

MANUAL DE ORIENTAÇÕES
MANEJO CLÍNICO DOS PACIENTES SUSPEITOS E
CONFIRMADOS DE COVID-19

Hospitais da Rede Estadual de Saúde

Versão 02 – 24/04/2020

Campo Grande - MS
Abril - 2020

2020 Secretaria de Estado de Saúde

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.

Elaboração, distribuição e informações:
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Avenida do Poeta, s/nº
Parque dos Poderes - Bloco 7
CEP: 79.031-902, Campo Grande - MS
Site: www.saude.ms.gov.br

Coordenação:
Denise de Oliveira Lusena (DGCSUS)
Jean Clei da Silva (CECAA)
Marielle Alves Correa Esgalha (DGAS)

Organização:
Angela Cristine Alexandre Gimenez
Carlos Alberto Riveros Romero
Cláudia Gislaine Kruki de Souza Nogueira
Eni Batista de Souza
Giselle Silva Lima
Patrícia Silva Marques Oliveira
Regina Máris Dias Ramalho

Colaboração:
Giselle Silva Lima
Emiliana Akiko Kohatsu
Janaina Trevizan Andreotti Dantas
José Francisco Sampaio Júnior
Patrícia Ruiz Hellou
Solange Glória Oliveira
Demais Gerentes da CECAA

Capa, projeto gráfico e diagramação:
Jean Clei da Silva

Sumário

1 - INTRODUÇÃO.....	05
2 - DEFINIÇÕES OPERACIONAIS.....	07
2.1 Caso suspeito	
2.2 Caso confirmado de infecção humana	
2.3 Caso descartado de infecção humana	
2.4 Caso excluído de infecção humana	
2.5 Terminologias complementares	
3 - INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS - CARACTERÍSTICAS.....	09
3.1 Descrição	
3.2 Agente etiológico	
3.3 Reservatório e modo de transmissão	
3.4 Período de incubação	
3.5 Período de transmissibilidade	
3.6 Suscetibilidade e imunidade	
3.7 Manifestações clínicas	
3.8 Complicações	
3.9 Diagnósticos	
4 – FLUXOS DE ATENDIMENTO E MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE.....	13
4.1 Implementação de precauções padrão	
4.2 Fluxos de atendimento e medidas de prevenção e controle de infecção	
a) Acolhimento e Classificação de Risco do Paciente no Hospital	
b) Atendimento ambulatorial, pronto atendimento e assistência hospitalar	
c) Atendimento a gestantes, parturientes e recém nascidos	
d) Atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e transporte interinstitucional de casos suspeitos ou confirmados	
e) Síntese das medidas para prevenção e controle da disseminação do novo Coronavírus	
4.3 Controle de infecção relacionado à assistência à saúde	
a) Equipamentos de Proteção Individual (EPI)	
b) Isolamento	
c) Processamento de produtos para saúde	
d) Limpeza e desinfecção de superfícies	
e) Processamento de roupas	
f) Tratamento de resíduos	

5 - TRATAMENTO.....	39
5.1- Classificação clínica	
5.2- Condutas de tratamento segundo a classificação clínica	
5.3- Fluxo de conduta para profissionais de saúde com Síndrome Gripal	
6 – GUIA DO ISOLAMENTO DOMICILIAR.....	43
7 – NOTIFICAÇÃO À VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	45
8 - PROCESSAMENTO DA AIH NO SIHD/SUS.....	48
Como e quando registrar na AIH o atendimento de paciente com COVID-19	
9 - REFERÊNCIAS.....	53

1- INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença causada pelo novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a maioria (cerca de 80%) dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos e, aproximadamente, 20% dos casos detectados requer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório.

O surto da doença respiratória causada pelo novo Coronavírus(SARS-CoV-2) foi considerada uma Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e todos os serviços de saúde devem ficar alertas aos casos de pessoas com sintomatologia respiratória e que apresentam histórico de viagens para áreas de transmissão local nos últimos 14 dias. Contudo, em 12 de abril de 2020, a SES/MS constatou o início da transmissão comunitária da COVID-19 no Estado de Mato Grosso do Sul, ou seja, o contágio não acontece somente com o contato com outras pessoas doentes infectadas, o que aumenta o risco de infecção em massa das pessoas e o colapso da Rede de Serviços de Saúde.

Desse modo, os Hospitais e toda a rede de serviços de saúde devem planejar e aprimorar suas capacidades de responder às emergências por síndromes respiratórias, dispondo de planos, protocolos, procedimentos e guias para identificação, monitoramento, tratamento/manejo clínico e resposta às emergências em saúde pública, compreendendo Planos de Vigilância da Síndrome Gripal (SG), Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e Doença respiratória causado pelo novo Coronavírus (SARS-COV-2), cujas definições constam no próximo item.

Em 30 de janeiro de 2020, a SES/MS ativou o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública referente ao novo Coronavírus, por meio da Resolução nº 02 e 11/SES/MS/2020 (DOE n. 10.088 e 10.121, respectivamente), sendo essa estratégia prevista no Plano Nacional de Resposta às Emergências em Saúde Pública do Ministério da Saúde. As informações, diretrizes, orientações e documentos técnicos do COE encontram-se disponíveis no endereço eletrônico da SES/MS: <http://www.coronavirus.ms.gov.br/>

Nesse sentido, a SES/MS aprovou o Mapa Hospitalar de Leitos Clínicos e de UTI do Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pelo Coronavírus COVID-19 do Estado de Mato Grosso do Sul, por meio da publicação da Resolução nº 30/CIB/SES, de 01 de abril 2020. Essa Resolução explicita os Estabelecimentos de Saúde que compõem o referido Mapa de Leitos, com a respectiva quantidade de leitos clínicos e de terapia intensiva (UTI), contemplando ainda a quantidade de leitos novos implantados. Posteriormente, a Resolução nº 33/CIB/SES, de 16 de abril 2020, aprovou a atualização do Mapa Hospitalar de Leitos.

O presente Manual de Orientações para manejo clínico dos pacientes suspeitos e confirmados de COVID-19 foi elaborado com o objetivo de compartilhar orientações junto à Rede de Hospitais sob gestão da SES-MS quanto à atuação na identificação, notificação e manejo oportuno dos casos, de modo a reduzir os riscos de transmissão sustentada no território nacional.

O Manual está sujeito a ajustes e atualizações à medida que se consolidam e publicam informações e evidências técnicas e científicas, considerando o cenário epidemiológico nacional e as recomendações da OMS.

O Manual apresenta ainda como objetivos a:

- contribuir com a atualização dos serviços hospitalares, por meio de orientação aos profissionais de saúde quanto à atuação na classificação, notificação e manejo oportuno de casos suspeitos de Infecção Humana pelo Novo Coronavírus;
- prevenção da transmissão do vírus para profissionais de saúde e contatos próximos, nos principais pontos assistenciais, inclusive no transporte interinstitucional do paciente, quando o mesmo necessitar de tratamento em unidade hospitalar com maior suporte;
- prevenção e redução de óbitos entre os casos confirmados, por meio de suporte clínico;
- orientação sobre a conduta frente aos contatos próximos;
- disseminação de informações epidemiológicas; e
- orientação aos hospitais sob gestão da SES/MS quanto ao registro dos atendimentos de casos confirmados de infecção por SARS-COV-2, no prontuário do paciente e nos Laudos para Solicitação de AIH, do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado do SUS (SIHD/SUS).

2- DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

O Serviço de Saúde deve avaliar e identificar as seguintes definições quanto aos tipos de casos, visando o correto manejo clínico, desde o contato inicial com os serviços de saúde:

2.1 Caso **suspeito** de Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19)

DEFINIÇÃO 1 – SÍNDROME GRIPAL (SG): indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre¹, 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: 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.

- EM CRIANÇAS: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

Deve-se pesquisar:

- histórico de viagem para área com transmissão local, de acordo com a OMS, nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas; E
- histórico de contato próximo de caso suspeito ou confirmado para o coronavírus (SARS-CoV-2) em laboratórios, nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas.

Entende-se como contato próximo uma pessoa envolvida em qualquer uma das seguintes situações:

1. Estar a dois metros de um paciente com suspeita de caso por SARS-CoV-2, dentro da mesma sala ou área de atendimento (ou aeronaves ou outros meios de

transporte), por um período prolongado, sem uso de equipamento de proteção individual.

2. Cuidar, morar, visitar ou compartilhar uma área ou sala de espera de assistência médica ou, ainda, nos casos de contato direto com fluidos corporais, enquanto não estiver em uso do EPI recomendado.

2.2 Caso **Confirmado** de Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19)

POR CRITÉRIO LABORATORIAL: caso suspeito de SG ou SRAG com teste:

- Biologia molecular (RT-PCR em tempo real, detecção do vírus SARS-CoV2): com resultado detectável para SARS-CoV2. Amostra clínica coletada, preferencialmente até o sétimo dia de início de sintomas.
- Imunológico (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos para o SARS-CoV2): com resultado positivo para anticorpos IgM e/ou IgG. Em amostra coletada após o sétimo dia de início dos sintomas.

POR CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO: caso suspeito de SG ou SRAG 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.

2.3 Caso **descartado** de infecção humana

Caso suspeito de SG ou SRAG com resultado laboratorial negativo para CORONAVÍRUS (SARS-COV-2 não detectável pelo método de RT-PCR em tempo real ou por meio de teste rápido), considerando a realização do exame com tempo oportuno de início de sintomas OU confirmação laboratorial para outro agente etiológico.

2.4 Caso **excluído** de infecção humana

Caso notificado que não se enquadrar na definição de caso suspeito. Nessa situação, o registro será excluído da base de dados nacional.

2.5 Terminologias complementares

Transmissão local: definimos como transmissão local, a confirmação laboratorial de transmissão do SARS-CoV-2 entre pessoas com vínculo epidemiológico comprovado. Os casos que ocorrerem entre familiares próximos ou profissionais de saúde de forma limitada não serão considerados transmissão local. Até o momento, a única área com transmissão local é a China. As áreas com transmissão local serão atualizadas e disponibilizadas no site do Ministério da Saúde, no link: saude.gov.br/listacorona.

Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de $O_2 < 95\%$ ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG, independente de internação.

3- INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS - CARACTERÍSTICAS

3.1 Descrição

Os coronavírus causam infecções respiratórias e intestinais em humanos e animais, sendo que a maioria das infecções por coronavirus em humanos são causadas por espécies de baixa patogenicidade e os sintomas se assemelham aos do resfriado comum; mas, eventualmente, se agravam nos grupos de risco, idosos e crianças. Todavia, as manifestações clínicas não estão descritas completamente e 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.

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.

3.2 Agente etiológico

Vírus RNA, da ordem Nidovirales da família Coronaviridae.

Os vírus da SARS-CoV-1, MERS-CoV e SARS-CoV-2 são da subfamília

Betacoronavírus 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.

3.3 Reservatório e modo de transmissão

A família dos coronavírus é encontrada, comumente, 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 SARS e MERS.

