, e outros menos graves ou menos frequentes, os quais podem levar à disfunção grave de órgãos, ao prolongamento da internação, à incapacidade temporária ou permanente, e até ao óbito. Também fui informado (a) que independente do uso da cloroquina ou hidroxiclороquina+azitromicina, será mantido o tratamento padrão e comprovadamente benéfico que inclui medidas de suporte da respiração e oxigenação, ventilação mecânica, drogas para sustentar a pressão e fortalecer o coração, hemodiálise e antibióticos, entre outras terapias oferecidas a pacientes que estão criticamente doentes.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) medicamento(s) seja(m) utilizado(s) da forma como foi exposto no presente termo. Esta autorização é dada ao (à) médico (a) abaixo identificado(a), bem como



ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s); Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura; Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL: CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento acima descrito, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento/utilização. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Garanhuns, ___ de _____ de 20__ . _____ : (h:min)

Nome do Médico: _____ CRM: _____

Assinatura/carimbo: _____



ANEXOS

Anexo I – FICHA DE NOTIFICAÇÃO e-SUS VE

e-SUS VE	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO <small>MA</small> MODELO	
NOME COMPLETO: _____	
CPF: _____	SEXO: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____
RAÇA/COR: BRANCA <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> PARDA AMARELA <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/>	
RUA: _____	Nº _____
BAIRRO: _____	CEP: _____
PROFISSÃO: _____	
ESTADO DE RESIDÊNCIA: _____	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____
TELEFONE CELULAR: _____	TELEFONE DE CONTATO: _____
DATA DA NOTIFICAÇÃO: ___/___/___	
SINTOMAS:	
<input type="checkbox"/> DOR DE GARGANTA <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> TOSSE <input type="checkbox"/> OUTROS: _____	
DATA DO INÍCIO DOS SINTOMAS: ___/___/___	
DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES	
<input type="checkbox"/> DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÔNICA DESCOMPENSADA <input type="checkbox"/> DOENÇAS CARDIACAS CRÔNICA <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> DOENÇAS RENAIIS CRÔNICAS EM ESTÁGIO AVANÇADO <input type="checkbox"/> IMUNOSUPRESSÃO <input type="checkbox"/> GESTANTE DE RISCO <input type="checkbox"/> PORTADOR DE DOENÇAS CROMOSSÔMICAS <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL <input type="checkbox"/> OBESIDADE	
DATA DA COLETA DO TESTE: ___/___/___	
ESTADO DO TESTE:	
<input type="checkbox"/> SOLICITADO <input type="checkbox"/> COLETADO <input type="checkbox"/> CONCLUÍDO	
TIPO DE TESTE:	
<input type="checkbox"/> TESTE RÁPIDO- ANTICORPO <input type="checkbox"/> TESTE RÁPIDO- ANTÍGENO <input type="checkbox"/> RT PCR	SOROLOGIA IgM POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO <input type="checkbox"/> IgG POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO <input type="checkbox"/>
RESULTADO DO TESTE:	
<input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO	
SITUAÇÃO ATUAL:	
<input type="checkbox"/> ISOLAMENTO DOMICILIAR <input type="checkbox"/> ISOLAMENTO HOSPITALAR <input type="checkbox"/> INTERNADO EM UTI <input type="checkbox"/> RECUPERADO	



Anexo II – FICHA DE NOTIFICAÇÃO SRAG (Frente)

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE		SIVEP Gripe - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO - 27/07/2020	
Caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG-Hospitalizado): Indivíduo com *SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O ₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. (*SG: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos). Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.		Nº _____	
1	Data do preenchimento da ficha de notificação:	2	Data de 1ªs sintomas
3	UF:	4	Município:
		Código (IBGE):	
5	Unidade de Saúde:	Código (CNES):	
6 CPF do cidadão: _____			
7 Nome: _____			
9 Data de nascimento:		10 (Ou) Idade: _____	
		1-Dia 2-Mês 3-Ano	
12 Raça/Cor: _____		11 Gestante: _____	
1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado		1-1ª Trimestre 2-2ª Trimestre 3-3ª Trimestre	
13 Se indígena, qual etnia?		4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não	
14 Escolaridade: _____		6-Não se aplica 9-Ignorado	
0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2-Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série)			
3-Médio (1º ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado			
15 Ocupação: _____		16 Nome da mãe: _____	
17 CEP: _____			
18 UF: _____		19 Município: _____	
		Código (IBGE): _____	
20 Bairro: _____		21 Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____	
		22 Nº: _____	
23 Complemento (apto, casa, etc...): _____		24 (DDD) Telefone: _____	
25 Zona: _____		26 País: (se residente fora do Brasil)	
1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado			
27 Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? _____			
28 Se sim: Qual país? _____		29 Em qual local? _____	
30 Data da viagem: _____		31 Data do retorno: _____	
32 É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? _____			
1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
33 Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? _____			
1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
34 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos, ou outro animal? _____			
1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
35 Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório <input type="checkbox"/> Saturação O ₂ < 95% <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Perda do olfato <input type="checkbox"/> Perda do paladar <input type="checkbox"/> Outros			
36 Possui fatores de risco/comorbidades? _____ Se sim, qual(is)? (Marcar X)			
<input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
<input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto) <input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica <input type="checkbox"/> Doença Hematológica Crônica <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica <input type="checkbox"/> Outra Pneumopatia Crônica <input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/> Obesidade, IMC _____ <input type="checkbox"/> Outros			
37 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha?		38 Data da vacinação:	
_____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		_____	
Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? _____ Se sim, data: _____			
a mãe amamenta a criança? _____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
Se >= 6 meses e <= 8 anos:			
Data da dose única 1/1: _____ (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores)			
Data da 1ª dose: _____ (1ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)			
Data da 2ª dose: _____ (2ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)			



Anexo III – FICHA DE NOTIFICAÇÃO SRAG (Verso)

Dados de Atendimento	39	Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	40	Qual antiviral? <input type="checkbox"/> 1-Osetamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	41	Data início do tratamento _____
	42	Houve internação? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	43	Data da internação por SRAG: _____	44	UF de internação: _____
	45	Município de internação: _____	Código (IBGE): _____			
	46	Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES): _____			
	47	Internado em UTI? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	48	Data da entrada na UTI: _____	49	Data da saída da UTI: _____
	50	Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	51	Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/> 1-Normal 2-Infiltrado Intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	52	Data do Raio X: _____
Dados Laboratoriais	53	Aspecto Tomografia <input type="checkbox"/> 1-Típico COVID-19 2-Indeterminado COVID-19 3- Atípico COVID-19 4-Negativo para Pneumonia 5-Outro 6-Não realizado 9-Ignorado	54	Data da tomografia: _____		
	55	Coletou amostra <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	56	Data da coleta: _____	57	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Naso-orofarínge 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido post-mortem 4-Outra, qual? _____ 5-LCR 9-Ignorado
	58	Nº Requisição do GAL: _____	59	Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais: <input type="checkbox"/> 1-Imunofluorescência (IF) 2-Teste rápido antígeno		
	60	Data do resultado da pesquisa de antígenos: _____	61	Resultado da Teste antígeno: <input type="checkbox"/> 1-positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado		
	62	Laboratório que realizou o Teste antígeno: _____	Código (CNES): _____			
	63	Agente Etiológico - Teste antígeno: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A 2-Influenza B Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincicial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	64	Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	65	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____		
	66	Agente Etiológico - RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A 2-Influenza B Influenza A, qual subtipo? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H3N2 3-Influenza A não subtipado 4-Influenza A não subtipável 5-Inconclusivo 6-Outro, especifique: _____ Influenza B, qual linhagem? <input type="checkbox"/> 1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincicial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 4 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Metapneumovírus <input type="checkbox"/> Bocavírus <input type="checkbox"/> Rinovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	67	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____	Código (CNES): _____			
	68	Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> 1-Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado	69	Data da coleta: _____		
Conclusão	70	Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> 1-Teste rápido 2-Elsa 3-Quimiluminescência 4- Outro, qual? _____ Resultado do Teste Sorológico para SARS-CoV-2: <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgA 1-Positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguarda resultado 9-Ignorado	71	Data do resultado: _____		
	72	Classificação final do caso: <input type="checkbox"/> 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado 5-SRAG por COVID-19	73	Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> 1- Laboratorial 2- Clínico Epidemiológico 3- Clínico 4- Clínico-ImageM		
	74	Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado	75	Data da alta ou óbito: _____	76	Data do Encerramento: _____
	77 Número D.O: _____					
	78 OBSERVAÇÕES:					
	79 Profissional de Saúde Responsável: _____				80 Registro Conselho/Matrícula: _____	