No início, muitos dos pacientes com surtos de doenças respiratórias causados por SARS-Cov-2 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 relatam a disseminação sustentada de pessoa para pessoa na China, Itália, Espanha, Estados Unidos, Alemanha, Japão e Vietnã, dentre outros países, sendo que a transmissão em instituições de saúde, como hospitais, também pode ocorrer. Destaca-se 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.

Acredita-se que a disseminação da SARS e MERS, de pessoa para pessoa, ocorreu 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. Também houve transmissão por aerossóis, em pacientes submetidos a procedimentos de vias aéreas, como a intubação orotraqueal ou aspiração de vias aéreas.

Na população, a disseminação da SARS e MERS entre pessoas geralmente

ocorre após contatos próximos, sendo particularmente vulneráveis os profissionais de saúde, que prestam assistência a esses pacientes.

3.4 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.

3.5 Período de transmissibilidade

A transmissibilidade das pessoas infectadas por SARS-CoV-2 é em média de 7 dias, após o início dos sintomas. No entanto, dados preliminares do Novo Coronavírus 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.

3.6 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.

3.7 Manifestações clínicas

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

Segundo os dados mais atuais, os sinais e sintomas clínicos referidos são

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

3.8 Complicações

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

3.9 Diagnósticos

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

É recomendável que em todos os casos de síndrome gripal seja questionado o histórico de viagem para o exterior ou contato próximo com pessoas que tenham viajado para o exterior ou ainda, que tenham diagnóstico confirmado ou suspeito de infecção pelo novo coronavírus. Essas informações devem ser registradas no prontuário do paciente para eventual investigação epidemiológica.

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

Outras informações importantes como: indicação e técnica de coleta, acondicionamento e envio das amostras estão descritas no tópico de Vigilância Laboratorial do Boletim Epidemiológico nº 2, que encontra-se disponível no Portal do Ministério da Saúde.

Diagnóstico diferencial. As características clínicas não são específicas e podem ser similares àquelas causadas por outros vírus respiratórios, que também ocorrem sob a forma de surtos e, eventualmente, circulam ao mesmo tempo, tais como influenza, parainfluenza, rinovírus, vírus sincicial respiratório, adenovírus, outros coronavírus, entre outros.

4- FLUXOS DE ATENDIMENTO E MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

4.1 Precauções padrão

A principal medida de prevenção da transmissão do novo Coronavírus entre pacientes e profissionais de saúde é a prática de precauções padrão durante todo o processo assistencial, uma vez que o objetivo é evitar e minimizar a exposição a patógenos respiratórios, incluindo o novo Coronavírus, pois atualmente, não se dispõe de vacina para prevenção de infecção por esse patógeno.

Portanto, as precauções padrão devem ser adotadas no cuidado de todos os pacientes nos Hospitais de Pequeno Porte e demais estabelecimentos de saúde (antes da chegada ao serviço de saúde, na chegada/acolhimento, triagem/classificação de risco, espera e durante toda assistência prestada), independentemente dos fatores de risco ou doença de base.

Para a população em geral, devem ser reforçadas ações preventivas diárias, que possam auxiliar na prevenção de propagação de vírus respiratórios, que compreendem:

- a) higiene frequente das mãos com água e sabão ou preparação alcoólica;
- b) evitar tocar olhos, nariz e boca sem higienização adequada das mãos;
- c) evitar contato próximo com pessoas doentes;
- d) cobrir boca e nariz ao tossir ou espirrar, com cotovelo flexionado ou utilizando-se

de um lenço (e realizar a higiene das mãos com água e sabonete líquido ou álcool gel a 70%, imediatamente) - etiqueta de tosse;

e) ficar em casa e evitar contato com pessoas quando estiver doente;

f) limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência.

4.2 Fluxos de atendimento e medidas de prevenção e controle de infecção

a) Acolhimento e Classificação de Risco do Paciente no Hospital

Os profissionais de saúde deverão aumentar a atenção para reconhecimento e classificação de pacientes com síndrome respiratória, para detecção de possíveis casos suspeitos de infecção por novo Coronavírus, durante ou mesmo antes da triagem, acolhimento/ classificação de risco e registro dos pacientes.

Portanto, a recepção do paciente de demanda espontânea eventual, na Unidade, deve ser por ENTRADA EXCLUSIVA, a fim de otimizar a identificação e classificação de risco do sintomático respiratório.

Quanto ao paciente hospitalizado, a CCIRAS deve padronizar o Fluxo interno da Unidade, para vigilância dos riscos de contágio e segurança do paciente e profissionais.

Desde a entrada dos pacientes nos Serviços de Urgência e Emergência dos Hospitais de Pequeno Porte e demais hospitais, os profissionais de saúde devem questionar e instruir os pacientes e acompanhantes a informar se estão com sintomas de infecção respiratória (por exemplo, tosse, coriza, dificuldade para respirar, febre) e ofertar máscaras cirúrgicas a pacientes sintomáticos respiratórios, a partir do momento que entram na Unidade.

A via de transmissão pessoa a pessoa ocorre por meio de gotículas respiratórias ou contato, ou seja, qualquer pessoa que tenha contato próximo (dentro de 2 metros) com alguém que tenha sintomas respiratórios (por exemplo, espirros, tosse etc.) está em risco de ser exposta a gotículas respiratórias potencialmente infecciosas.

Desse modo, os serviços de saúde devem adotar medidas para que todos os

casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2 ou outra infecção respiratória sigam os procedimentos de higiene respiratória, etiqueta de tosse e higiene das mãos durante a permanência na unidade. Caso o indivíduo não possa tolerar o uso da máscara cirúrgica, devido, por exemplo, a secreção excessiva ou falta de ar, deve-se orientá-lo a realizar rigorosamente a higiene respiratória.

Assim, os Hospitais ***precisam implementar as seguintes medidas de prevenção e controle de infecção:***

- a) implantação de área específica aos pacientes suspeitos de infecção pelo novo Coronavírus, com suprimentos de higiene respiratória e das mãos;
- b) colocação de alertas visuais (cartazes, placas, pôsteres) na entrada dos serviços e em locais estratégicos;
- c) triagem clínica e acolhimento com classificação de risco de todos os pacientes que buscarem os serviços de saúde, para reconhecimento precoce de um caso suspeito, classificação da gravidade dos sinais e sintomas apresentados e identificação dos fatores de risco e comorbidades que contribuem para o agravamento clínico do paciente e, se necessário, imediato encaminhamento do mesmo para uma área separada dos demais, que contenha suprimentos de higiene respiratória e das mãos;
- d) esclarecimento ao paciente sobre a hipótese diagnóstica inicial, considerando as definições de caso previamente apresentadas para a COVID-19 e possíveis sinais de gravidade, durante o atendimento prestado;
- e) investigação da presença de condições e fatores de risco para possíveis complicações, ainda no acolhimento e classificação de risco:
 - ✓ Grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal);
 - ✓ adultos ≥ 60 anos;
 - ✓ crianças < 5 anos (sendo que o maior risco de hospitalização é em menores de 2 anos, especialmente as menores de 6 meses com maior taxa de mortalidade);
 - ✓ população indígena aldeada ou com dificuldade de acesso;
 - ✓ indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido

- acetilsalicílico (risco de síndrome de Reye);
- ✓ indivíduos que apresentem: pneumopatias (incluindo asma). Pacientes com tuberculose de todas as formas (há evidências de maior complicação e possibilidade de reativação);
 - ✓ cardiovasculopatias (incluindo 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 (disfunção cognitiva, lesão medular, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, acidente vascular encefálico (AVE) ou doenças neuromusculares);
 - ✓ imunossupressão associada a medicamentos (corticoide ≥ 20 mg/dia por mais de duas semanas, quimioterápicos, inibidores de TNF-alfa), neoplasias, HIV/AIDS ou outros; e
 - ✓ obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC ≥ 40 em adultos).

As demais medidas de prevenção e controle ao atendimento de “CHEGADA” no Pronto Socorro da Unidade Hospitalar estão explicitadas no próximo item (“b”) e compreendem as mesmas recomendações para as unidades de urgência não hospitalares.

O Quadro a seguir sintetiza as recomendações para organização do acolhimento e classificação de risco do paciente suspeito ou confirmado da doença COVID-19.

PROPOSTA DO FLUXO RÁPIDO

Estabelecer acolhimento na chegada do paciente à unidade (preferencialmente, por profissional ou trabalhador de saúde capacitado e conforme **Fluxograma para atendimento e detecção precoce de COVID-19 em pronto atendimento, UPA 24 horas e unidade hospitalar não definida como referência.**

Encaminhar pacientes com sintomas respiratórios, por meio de fluxo diferenciado, para **área exclusiva** destinada à espera pelo atendimento. A gestão poderá utilizar um espaço dentro da unidade ou adotar uma estrutura auxiliar externa em anexo (por exemplo: tendas ou containers) para estruturação desse fluxo.

ÁREA EXCLUSIVA

Sala de espera, instalações sanitárias, lavatórios e ambiente assistencial exclusivo para atendimento aos pacientes com sintomas respiratórios. É importante que se agrupe tais espaços na unidade, minimizando o fluxo de circulação e possível cruzamento entre pacientes com sintomas respiratórios e os demais pacientes.

O ideal é que a área exclusiva conte com ambientes ventilados e identificação visual.

O gestor deve avaliar a estrutura existente no serviço de saúde, identificando possíveis espaços (áreas e ambientes) que possam ser flexibilizados para se transformarem nos ambientes exclusivos de atendimento aos pacientes com sintomas respiratórios. O ambiente assistencial deve contar com classificação de risco, consultório e área de atendimento com observação para o paciente, podendo coexistir num mesmo ambiente ou estar localizado em ambientes distintos.

ATENDIMENTO

A premissa prioritária é de que haja uma equipe assistencial exclusiva para atendimento ao paciente com sintomas respiratórios, composta por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, evitando assim o trânsito de pacientes pelos diversos ambientes do serviço.

O atendimento deve ser sequencial conforme estratificação de risco, rápido para diminuir o tempo de contato entre os pacientes e diminuir disseminação da doença.

Os Fluxos de Manejo Clínico disponibilizados pelo Ministério da Saúde poderão ser adotados para tomadas de decisão clínica.

Destaca-se que o método da classificação de risco clínico permanece inalterado, pois o Protocolo instituído avalia o tempo de segurança da espera do paciente pelo primeiro atendimento médico. Desse modo, a avaliação dos sinais e sintomas segue a metodologia aplicada e a prioridade clínica é determinada a partir do risco de morte ou do grande desconforto ou do risco de infecção aos contatos presentes no ambiente, independente do fator isolado quanto à suspeita de infecção pelo COVID-19.

O Hospital deve realizar o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) pelo Protocolo de Manchester ou do Ministério da Saúde, que se baseia na queixa do paciente e não no diagnóstico. A queixa relatada encaminhará a seleção do fluxograma de atendimento, considerando a necessidade do paciente e o mesmo indicará a prioridade clínica de atendimento, por meio de cores e tempo alvo.

O paciente pode ter uma classificação de risco na prioridade VERDE - pouco

urgente. Mas, se tiver risco de infecção pelo COVID-19, ele deve ter um fluxo especial com isolamento e precauções de contato, mesmo que o risco de morrer seja baixo.

Os sintomas do COVID-19 são febre, tosse, dor de garganta, coriza, cefaleia, dificuldade respiratória. Em alguns casos, estudos recentes mostram que pode haver inapetência, diarreia e dor abdominal.

No Fluxograma de Classificação de Risco, se negados mal-estar, **deverá ser considerado o discriminador “Risco Especial de Infecção”** se os discriminadores da prioridade emergente – vermelho e os discriminadores a seguir estiverem presentes: saturação de oxigênio muito baixa, novo pulso anormal, alteração do nível de consciência, novo déficit neurológico há menos de 24 horas, sinais de meningismo, hiperglicemia com cetose, hemoptise, púrpura, erupção cutânea fixa, imunossupressão conhecida ou provável, pois estamos enfrentando uma pandemia e no Brasil há casos de transmissão sustentada. O quadro a seguir, ilustrado por meio de cores, a contra-referência do paciente atendido no Serviço de Urgência do Hospital para às demais Unidades de menor complexidade, da rede de serviços de saúde.

CORIZA, DOR DE GARGANTA E/OU MAL ESTAR MOMENTÂNEO

- Permaneça em isolamento domiciliar por 14 (quatorze) dias.
- RECOMENDAÇÃO: Hidratação e repouso.

TOSSE, DOR DE GARGANTA, FEBRE¹ PERSISTENTE QUE VOLTA APÓS USO DE ANTITÉRMICO

- Procure a Unidade Básica de Saúde mais próxima.
- Em caso de convênio, procure a rede associada.
- RECOMENDACÃO: Hidratação.

TOSSE, DOR DE GARGANTA, FEBRE¹ PERSISTENTE QUE VOLTA APÓS USO DE ANTITÉRMICO E FALTA DE AR

- Procure uma Unidade de Pronto Atendimento Médico (UPA 24h).
- Em caso de convênio, procure o hospital associado.

IDOSOS, GESTANTES E PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS

- Em caso de coriza, dor de garganta, febre e mal estar persistente, devem procurar:
 - Unidade Básica de Saúde mais próxima.
 - Em caso de convênio médico, procure a rede associada.

¹ FEBRE: Temperatura corporal $\geq 38^{\circ}$ C.

Destaca-se que a estratificação de gravidade dos casos suspeitos de SG deve se dar em consulta médica da seguinte forma, visando subsidiar o tratamento e manejo clínico do paciente:

I. Casos leves: aqueles que podem ser acompanhados completamente no âmbito da APS/ESF devido à menor gravidade do caso; e

II. Casos graves: aqueles que se encontram em situação de maior gravidade e, portanto, necessitam de estabilização e encaminhamento a centro de referência/urgência, para avaliação ou intervenções que exijam maior densidade tecnológica ou ainda, acompanhamento nos hospitais locais (que não são referência para COVID-19).

De acordo com Fluxo de manejo clínico do adulto e idoso na Atenção Especializada, do Ministério da Saúde, são considerados os seguintes critérios:

Paciente com sintomas de Síndrome Gripal:

- ✓ febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ aferida ou referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta;

Paciente com sinais de quadro clínico moderado:

- ✓ oxigenoterapia sob monitoramento;
- ✓ hidratação venosa*;
- ✓ exames complementares;
- ✓ acompanhamento em leito clínico em isolamento individual ou coorte.

* Não é indicado o uso prolático de antibióticos e, também, na ausência de comprovada infecção associada.

Paciente com sinais de gravidade - Síndrome Respiratória Aguda Grave-SRAG:

- ✓ Dispnéia;
- ✓ Desconforto respiratório;
- ✓ Saturação de $\text{O}_2 < 95\%$;
- ✓ Piora nas condições clínicas de doença preexistente.

b) Atendimento ambulatorial, pronto atendimento e assistência hospitalar

Devem ser seguidas pelo Ambulatório e demais setores do Hospital, as seguintes medidas de prevenção e controle de infecção:

1- estabelecer, previamente, procedimentos de triagem para detectar e atender pacientes com suspeita de infecção pelo novo coronavírus, antes mesmo do registro do paciente. Revisar o POP de Acolhimento e Classificação de Risco e garantir que todos os pacientes sejam questionados sobre a presença de sintomas de uma infecção respiratória ou contato com possíveis pacientes com o novo coronavírus;

2- identificar e organizar um espaço separado e bem ventilado que permita que os pacientes sintomáticos respiratórios, em espera do atendimento, fiquem afastados e com fácil acesso a suprimentos de higiene respiratória e higiene das mãos. Estes pacientes devem permanecer nessa área separada até a consulta;

3- disponibilizar máscara cirúrgica para pacientes sintomáticos respiratórios e acompanhantes e orientar sobre a higiene respiratória/etiqueta da tosse e a adequada lavagem das mãos. Os pacientes sintomáticos devem utilizar a máscara cirúrgica durante toda a sua permanência na unidade;

4- manter casos suspeitos em área separada até atendimento ou encaminhamento ao serviço de referência (se necessário), limitando sua movimentação fora da área de isolamento. Garantir que esse isolamento de pacientes com sintomas de infecção pelo novo coronavírus ou outra infecção respiratória (por exemplo, tosse e dificuldade para respirar) seja rápido e que não fiquem esperando atendimento entre os outros pacientes;

5- prover lenços descartáveis para higiene nasal na sala de espera e lixeira com acionamento por pedal para o descarte de lenços;

6- prover dispensadores com preparações alcoólicas (sob as formas gel ou solução) para a higiene das mãos nas salas de espera e estimular a higiene das mãos após contato com secreções respiratórias;

7- prover condições para higiene simples das mãos: lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel toalha, papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual;

8- prover máscaras cirúrgicas para os pacientes sintomáticos respiratórios, que

devem utilizá-las durante toda a sua permanência na unidade;

9- orientar os pacientes a adotar as medidas de higiene respiratória/etiqueta da tosse:

- se tossir ou espirrar, cobrir o nariz e a boca com cotovelo flexionado ou lenço de papel descartável para higiene nasal (descartar imediatamente após o uso e realizar a higiene das mãos);
- evitar o toque em mucosas de olhos, nariz e boca; e
- realizar higiene das mãos frequentemente, com água e sabonete líquido (40 - 60 segundos) ou preparação alcoólica a 70% (20 - 30 segundos);
- manter os ambientes ventilados (se possível, com as janelas abertas);
- desinfecção de objetos e superfícies, principalmente as mais tocadas como maçanetas e interruptores de luz;

10- Os casos leves, suspeitos de COVID-19, a critério médico, poderão receber alta e manter isolamento em domicílio, desde que instituídas as medidas de precaução domiciliar.

Os casos classificados como moderados deverão ser internados em enfermaria com isolamento respiratório (gotículas) e contato e ter o manejo clínico iniciado, de acordo com Protocolo do Ministério da Saúde, sintetizado no presente Manual da SES/MS.

Os casos graves e críticos devem ser estabilizados (em leito de quarto privativo, com isolamento respiratório e de contato, com manejo clínico iniciado de acordo com Protocolo do Ministério da Saúde; em seguida, devem ser encaminhados aos serviços de referência, via Complexo Estadual de Regulação Assistencial (CORE-MS), caso o Hospital de atendimento não conte com leitos de terapia intensiva, de acordo com a organização da Rede de Atenção à Saúde local. Em Mato Grosso do Sul, o Centro de Referência para a COVID-19 é o Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS).

O encaminhamento será de responsabilidade da equipe da atenção onde ocorreu a classificação do caso. Deve-se articular na rede local de saúde, para oferecer transporte sanitário adequado e notificar o serviço de referência quanto à necessidade de recepção prioritizado desse paciente.

Orientar os trabalhadores dos serviços de saúde quanto às medidas de prevenção e controle de infecção a serem adotadas:

11- higienizar as mãos com água e sabonete líquido ou utilizar álcool 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);

12- manter os ambientes ventilados, se possível, com as janelas abertas;

13- evitar tocar superfícies próximas ao paciente (ex. mobiliário e equipamentos para a saúde) e aquelas fora do ambiente próximo ao paciente, com luvas ou outros EPI contaminados ou com as mãos contaminadas;

14- eliminar ou restringir o uso de itens compartilhados por pacientes como canetas, pranchetas e telefones;

15- realizar a limpeza e desinfecção com álcool a 70% das superfícies do consultório e de outros ambientes utilizados pelo paciente (mesa do consultório, maçaneta, etc.);

16- realizar a limpeza e desinfecção de equipamentos e produtos para saúde que foram utilizados na assistência ao paciente;

17- se houver necessidade de encaminhamento do paciente para outro serviço de saúde, sempre notificar previamente o serviço referenciado;

18- reforçar a provisão de todos os insumos (máscaras cirúrgicas, máscaras N95, PFF2 ou equivalente, sabonete líquido ou preparação alcoólica, lenços de papel, avental impermeável, gorro, óculos de proteção, luvas de procedimento, higienizantes para o ambiente e outros) - serviço de saúde;

19- utilizar equipamentos de proteção individual (EPI);

20- orientar todos os profissionais sobre como usar, remover e descartar os EPI e higienizar as mãos, antes e após o uso;

21- instituir rotinas de supervisão e avaliação do uso de EPI, coordenadas pela CCIRAS e NSP;

22- monitorar indicadores que mensuram a adesão aos protocolos de segurança;

23- usar máscara cirúrgica para atendimento do paciente 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 secreção orotraqueal, entre outros);

24- não circular pelo serviço de saúde utilizando os EPI, fora da área de assistência aos pacientes com suspeita ou confirmação de infecção pelo novo Coronavírus. Os EPI devem ser imediatamente removidos após a saída do quarto, enfermaria ou área de isolamento;

Porém, caso o profissional de saúde saia de um quarto, enfermaria ou área de isolamento para atendimento de outro paciente com suspeita ou confirmação de infecção pelo novo Coronavírus, na mesma área/setor de isolamento, logo em seguida, não há necessidade de trocar gorro (quando necessário utilizar), óculos/protetor facial e máscara, somente avental e luvas, além de realizar a higiene das mãos;

25- realizar procedimentos que podem gerar aerossóis preferencialmente, em unidade de isolamento respiratório com pressão negativa e filtro HEPA. Na ausência desse tipo de unidade, colocar o paciente em quarto com portas fechadas, janelas abertas e restringir o número de profissionais durante estes procedimentos, que deverão ser realizados, obrigatoriamente, com máscara de proteção respiratória - tipo N95, PFF2 ou equivalente.