Cópia para Remissão 1

06/08/2020.



Garanhuns

GOVERNO MUNICIPAL

Juntos por uma grande cidade

Dr. Ulisses PEREIRA da Silva
Reg/Autiz/CNES 204323019700003
CNS 705609456897117 - CBO 2251-42
Matr 8376-SMS/PMG
CRM 14311-PE

**Protocolo de Manejo Clínico Ambulatorial
Para o Novo Coronavírus (2019-nCoV)**

Versão 01

Última Revisão 06/08/2020

Secretaria Municipal de Saúde

Garanhuns - PE

(REVISADO)





ANEXO I – MODELO DE TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

Termo de Ciência e Consentimento

Hidroxicloroquina/Cloroquina em associação com Azitromicina para COVID 19

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações médicas ou laboratoriais revelaram possibilidade ou comprovação de diagnóstico:

COVID 19 causada pelo coronavírus SARS-COV-2

E com base neste diagnóstico me foi orientado o seguinte tratamento/procedimento:

Cloroquina ou Hidroxicloroquina em associação com Azitromicina

OS PROCEDIMENTOS, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), que:

1. A cloroquina e a hidroxicloroquina são medicamentos disponíveis há muitos anos para a prevenção e tratamento da malária e também para o tratamento de algumas doenças reumáticas como artrite reumatoide e lúpus. Investigadores chineses demonstraram a capacidade dessas drogas de inibir a replicação do coronavírus em laboratório (*in vitro*). Um estudo francês mostrou que a eliminação do coronavírus da garganta de portadores da COVID-19 se deu de forma mais rápida com a utilização da combinação de hidroxicloroquina e o antibiótico azitromicina, quando comparados a pacientes que não usaram as drogas. Entretanto, não há, até o momento, estudos suficientes para garantir certeza de melhora clínica dos pacientes com COVID-19 quando tratados com cloroquina ou hidroxicloroquina;
2. A Cloroquina e a hidroxicloroquina podem causar efeitos colaterais como redução dos glóbulos brancos, disfunção do fígado, disfunção cardíaca e arritmias, e alterações visuais por danos na retina.

Compreendi, portanto, que não existe garantia de resultados positivos para a COVID-19 e que o medicamento proposto pode inclusive apresentar efeitos colaterais;

Estou ciente de que o tratamento com cloroquina ou hidroxicloroquina associada à azitromicina pode causar os efeitos colaterais descritos acima e outros menos graves ou menos frequentes, os quais podem levar à disfunção de órgãos, ao prolongamento da internação, à incapacidade temporária ou permanente e até ao óbito.



Também fui informado(a) que, independente do uso da cloroquina ou hidroxicloroquina associada à azitromicina, será mantido o tratamento padrão e comprovadamente benéfico para minha situação, que pode incluir medidas de suporte da respiração e oxigenação, ventilação mecânica, drogas para sustentar a pressão e fortalecer o coração, hemodiálise e antibióticos, entre outras terapias oferecidas a pacientes que estão criticamente doentes.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que os medicamentos sejam utilizados da forma como foi exposto no presente termo;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s);

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas, reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

_____, ____ de _____ : ____ (hh:min)
<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Responsável
Nome: _____
Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

_____, ____ de _____ de 20____ : ____ (hh:min)
Nome do Médico: _____ CRM: _____
Assinatura: _____