Se possível, evitar os procedimentos de inalação e nebulização com máscaras tradicionais; preferir o uso dos inaladores pressurizados dosáveis (conhecidos como "bombinhas para inalação de medicamentos"), pois geram menor quantidade de aerossóis, conforme recomendação dos infectologistas do Telessaúde/MS;

26- orientar os trabalhadores a não compartilharem itens pessoais, como equipamentos de proteção individual (EPI), fones, aparelhos de telefone, mesas e outros;

27- se houver necessidade de encaminhamento do paciente para outro serviço de saúde, sempre notificar previamente o serviço referenciado;

28- 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;

29- estabelecer normas e readequação de ambientes e processos de trabalho e refeitórios, de modo que seja respeitada a distância mínima de 2 metros entre trabalhadores e entre clientes/usuários;

30- seguir as instruções gerais 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 (quando contato com aerossóis e secreções corporais); retirada dos EPI com técnica asséptica; desprezo dos materiais descartáveis no lixo infectante; intensificação da limpeza e desinfecção de objetos e superfícies, principalmente os mais tocados, como maçanetas, interruptores de luz, corrimões, etc.

c) Atendimento a gestantes, parturientes e recém nascidos

Os Hospitais de Pequeno Porte e demais serviços de saúde devem implementar as seguintes recomendações no manejo da gestante de baixo risco e recém-nascido, suspeitos ou confirmados de COVID-19:

1- separar as gestantes sintomáticas (com presença de sinais ou sintomas respiratórios) das assintomáticas;

Assistência ao Parto:

2- durante a assistência ao parto de gestantes sintomáticas, restringir o número de profissionais na sala de parto, mantendo-se a equipe mínima, no sentido de garantir a segurança da paciente e dos profissionais;

3- recomenda-se restringir o direito a acompanhante, enfatizando a atual situação de pandemia da COVID-19, respaldando a instituição e os profissionais com a adoção de tal medida, mesmo em casos de parturiente sem exposição e/ou assintomáticas ao SARS-COV-2 e com acompanhante sem apresentação de sintomas respiratórios;

4- não se recomenda, até o momento, para gestantes sintomáticas o clampeamento tardio do cordão umbilical e contato pele a pele;

Puerpério e alojamento conjunto:

5- manter alojamento conjunto (mãe e filho) até a alta hospitalar, salvo alguma intercorrência que exija separação do binômio, como, por exemplo, o agravamento

das condições da saúde materna;

6- oferecer à puérpera orientações e condições mínimas de redução da chance de transmissão para o recém-nascido, quais sejam:

6.1. orientar e certificar-se que a puérpera possui razoável controle dos sintomas respiratórios, especialmente da tosse;

6.2. orientar sobre a adequada higiene respiratória, etiqueta de tosse, uso e retirada de máscaras e higiene de mãos;

6.3. disponibilizar máscara cirúrgica para as situações de maior proximidade do recém-nascido, como amamentação e o banho;

6.4. não realizar procedimentos geradores de aerossóis;

6.5. manter um distanciamento mínimo de 1 m entre o leito da puérpera e do recém-nascido. Caso essas condições mínimas não possam ser cumpridas, o serviço deverá considerar o afastamento temporário do binômio, pelo menor tempo possível, até que, minimamente, os itens de acima possam ser cumpridos;

Isolamento de casos sintomáticos e/ou confirmados na Clínica Obstétrica:

7- isolar precocemente puérpera sintomática respiratória ou confirmada de COVID-19, em quarto privativo com porta fechada e bem ventilado, preferencialmente;

8- em casos de dispor somente de enfermarias, separar as puérperas confirmadas para COVID-19 em uma mesma enfermaria ou área;

9- não manter, em mesmo ambiente, pacientes suspeitas e confirmadas para COVID-19;

10- manter a distância entre leitos e berços de, no mínimo, 01 metro;

11- em unidades compartilhadas, evitar a realização de procedimentos geradores de aerossol;

12- sinalizar a área estabelecida para isolamento e designar uma equipe de assistência específica para o trabalho;

Acompanhante:

13- recomenda-se restringir o direito da puérpera ao acompanhante, por conta da atual situação de pandemia do SARS-Cov-2, que apresenta como principal medida

de prevenção e controle de infecção o distanciamento social;

14- no sentido de garantir a segurança da paciente e dos profissionais e acompanhantes, seguir as orientações técnicas descritas acima (no item puerpério e alojamento conjunto);

15- avaliar as condições de ambiência e ajustar a organização da unidade para oferecer EPI's necessários à segurança das usuárias, profissionais e diminuir circulação;

16- no caso de restrição do acompanhante, o gestor e Direção Hospitalar deverá documentar, enfatizando a atual situação de pandemia do SARS-CoV-2, respaldando a instituição e os profissionais com a adoção de tal medida;

Aleitamento materno:

17- recomenda-se manter a amamentação em caso de infecção pelo COVID-19, desde que a mãe deseje amamentar e esteja em condições clínicas adequadas para fazê-lo, conforme parecer do Ministério da Saúde juntamente com a Sociedade Brasileira de Pediatria, “considerando os benefícios da amamentação para a saúde da criança e da mulher, a ausência de evidências científicas sobre a transmissão do novo coronavírus por meio da amamentação e que não há recomendação para a suspensão do aleitamento materno na transmissão de outros vírus respiratórios;

18- discutir e avaliar, junto com a equipe de saúde, a decisão de amamentar no momento da infecção, considerando a disponibilidade de EPIs e a orientação contínua da equipe à puérpera sobre boas práticas, conforme mencionados no tópico “Puerpério e Alojamento Conjunto”;

19- caso a segurança do processo não esteja garantida, separar o binômio, com reavaliação frequente para reestabelecimento do vínculo;

20- alternativamente a mulher poderá utilizar a ordenha manual ou por bomba até o final da infecção, considerando o uso de EPI e supervisão da equipe multiprofissional, garantindo a alimentação do recém-nascido;

21- recomenda-se ainda as seguintes precauções, tendo em vista que a mãe infectada pode transmitir o vírus através de gotículas respiratórias durante o contato com a criança, incluindo a amamentação:

21.1- lavar as mãos por pelo menos 20 segundos antes de tocar o bebê ou antes de retirar o leite materno (extração manual ou na bomba extratora);

21.2- usar máscara facial (cobrindo completamente nariz e boca) durante as mamadas e evitar falar ou tossir durante a amamentação;

21.3- trocar a máscara imediatamente em caso de tosse ou espirro ou a cada nova mamada.

d) Atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e transporte interinstitucional de casos suspeitos ou confirmados

Devem ser adotadas as seguintes medidas no atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e transporte interinstitucional de casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2):

1- isolar precocemente pacientes suspeitos durante o transporte. Os mesmos deverão utilizar máscara cirúrgica todo o momento, desde a identificação até a chegada ao local de isolamento;

2- melhorar a ventilação do veículo para aumentar a troca de ar durante o transporte;

3- utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPI) quando em contato com o caso suspeito, conforme Quadro nº 1;

4- realizar higiene das mãos com preparação alcoólica frequentemente;

5- orientar pacientes e possíveis acompanhantes quanto à importância da higienização frequente das mãos;

6- sempre notificar previamente o serviço de saúde para onde o caso suspeito ou confirmado será encaminhado;

7- limpar e desinfetar todas as superfícies internas do veículo, logo após a realização do transporte. A desinfecção pode ser feita com álcool a 70%, hipoclorito de sódio ou outro desinfetante indicado para este fim e seguindo procedimento operacional padrão (POP) definido para a atividade de limpeza e desinfecção do veículo e seus equipamentos. Em seguida, realizar higiene das mãos com álcool 70% em gel ou água e sabonete líquido;

8- reforçar a provisão de todos os insumos (máscaras cirúrgicas, máscaras N95, sabonete líquido ou preparação alcoólica, lenços de papel, avental impermeável, óculos de proteção e luvas de procedimento) do veículo de transporte;

9- evitar o transporte interinstitucional de casos suspeitos ou confirmados. Se a transferência do paciente for realmente necessária, este deve utilizar máscara cirúrgica, obrigatoriamente, durante todo o percurso.

e) Síntese das medidas para prevenção e controle da disseminação do novo Coronavírus

Com base no conhecimento atual, sintetizamos no Quadro nº 1 as medidas recomendadas para prevenção e controle da disseminação do novo Coronavírus, que podem ser alteradas, conforme disponibilidade de novas evidências científicas.

Para os casos sintomáticos, o uso da máscara de proteção respiratória é uma das medidas de prevenção para limitar a propagação de doenças respiratórias, incluindo o novo coronavírus. No entanto, este uso deve vir acompanhado de outras medidas, como a higiene das mãos com água e sabonete líquido ou preparação alcoólica a 70%, antes e após a utilização das máscaras.

Usar máscaras quando não indicado pode gerar custos desnecessários e criar uma falsa sensação de segurança, que pode levar a negligenciar outras medidas, como a prática de higiene das mãos. Além disso, a máscara deve estar apropriadamente ajustada à face para garantir sua eficácia e reduzir o risco de transmissão.

Quadro nº 1. Recomendação de medidas a serem implementadas para prevenção e controle da disseminação do novo Coronavírus.

Casos suspeitos ou confirmados e acompanhantes	<ul style="list-style-type: none"> - usar máscara cirúrgica; - usar lenços de papel (para tosse, espirros, secreção nasal); - orientar etiqueta respiratória; - higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido ou preparação alcoólica.
Profissionais de Saúde responsáveis pelo atendimento de casos suspeitos ou confirmados	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido ou preparação alcoólica a 70%; - gorro (para procedimentos que geram aerossóis); - óculos de proteção ou protetor facial (face shield); - máscara cirúrgica; - avental impermeável de mangas longas; - luvas de procedimento. <p>Atenção: os profissionais de saúde deverão trocar a máscara cirúrgica por uma máscara de proteção respiratória N95 ou PFF2 ou equivalente, ao realizar procedimentos geradores de aerossóis, como por exemplo: intubação ou aspiração traqueal, ventilação não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, indução de escarro, coletas de amostras nasotraqueais e broncoscopias.</p> <p>Para realização de outros procedimentos não geradores de aerossóis, avaliar a disponibilidade da N95 ou equivalente no serviço. Não havendo disponibilidade, é obrigatório o uso da máscara cirúrgica.</p>
Profissionais de apoio (limpeza, manutenção, nutrição e outros)	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%, frequentemente; - gorro - óculos de proteção ou protetor facial; - máscara cirúrgica; - avental impermeável de mangas longas; - luvas de procedimento.
Minimizar ocorrência de úlceras de decúbito	Promover mudança de decúbito a cada 2 horas
Recepcionistas, vigilantes ou outros que atuam no acolhimento dos pacientes no serviço de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos com água e sabonete líquido ou preparação alcoólica frequentemente; - máscara cirúrgica.
Reduzir incidência de doenças relacionadas à permanência em UTI	Mobilidade precoce do paciente no início da doença, quando for seguro realizar.

Fonte: Nota Técnica nº 04/2020 - GVIMS/GGTES/ANVISA.

4.3 Controle de infecção relacionado à assistência à saúde

Foi utilizado como referencial teórico, a Nota Técnica nº 04/2020 - GVIMS/GGTES/ANVISA, que estabelece medidas de prevenção e controle que devem ser adotados durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), Manual de Segurança do Paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies e Manual para processamento de roupas em serviços de saúde: prevenção e controle de riscos.

a) Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

Para a assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus, são indicados os seguintes EPI:

a.1) Máscara cirúrgica

As máscaras faciais devem ser utilizadas para evitar a contaminação do nariz e boca do profissional por gotículas respiratórias, sendo usadas pelo profissional de saúde e pelos profissionais de apoio que prestarem assistência a uma distância inferior a 1 metro do paciente suspeito ou confirmado de infecção pelo novo Coronavírus. Os pacientes com sintomas de infecção respiratória (tosse, espirros e dificuldade para respirar) também devem usar máscaras.

A seguir, estão relacionados os cuidados que devem ser tomados ao utilizar máscaras:

- colocar a máscara no rosto, cuidadosamente, para cobrir a boca e o nariz, devendo ajustá-la para minimizar os espaços entre a face e a máscara;
- evitar tocar na parte da frente da máscara;
- retirar a máscara sempre pelas tiras ou elásticos laterais, com técnica asséptica, ou seja, cuidando para não tocar na frente da máscara - superfície externa (da mesma forma com as luvas e aventais), que pode estar contaminada;
- realizar a higiene das mãos após a remoção ou sempre que tocar inadvertidamente em uma máscara usada;
- quando a máscara tornar-se suja ou úmida, substituir as máscaras por uma nova máscara limpa e seca;
- não reutilizar máscaras descartáveis;
- não utilizar máscaras de tecido nos serviços de saúde.

a.2) Máscara de proteção respiratória (Respirador particulado- N95/PFF2 ou equivalente)

A máscara de proteção respiratória (respirador particulado) deve ser utilizado quando o profissional atuar em procedimentos com risco de geração de aerossóis, em pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus. São

alguns exemplos de procedimentos com risco de geração de aerossóis: intubação ou aspiração traqueal, ventilação não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coletas de secreções nasotraqueais, broncoscopias, etc.

A máscara de proteção respiratória (respirador particulado - N95/PFF2 ou equivalente) deve estar apropriadamente ajustada à face do profissional. A forma de uso, manipulação e armazenamento deve seguir as recomendações do fabricante e nunca deve ser compartilhada entre profissionais.

Considerando o aumento da demanda causada pela emergência de saúde pública da COVID-19, as máscaras de proteção respiratória (N95/PFF2 ou equivalente) poderão, excepcionalmente, ser usadas por período maior ou por um número de vezes maior que o previsto pelo fabricante, desde que sejam utilizadas pelo mesmo profissional e que sejam seguidas, minimamente, as recomendações abaixo:

- O profissional de saúde deve utilizar um protetor facial (face shield), se houver disponibilidade, pois este equipamento protegerá a máscara de contato com as gotículas expelidas pelo paciente, visando minimizar a contaminação da máscara N95/PFF2 ou equivalente.
- A CCIRAS em conjunto com as equipes das unidades assistenciais, deve definir um Protocolo para orientar os profissionais de saúde, minimamente, sobre o uso, retirada, acondicionamento, avaliação da integridade, tempo de uso e critérios para descarte das máscaras N95/PFF2 ou equivalente. Os profissionais de saúde devem ser orientados sobre a importância das inspeções e verificações da vedação da máscara à face, antes de cada uso.
- Os profissionais de saúde devem inspecionar visualmente a máscara N95/PFF2 ou equivalente, antes de cada uso. Máscaras úmidas, sujas, rasgadas, amassadas ou com vincos, devem ser imediatamente descartadas.
- Se não for possível realizar uma verificação bem-sucedida da vedação da máscara à face do usuário (teste positivo e negativo de vedação da máscara à face), a máscara deverá ser descartada imediatamente.

Importante observar que:

- Não devem ser utilizadas máscaras cirúrgicas sobrepostas à máscara N95 ou equivalente, pois além de não garantir proteção de filtração ou de contaminação, também pode levar ao desperdício de mais um EPI.

- Ao remover a máscara, retire-a pelos elásticos, tomando cuidado para nunca tocar na sua superfície interna e a acondicione em um saco ou envelope de papel, embalagens plásticas ou de outro material, desde que não fiquem hermeticamente fechadas, mantendo-a íntegra, limpa e seca para o próximo uso. Se no processo de remoção da máscara houver contaminação da parte interna, ela deverá ser descartada imediatamente.

- O tempo de uso da máscara, deve considerar as orientações do fabricante. O número de reutilizações da máscara, pelo mesmo profissional, deve considerar as rotinas orientadas pelas Comissões de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) do serviço de saúde e constar no Protocolo de Reutilização.

a.3) Luvas

No contexto da epidemia do novo coronavírus (SARS- CoV-2), as luvas de procedimentos não cirúrgicos devem ser utilizadas em qualquer contato com o paciente ou seu entorno. Para realização de procedimento que exija técnica asséptica, devem ser utilizadas luvas estéreis (de procedimento cirúrgico).

Os profissionais de saúde devem cumprir as recomendações elencadas a seguir quanto ao uso de luvas:

- Colocar as luvas dentro do quarto do paciente ou área em que o paciente esteja isolado.

- Remover as luvas, utilizando a técnica correta, ainda dentro do quarto ou área de isolamento e descartar como resíduo infectante.

- Retirar as luvas puxando a primeira pelo lado externo do punho com os dedos da mão oposta.

- Segurar a luva removida com a outra mão enluvada.

- Tocar a parte interna do punho da mão enluvada com o dedo indicador oposto (sem luvas) e retirar a outra luva.

- Realizar a higiene das mãos imediatamente após a retirada das luvas.
- Não sair do quarto ou área de isolamento com as luvas.
- Nunca tocar desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas.
- Não reutilizar o mesmo par de luvas.
- O uso de luvas não substitui a higiene das mãos.
- Não utilizar duas luvas para o atendimento dos pacientes, esta ação não garante mais segurança à assistência.

a.4) Óculos de proteção ou protetor de face (face shield)

O profissional de saúde deve utilizar óculos de proteção ou protetores faciais (que cubra a frente e os lados do rosto) quando houver risco de exposição do profissional a respingos de sangue, secreções corporais, excreções, etc.

Devem ser exclusivos de cada profissional responsável pela assistência, devendo, imediatamente após o uso, sofrer limpeza e posterior desinfecção com álcool líquido a 70% (quando o material for compatível), hipoclorito de sódio ou outro desinfetante recomendado pelo fabricante ou pela CCIRAS do serviço. Quando o protetor facial tiver sujidade visível, deve ser lavado com água e sabão/detergente e só depois dessa limpeza, passar pelo processo de desinfecção.

a.5) Capote ou avental

O avental, com gramatura mínima de 30g/m² deve ser utilizado para evitar a contaminação da pele e roupa do profissional. A utilização de avental impermeável, com gramatura mínima de 50 g/m², depende do quadro clínico do paciente (vômitos, diarreia, hipersecreção orotraqueal, sangramento, etc).

O avental deve ser de mangas longas, punho de malha ou elástico e abertura posterior. Deve ser confeccionado com material de boa qualidade, atóxico, hidro/hemorrepelente, hipoalérgico, com baixo desprendimento de partículas e resistente, proporcionar barreira antimicrobiana efetiva, além de permitir a execução de atividades com conforto e estar disponível em vários tamanhos.

Deve ser removido e descartado como resíduo infectante após a realização do procedimento e antes de sair do quarto do paciente ou da área de isolamento.

Após a remoção do capote ou avental, deve-se proceder a higiene das mãos para evitar a transmissão dos vírus para o profissional, pacientes e ambiente.

a.6) Gorro

O gorro está indicado para a proteção dos cabelos e cabeça dos profissionais em procedimentos que podem gerar aerossóis. Deve ser de material descartável e removido após o uso. O seu descarte deve ser como resíduo infectante.

b) Isolamento

Os casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus devem ser acomodados, preferencialmente, em um quarto privativo com porta fechada e bem ventilado (com janelas abertas).

Se o hospital não possuir quartos privativos disponíveis em número suficiente para o atendimento de todos os casos, deve ser estabelecida a acomodação dos pacientes em coorte, ou seja, separar em uma mesma enfermaria ou área os pacientes com infecção pelo novo coronavírus.

Deve ser mantida uma distância mínima de 1 metro entre os leitos dos pacientes e deve haver uma preocupação de se restringir ao máximo o número de acessos a essa área de coorte, inclusive visitantes, com vistas a um maior controle da movimentação de pessoas e o cruzamento desnecessário de pessoas e serviços.

O quarto, enfermaria ou área de coorte deve permanecer com a porta fechada, ter a entrada sinalizada com alerta referindo precauções para gotícula e contato, a fim de evitar a passagem de pacientes e visitantes de outras áreas ou de profissionais que estejam trabalhando em outros locais do serviço de saúde.

Antes da entrada do quarto, enfermaria ou área de coorte, devem ser disponibilizadas condições para higiene das mãos (dispensador de preparação alcoólica a 70% e lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel toalha, papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual), EPI apropriado e mobiliário para guarda e descarte de EPI.

Recomendações aos serviços de saúde e aos profissionais de saúde:

- Os serviços de saúde devem manter o registro de todas as pessoas que prestaram assistência direta ou entraram nos quartos ou áreas de assistência dos pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus.
- Os serviços de saúde devem elaborar, disponibilizar de forma escrita e manter disponíveis, normas e rotinas dos procedimentos envolvidos na assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus, tais como: fluxo dos pacientes dentro do serviço de saúde, procedimentos de colocação e retirada de EPI, procedimentos de remoção e processamento de roupas/artigos e produtos utilizados na assistência, rotinas de limpeza e desinfecção de superfícies, rotinas para remoção dos resíduos, entre outros.
- Equipamentos, produtos para saúde ou artigos utilizados na assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus devem ser de uso exclusivo. Caso não seja possível, todos os produtos utilizados nestes pacientes devem ser limpos e desinfetados ou esterilizados antes de serem utilizados em outros pacientes.
- Os pacientes devem ser orientados a não compartilhar pratos, copos, talheres, toalhas, roupas de cama ou outros itens com outras pessoas.
- Os pacientes com sintomas respiratórios devem utilizar máscara cirúrgica desde a chegada ao serviço de saúde, na chegada ao local de isolamento e durante a circulação dentro do serviço (transporte dos pacientes de uma área/setor para outro).
- Necessidade do uso racional de EPI nos serviços de saúde, pois trata-se de um recurso finito e imprescindível para oferecer segurança aos profissionais durante a assistência.
- Os profissionais de saúde que atuam na assistência direta aos pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus e profissionais de apoio não devem circular por outras áreas de assistência e nem prestar assistência a outros pacientes.
- Os profissionais envolvidos devem ser capacitados quanto às medidas de prevenção que devem ser adotadas.
- Deve ser restringida a atuação de profissionais da saúde e a entrada de

acompanhantes/visitantes com sintomas de doença respiratória aguda.

A descontinuação das precauções e isolamento deve ser determinada caso a caso, em conjunto com as autoridades de saúde locais, estaduais e federais.

c) Processamento de produtos para saúde

Para processamento de produtos de saúde, devem ser seguidas as determinações previstas na Resolução RDC nº 156/ANVISA, de 11 de agosto de 2006, que dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos e na Resolução RDC nº 15/ANVISA, de 15 de março de 2012, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

Portanto, não há uma orientação específica quanto ao processamento de equipamentos, produtos para saúde ou artigos utilizados na assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus. O processamento deve ser realizado de acordo com as características, finalidade de uso e orientação dos fabricantes e dos métodos escolhidos.

Produtos para saúde, equipamentos ou artigos para saúde utilizados em qualquer paciente devem ser recolhidos e transportados de forma a prevenir a possibilidade de contaminação de pele, mucosas e roupas ou a transferência de microrganismos para outros pacientes, profissionais ou ambientes.

O serviço de saúde deve estabelecer fluxos, rotinas de retirada e de todas as etapas do processamento dos equipamentos, produtos para saúde ou artigos utilizados durante a assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus.

d) Limpeza e desinfecção de superfícies

Para a limpeza e desinfecção de superfícies em contato com casos suspeitos ou confirmados pelo novo coronavírus não há uma recomendação diferenciada. Recomenda-se que a limpeza das áreas de isolamento sejam concorrente, imediata ou terminal.

- A limpeza concorrente é aquela realizada diariamente, com a finalidade de limpar, organizar o ambiente, repor os materiais de consumo diário e recolher os resíduos.

- A limpeza imediata é aquela realizada em qualquer momento, quando ocorrem sujidades ou contaminação do ambiente e equipamentos com matéria orgânica, mesmo após ter sido realizada a limpeza concorrente.

- A limpeza terminal é uma limpeza mais completa, incluindo todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas. É aquela realizada após a alta, óbito ou transferência do paciente. Como a transmissão do novo coronavírus se dá por meio de gotículas respiratórias e contato não há recomendação para que os profissionais de higiene e limpeza aguardem horas ou turnos para que o quarto ou área seja higienizado, após a alta do paciente.

A desinfecção das superfícies das unidades de isolamento só deve ser realizada após a sua limpeza. Sabe-se que os vírus são inativados pelo álcool a 70% e pelo cloro. Portanto, preconiza-se a limpeza das superfícies do isolamento com detergente neutro, seguida da desinfecção com uma destas soluções desinfetantes ou outro desinfetante padronizado pelo serviço de saúde, desde que seja regularizado junto à Anvisa.

No caso da superfície apresentar matéria orgânica visível, deve-se inicialmente proceder à retirada do excesso da sujidade com papel/tecido absorvente e posteriormente realizar a limpeza e desinfecção desta.

Deve-se limpar e desinfetar as superfícies que estão próximas ao paciente e são freqüentemente tocadas no ambiente de atendimento (grades da cama, cadeiras, mesas de cabeceira, de refeição, maçanetas, grades dos leitos, interruptores de luz, corrimões, superfícies de banheiros nos quartos dos pacientes, etc). Além disso, devem incluir os equipamentos eletrônicos de múltiplo uso (bombas de infusão, monitores, etc) e os usados durante a prestação da assistência ao paciente (verificadores de pressão arterial e oximetria).

O serviço de saúde deve possuir Protocolos contendo as orientações a serem implementadas em todas as etapas de limpeza e desinfecção de superfícies e garantir a capacitação periódica das equipes envolvidas, sejam elas próprias ou terceirizadas. As orientações sobre o tema podem ser acessadas no Manual de Segurança do Paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies da Anvisa.

e) Processamento de roupas

O processo de lavagem para as roupas provenientes de casos suspeitos ou confirmados do novo coronavírus (SARS-CoV-2), a ser seguido pelas unidades de processamento de roupas de serviços de saúde, é o mesmo estabelecido para as roupas provenientes de outros pacientes em geral.

Os serviços de saúde devem possuir Protocolos contendo as orientações a serem implementadas em todas as etapas do processamento das roupas, garantindo-se capacitação periódica das equipes envolvidas, sejam elas próprias ou terceirizadas. As orientações sobre o tema podem ser acessadas no Manual de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde: prevenção e controle de riscos, da Anvisa.

f) Tratamento de resíduos

Todos serviços de saúde devem dispor de um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS, de acordo com art 5º da RDC/Anvisa nº 222, de 28 de março de 2018, observando-se as regulamentações federais, estaduais e municipais. A finalidade é minimizar a geração de resíduos e proporcionar um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores e a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

Segundo definição da referida Resolução, todos os resíduos provenientes da assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (COVID-19) enquadram-se na categoria A1. Os resíduos devem ser acondicionados em sacos vermelhos e identificados pelo símbolo de substância infectante. Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura, vazamento, com tampa provida de controle de fechamento. Estes resíduos devem ser tratados antes da disposição final ambientalmente adequada.

Excepcionalmente, durante essa fase de atendimento aos pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), caso o serviço de saúde não possua sacos vermelhos para atender a demanda, poderá utilizar os sacos brancos leitosos com o símbolo de infectante para acondicionar esses resíduos.

5- TRATAMENTO

Foi utilizado como referencial teórico para os procedimentos de tratamento e manejo clínico do paciente com a COVID-19 a padronização instituída pelos Hospitais de Campo Grande e Dourados/MS, que recomendam condutas de tratamento com base na classificação clínica apresentada pelo paciente, a seguir explicitadas.

5.1- Classificação por apresentação clínica

- a)** Infecção assintomática: ausência de sinais e sintomas clínicos da doença e exame de imagem normal dos pulmões, com teste do ácido nucleico positivo para SARS-CoV-2;
- b)** Leve: paciente sem qualquer fator de risco/ comorbidades com infecção viral do trato respiratório superior, febre baixa, tosse, mal-estar, rinorreia, dor de garganta sem qualquer sinal de alerta, sintomas gastrintestinais, sem alteração do estado mental e não imunocomprometidos. Pode incluir fadiga, mialgia e espirros. Ausculta pulmonar normal. Alguns casos podem não apresentar febre ou apresentar somente sintomas digestivos, como náuseas, vômitos, dor abdominal e diarreia (estes casos poderão ser acompanhados na APS/ESF);
- c)** Graves: pacientes que se encontram com síndrome gripal com sinais e sintomas de gravidade ou com comorbidades; devem ser estabilizados e encaminhados a Centros de Referência/Urgência /Hospitais para avaliação ou intervenções que exijam maior densidade tecnológica.

d) 5.2- Condutas de tratamento segundo a classificação clínica

Casos leves:

- 1- prescrever sintomáticos;
- 2- não colher swab naso e orofaríngeo – dependente das orientações do CIEVS- (telefone: 67 9 8477 - 3435);
- 3- Oseltamivir 75mg - via oral, 12/12h, por 5 dias para todos os pacientes que tenham situações e fatores de risco para complicações ou mesmo até que fique pronto o resultado de Influenza. Considerar profilaxia para os contactantes do grupo de risco (doença cardiovascular, diabetes mellitus, hipertensão arterial, doença pulmonar crônica, neoplasias malignas, doença renal crônica);

- 4- orientar isolamento domiciliar por 14 dias pelo menos e até 72 horas de melhora dos sintomas; orientar observação da progressão de sinais e sintomas; a revisão da evolução deve ser realizada por profissional da APS a cada 48h, preferencialmente por telefone, realizando consulta presencial, preferencialmente no domicílio, conforme necessidade;
- 5- monitorar o grupo de risco pela Vigilância Epidemiológica Municipal.

Casos graves:

- 1- internar em hospitais com isolamento respiratório e contato;
- 2- isolamento individual ou coorte;
- 3- coletar swab naso e orofaríngeo (Influenza e SARS-CoV-2);
- 4- coletar rotina de exames, incluindo: hemograma, função renal e hepática, CPK, Na, K, Mg, Ca, DLH, TAP, TTPA, Procalcitonina, D-dímero, PCR, gasometria arterial, ácido láctico; cultura de secreção traqueal e hemocultura;
- 5- Raios X de tórax (AP no leito);
- 6- ECG;
- 7 – Tomografia de tórax (considerar precauções e capacidade de transporte);
- 8- prescrever imediatamente (protocolo de sepse – em até uma hora):
 - a) Oseltamivir 75mg - via oral ou por SNE, 12/12h por 5 dias ou até excluir Influenza. Considerar aumento de dose e período de tratamento conforme evolução clínica;
 - b) Difosfato de cloroquina 150mg 3 comprimidos - VO ou SNE, de 12/12h no 1º dia, seguido de 3 comprimidos 1 x ao dia por 4 dias.
Segunda opção: (gestantes e cardiopatia de base) Hidroxicloroquina: Dose adulta: 400mg - VO ou SNE, a cada 12h no 1º dia; após, 400mg, 1 vez ao dia por 4 dias (discutir prorrogação de tratamento conforme evolução clínica);
 - c) Azitromicina 500mg IV, 1x ao dia por 5 dias;
 - d) prescrever imediatamente higiene bucal com peróxido de hidrogênio de 0,5% a 1% ou povidona a 0,2% (caso o paciente não seja alérgico) por 30 segundos; manter higiene bucal com clorexidina 0,12%, caso indicação do serviço de odontologia;
 - e) oxigenoterapia sob monitoramento;
 - f) hidratação venosa conforme avaliação clínica.

Corticosteróides:

Especialistas da China indicam seu uso em:

- 1- casos críticos ou graves;
- 2- febre alta persistente (maior que 39°C);
- 3- TC com achado de vidro fosco ou com mais de 30% de área pulmonar afetada;
- 4- TC demonstrando progressão rápida (mais de 50% de área em menos de 48 horas de história);
- 5- casos com dosagem de Interleucina-6 maior que 5ULN (não disponível na prática): dose inicial de metilprednisolona é de 0,75-1,5mg/kg IV ao dia (em torno de 40mg uma ou duas vezes ao dia);
- 6- doses entre 40-80mg de 12/12h pode ser usada em casos críticos;
- 7- reduzir para metade da dose a cada 3-5 dias se melhora clínica, normalização da temperatura ou reabsorção das lesões pulmonares. Com redução da dose IV em 20mg ao dia, pode ser trocada para via oral. Cessar o uso com a melhora quase completa do paciente.

Alterações laboratoriais associadas com piores desfechos:

- 1- linfopenia, enzimas hepáticas elevadas, DLH elevado;
- 2- marcadores inflamatórios elevados (proteína C reativa, ferritina);
- 3- D-dímero elevado (>1 mcg/mL);
- 4- Tempo de protrombina elevado, CPK elevada, injúria renal aguda.

Critérios de alta hospitalar:

- 1- temperatura corporal normal por, pelo menos, 3 dias (< 37,5 °C);
- 2- melhora dos sintomas respiratórios;
- 3- TC tórax com melhora importante nas lesões;
- 4- sem comorbidades ou complicações que necessitem prolongamento de hospitalização;
- 5- SpO₂ > 93% sem necessidade de oxigenioterapia;
- 6- para alta domiciliar, os pacientes devem permanecer em isolamento por duas semanas após a alta;
- 7- orientar para o domicílio:
 - a) um local independente, com frequente ventilação e desinfecção;
 - b) evitar contato em casa com crianças, idosos e pessoas com imunidade debilitada;

- c) pacientes e seus familiares devem usar máscaras e lavar as mãos frequentemente;
- d) controlar a temperatura corporal duas vezes ao dia (pela manhã e ao entardecer) e observar mudanças na condição do paciente.

Orientações COVID-19

Manejo clínico básico

- Exames da admissão:**
- Hemograma
 - Uréia e creatinina
 - Na, K, Mg, Cai
 - Gasometria arterial com lactato
 - Bilirrubina total e frações
 - AST, ALT
 - CPK, DHL, D-dímero
 - PCR
 - Procalcitonina
 - TAP e TTPa
 - Hemocultura
 - Cultura de secreção traqueal
 - ECG
 - RX de tórax (AP no leito)
 - TC tórax (considerar precauções e capacidade de transporte)

- Coleta de Swab:**
1. RT-PCR de H1N1 e COVID-19
 - 1 amostra swab narina direita
 - 1 amostra swab narina esquerda
 - 1 amostra swab orofaringe
 2. Preenchimento ficha LACEN
 3. Preenchimento ficha SRAG
 4. Pedido em receituário comum

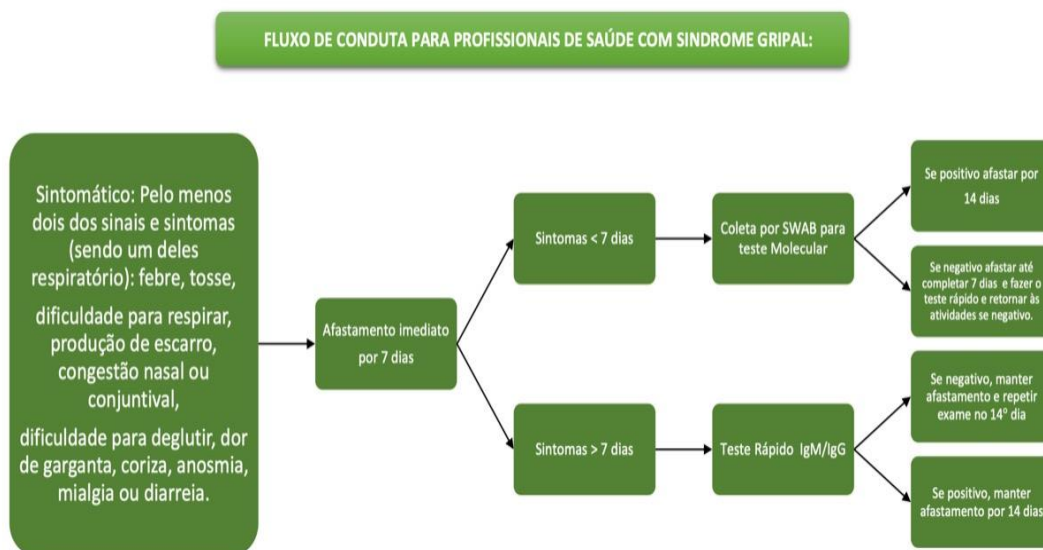
- Exames da Rotina:**
- Hemograma
 - Uréia e creatinina
 - Na, K, Mg, Cai
 - Gasometria arterial com lactato
- * Avaliar individualmente:
- Bilirrubina total e frações
 - AST, ALT
 - CPK, DHL, D-dímero
 - PCR
 - TAP e TTPa

- Tratamento:**
- Oseltamivir 75 mg (VO ou SNE) 12/12h (até resultado Influenza)
 - Ceftriaxona 1g (IV) 12/12h + Azitromicina 500mg (IV) 1x/d <ou> Claritromicina 500 mg (VO ou SNE) 12/12h (considerar suspender após resultado da hemocultura)
 - Paciente grave: Sulfato de Hidroxicloroquina (aguardar reuniões clínicas)
- Prescrição básica:**
- Nutrição enteral possível?
 - Sim: Dieta SNE contínua
 - Não: SG 50% - 250 ml (IV) em BIC em 24h (25 ampolas de GH 50%)
 - Tem febre?
 - Sim: Dipirona 2g (IV) 6/6h + Paracetamol 60 gts (SNE) 6/6h
 - Não: Dipirona 1g (IV) 6/6h
 - Metoclopramida ou Bromoprida 10mg (IV) 8/8h
 - Omeprazol 40 mg (IV) 1x/dia
 - Enoxaparina 40mg (SC) 1x/dia
- Drogas Vasoativas:** Alvo PAM 60-65 mmHg
- Noradrenalina 4 amp + SF0,9% 234 ml (IV) em BIC – ACM
 - Vasopressina 20 UI + SF0,9% 100 ml (IV) em BIC – ACM
- * Não recomendado o uso de Dopamina
- * Noradrenalina periférica: 2 amp + SF0,9% 250 ml (IV) em BIC – ACM até punção de veia central
- * Não recomendado uso de corticoide - se choque refratário, Hidrocortisona 50mg (IV) 6/6h
- * Sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular em fluxograma anexo
- * Reposição volêmica somente na fase de expansão (se não recebeu na unidade de origem, e se paciente hipotenso e Lactato \geq 4 mmol/L - Ringer Lactato 20 ml/kg)
- * Não prescrever inalação

* Em caso de não apresentar febre, considerar a administração de Dipirona apenas "SE NECESSÁRIO".

** Considerar a administração de Metoclopramida ou Bromoprida apenas "SE NECESSÁRIO".

5.3- Fluxo de conduta para profissionais de saúde com Síndrome Gripal



6- GUIA DO ISOLAMENTO DOMICILIAR

Como fazer o Isolamento Domiciliar?

Por recomendação do Ministério da Saúde, o **isolamento domiciliar será para os casos suspeitos ou confirmados** de infecção pelo novo coronavírus e viajantes que cheguem ao Brasil vindos do exterior.

O isolamento em casa pede cuidados específicos, como **a separação de objetos pessoais, limpeza imediata de banheiros após o uso e a separação de indivíduos** em cômodos diferentes da casa.

PREPARANDO A CASA PARA CONVIVER COM PACIENTE SUSPEITO OU INFECTADO PELO CORONAVÍRUS

ORIENTAÇÕES GERAIS

- Manter todas janelas abertas, principalmente no cômodo do paciente e das áreas comuns.
- Não receber visitas.
- Ao tossir e espirrar, todos devem cobrir boca e nariz com um lenço descartável ou com a parte interna do cotovelo.
- Se houver cuidador: ele deve usar máscara cirúrgica e luvas sempre que

compartilhar o mesmo ambiente do paciente em isolamento.

- A duração do isolamento deverá ser de 14 dias, desde o início dos sintomas.
- O paciente não deve circular pela casa. Se precisar, apenas o mínimo possível.

MEDIDAS DE SEGURANÇA E ADAPTAÇÕES NECESSÁRIAS:

LACTANTES

- Ao amamentar, higienizar as mãos e usar máscara.
- Uma saída para evitar o contato é ordenhar o leite e oferecê-lo em algumas mamadas.
- Se possível, peça ajuda de outra pessoa para fazer a higienização dos objetos usados na ordenha.

SALA E OUTROS CÔMODOS

- Se houver apenas 1 quarto, **o paciente deve ficar nele** e os demais moradores na sala.
- Manter os móveis limpos com **álcool 70%**.
- Não compartilhar **sofás ou outros móveis** que não permitam limpeza.
- Manter a **distância dos demais** de, pelo menos, 2 metros.

COZINHA

- Não **compartilhar utensílios**.
- Se o paciente **cozinhar, é preciso usar máscara**.
- **Lavar talheres, pratos e copos** com água e detergente comum.

BANHEIRO

- Prefira sabonete líquido.
- Não compartilhar toalhas de corpo e rosto ou escovas de dente.
- Após o uso do banheiro, o paciente deve dar descarga com a tampa fechada e desinfetar todas as superfícies com álcool 70% ou água sanitária: maçanetas, vaso sanitário, toque da descarga, pia e torneira.
- Limpar o banheiro, pelo menos, uma vez ao dia com desinfetante.

QUARTO DE ISOLAMENTO

- Deve ser usado apenas pelo paciente e ter, preferencialmente, um banheiro.
- Manter a porta fechada e limpar as maçanetas com álcool 70% ou água sanitária.
- Manter janelas abertas para circulação de ar e entrada de luz solar.
 - O próprio paciente precisa trocar a roupa de cama e banho, colocar dentro de um saco de lixo e entregar direto para a lavagem.
- Caso outra pessoa precise acessar o quarto, deverá fazê-lo com o uso de máscara e, logo em seguida, fazer a devida higienização de suas mãos e roupas.
- Luvas, máscaras e outros resíduos devem ser descartados na lixeira, com saco de lixo, do quarto.

7- NOTIFICAÇÃO À VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

O que notificar?

Casos de **SRAG** hospitalizado ou **óbito por SRAG**, que atendam a definição de caso suspeito de Doença pelo Coronavírus-2019 (COVID-19). Devem ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).

Por ser uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), segundo anexo II do Regulamento Sanitário Internacional, trata-se de um evento de saúde pública de notificação imediata.

Quem deve notificar?

Profissionais e instituições de saúde do setor público ou privado, em todo o território nacional, segundo legislação nacional vigente.

Quando notificar?

Devem ser notificados dentro do prazo de 24 horas a partir da suspeita inicial do caso ou óbito; deve ser realizada pelo meio de comunicação a partir do conhecimento de caso que se enquadre na definição de suspeito, como determina a Portaria de Consolidação Nº 04, anexo V, capítulo I, seção I (<http://j.mp/portariadeconsolidacao4ms>).

Como notificar?

- Notificação imediata de todo caso de **SRAG hospitalizado e óbito por SRAG**, devendo ser realizada por meio dos telefones:
 - 3318-1831 – Gerência Técnica de Influenza e Doenças Respiratórias (durante horário de expediente da SES) ou
 - Plantão 24 horas CIEVS-SES-MS: 9 8477-3435 (ligação e WhatsApp).
(Fluxo já estabelecido para Vigilância da Influenza).

- Registro de SRAG e SG (Síndrome Gripal) de Unidades Sentinelas (Campo Grande, Corumbá, Dourados, Três Lagoas, Ponta Porã e Naviraí): as Unidades Sentinelas deverão inserir no Sistema SIVEP GRIPE os casos de SRAG e SG. Os demais municípios deverão encaminhar as fichas devidamente preenchidas à área técnica da SES ou plantão do CIEVS: gtinfluenzams@outlook.com ou cievs.ms@hotmail.com ou 67 98477-3435.

- Preencher a FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL – CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADOS (ANEXO) e GAL (Gerenciamento de Ambiente Laboratorial) para envio juntamente da amostra ao LACEN.

Síndromes Gripais – Sistema E-SUS VE

Deverão ser inseridos no sistema **E-SUS VE** (www.notifica.saude.gov.br):

- **somente os casos de profissionais de saúde do setor público ou privado e força de segurança** com Síndrome Gripal (SG) e que forem submetidos a coleta de amostra para realização de diagnóstico laboratorial por meio de RT PCR (até 7 dias do início de sintomas) OU teste rápido (a partir do 7º dia do início dos sintomas).

- Contatos de casos confirmados de COVID-19.

Não está indicada a realização de exames em assintomáticos.

- Também deverão ser inseridos no E-SUS VE (www.notifica.saude.gov.br) casos com SG que após triagem via disque-covid (3311-6262) sejam orientados a

comparecer ao DRIVE-TRU Covid (EM CAMPO GRANDE) para realização de coleta de amostra para exame.

- Casos de Síndrome Gripal **NÃO SÃO DE NOTIFICAÇÃO IMEDIATA** via CIEVS. Apenas deverão ser inseridos no sistema E-SUS VE e informados ao CIEVS com o envio da ficha de notificação via e-mail (cievs.ms@hotmail.com) para controle, até estabilidade do sistema E-SUS.

Casos específicos:

- Na **Atenção Primária** e nas demais **unidades de saúde (clínicas, consultórios, pronto atendimento, etc.)**: Casos de SG devem ser notificados por meio do sistema e-SUS VE www.notifica.saude.gov.br (por meio de realização de auto cadastro).
- Nas Unidades de Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal: Casos de SG devem seguir os fluxos já estabelecidos para a vigilância da influenza e outros vírus respiratórios, devendo ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).
- Nos hospitais: Casos de SRAG hospitalizados devem ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).
- Óbitos por SRAG independente de internação: devem ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).

E quando for óbito?

Óbitos suspeitos, independente de internação, devem ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) <https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/>

As orientações sobre o preenchimento e a emissão da Declaração de Óbito estão disponíveis no documento “Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19” (www.saude.gov.br/coronavirus).

8- PROCESSAMENTO DA AIH NO SIHD/SUS

Neste período de pandemia, faz-se necessário, ajustes e adequações de toda rede assistencial de saúde no estado para o enfrentamento desse problema. Neste cenário, é de suma importância que os leitos hospitalares sejam ocupados de forma criteriosa, no sentido, tanto de haver disponibilidade do leito, quanto de que sejam compatíveis com a gravidade e complexidade que individualmente cada caso venha requerer.

Com a inclusão no SIGTAP, pela Portaria nº 245, de 24/03/2020, de novo procedimento denominado TRATAMENTO DE INFECÇÃO PELO CORONAVIRUS – COVID 19 - 03.03.01.002-3 para internações de portadores dessa virose, faz-se necessário alguns esclarecimentos e orientações, como garantia de que o Sistema de Informação Hospitalar seja alimentado com informações compatíveis com outros Sistemas de Informação do SUS, em especial com o Sistema de Informação Epidemiológica:

Quanto ao local de internação:

Portadores de COVID-19, podem ser assintomáticos ou sintomáticos. Sendo que os sintomas podem ser desde leves, que não requerem tratamento hospitalar, até quadros moderados a severos, e que, em determinado momento, poderão necessitar de internação em alguns desses tipos de estabelecimentos hospitalares:

I - Hospitais de pequeno e médio porte, que possuem nível de complexidade para prestar assistência a pessoas portadoras do COVID-19 com quadro clínico leve a moderado e que não exijam ventilação assistida e cuidados em Unidades de Terapia Intensiva.

II - Hospitais de grande porte e UTI, que possuem nível de complexidade para prestar assistência a pessoas portadores do COVID-19 com quadro clínico moderado a grave e que exijam ventilação assistida e cuidados em Unidades de Terapia Intensiva, com suporte avançado de vida para o restabelecimento da condição de saúde do paciente crítico.

Quanto à autorização da internação:

Os critérios utilizados para análise dessas internações seguem o mesmo padrão já utilizado para qualquer outro tipo de internação. Apenas destacamos para que sejam observados:

- a) Serão autorizados laudos e espelhos de AIH para o procedimento TRATAMENTO DE INFECÇÃO PELO CORONAVIRUS – COVID 19 - 03.03.01.002-3 as internações de pacientes que: 1) sejam casos confirmados laboratorialmente, conforme Nota Informativa nº 8/SES/MS ou sejam confirmados pelo serviço de Vigilância Epidemiológica;
- b) Justificativa da internação hospitalar: informações clínicas colhidas em anamnese e descrição de exame físico, que sustentem a hipótese diagnóstica inicial de COVID-19, e que o quadro clínico possa ser caracterizado como de moderada gravidade¹;
- c) Apresentação de laudo de confirmação diagnóstica laboratorial, quando for o caso, que pode ser prévio à internação, desde que haja nexo temporal entre a data de realização do exame e o quadro clínico que motivou a internação, ou pode ser realizado com o paciente internado²;
- d) Apresentação da ficha de notificação do agravo para a Vigilância Epidemiológica e da ficha de investigação emitida pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica (com confirmação de diagnóstico de COVID-19 por critério laboratorial ou clínico-epidemiológico) anexadas aos documentos apresentados na fase de autorização ou de faturamento da internação³;
- e) Internações que não atingirem o tempo de permanência mínimo, ou nas quais não ocorra a confirmação diagnóstica, poderão ser sugeridas mudanças do procedimento inicialmente solicitado, para outro procedimento que seja mais adequado com a assistência prestada⁴;
- f) Nos casos em que o paciente necessite permanecer internado após o dobro do período definido no SIGTAP, para o atributo “Média de permanência” do procedimento principal realizado na internação, deverá ser solicitado o procedimento especial no “Laudo para solicitação / autorização de mudança de procedimento e de procedimento(s) especial(ais)” código 08.02.01.019.9 Diária de Permanência informando a quantidade de diárias que ultrapassou do dobro da média de permanência prevista no SIGTAP;

- g) Considerando que o novo fluxo de apresentação da produção hospitalar, conforme Ofício Circular n. 184/CECAA/SES/2020, de 19 de março de 2020, está sendo realizado por meio de preenchimento de planilhas, esclarecemos que nos casos das internações com o lançamento do procedimento 03.03.01.022-3, deverá ser digitalizado o laudo do laboratório confirmando a COVID-19 e enviado juntamente com a planilha Anexo VI por e-mail;
- h) Todos os documentos (Laudos, fichas, autorização de encaminhamento pela CERA e outros) deverão compor o Prontuário do paciente.

¹ A justificativa de internação é dada pela gravidade do caso. Casos leves ou mesmo assintomáticos, mesmo que já tenham confirmação laboratorial de COVID-19, não devem ser internados em hospitais;

² O resultado do exame laboratorial pode ser apresentado até o momento do processamento das AIHs;

³ Notificação dos casos suspeitos e confirmados é obrigatória, considerando a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, no Art. 6º, que torna obrigatório "o compartilhamento entre órgãos e entidades da administração pública federal, estadual, distrital e municipal de dados essenciais à identificação de pessoas infectadas ou com suspeita de infecção pelo corona vírus ". E Portaria nº 758, de 9 de abril de 2020, que em seu artigo Art. 2º diz que "O registro obrigatório de internações hospitalares de que trata esta Portaria será realizado diariamente, por todos os estabelecimentos de saúde públicos e privados que realizarem internações de pacientes suspeitos ou confirmados pelo COVID-19".

⁴ Período de permanência 5 dias de acordo com o SIGTAP. Confirmação diagnóstica de COVID 19 por teste validado pela ANVISA.

Quanto ao Faturamento da internação:

Sao 3 (três) os Procedimentos previstos no SIGTAP:

- 1) O Procedimento 03.03.01.022-3 - TRATAMENTO DE INFECÇÃO PELO CORONAVIRUS – COVID-19 foi incluído no SIGTAP pela Portaria nº 245, de 24/03/20:

Modalidade de Atendimento:	Hospitalar
Complexidade:	Média Complexidade
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Sub-Tipo de Financiamento:	
Instrumento de Registro:	AIH (Proc. Principal)
Sexo:	Ambos
Média de Permanência:	5
Tempo de Permanência:	
Quantidade Máxima:	1
Idade Mínima:	0 meses
Idade Máxima:	130 anos
Pontos:	80
Atributos Complementares:	Admite permanência à maior

- 2) O Procedimento 08.02.01.029-6 - DIÁRIA DE UTI II - ADULTO COVID19 foi incluído no SIGTAP pela Portaria nº 237, de 18/03/20 e retificado em 04/2020:

Modalidade de Atendimento:	Hospitalar
Complexidade:	Não se Aplica
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Sub-Tipo de Financiamento:	
Instrumento de Registro:	AIH (Proc. Especial)
Sexo:	Ambos
Média de Permanência:	
Tempo de Permanência:	
Quantidade Máxima:	
Idade Mínima:	12 anos
Idade Máxima:	130 anos

- 3) O Procedimento 08.02.01.030-0 - DIARIA UTI II PEDIATRICA COVID-19 foi incluído no SIGTAP pela Portaria nº 237, de 18/03/20 e retificado em 04/2020:

Modalidade de Atendimento:	Hospitalar
Complexidade:	Não se Aplica
Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)
Sub-Tipo de Financiamento:	
Instrumento de Registro:	AIH (Proc. Especial)
Sexo:	Ambos
Média de Permanência:	
Tempo de Permanência:	
Quantidade Máxima:	
Idade Mínima:	0 meses
Idade Máxima:	12 anos

Descrição do SIGTAP para os procedimentos acima: "Compreende todas as ações necessárias à manutenção da vida do paciente **com diagnóstico de coronavírus - covid 19**, com o suporte e tratamento intensivos". (Grifo nosso).

Será considerado, para fins de faturamento, que:

- ✓ O acesso do paciente a internação com o diagnóstico de Covid-19 no estabelecimento de saúde, seguiu o fluxo determinado pela Coordenadoria Estadual de Regulação da Assistência.
- ✓ O lançamento do procedimento 03.03.01.022-3 - TRATAMENTO DE INFECÇÃO PELO CORONAVIRUS – COVID 19 no espelho de AIH e o seu pagamento, somente será autorizado, mediante a comprovação por meio de laudo do laboratório, confirmando o diagnóstico de Covid-19, enviado juntamente com a planilha Anexo VII por e-mail, conforme Ofício Circular n. 184/CECAA/SES/2020, de 19 de março de 2020. Ou ainda, por meio da Ficha de Investigação Epidemiológica emitida pelo Sistema de Vigilância, nos casos de diagnóstico confirmado segundo critério clínico epidemiológico.
- ✓ Considera-se Serviço de Tratamento Intensivo aqueles que *"têm por objetivo prestar atendimento a pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis, que exijam assistência médica ininterrupta, com apoio de equipe de saúde multiprofissional, além de equipamento e recursos humanos especializados"*;
- ✓ Considera-se Paciente Grave aquele que apresenta instabilidade de um ou mais sistemas orgânicos, com risco de morte e Paciente de Risco aquele que possui alguma condição potencialmente determinante de instabilidade.

9- REFERÊNCIAS

Leis

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

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

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

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

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

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

LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020: dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do corona vírus responsável pelo surto de 2019.

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

Decretos

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

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

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

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

DECRETO Nº 10.212, DE 30 DE JANEIRO DE 2020: promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia-Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005.

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

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

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

Portarias

PORTARIA Nº 188, DE 03 DE FEVEREIRO DE 2020: declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional – ESPIN em decorrência da infecção humana pelo novo corona vírus (2019-nCoV).

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

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

• **Link:** https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264_19_02_2020.html

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

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

Nota Técnica e Manuais

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº 04/2020/GVIMS/GGTES/ANVISA. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo Novo Coronavírus (SARS- CoV-2). Atualizada em: 31/03/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. NOTA INFORMATIVA Nº 5/2020-DAF/SCTIE/MS. Atualizada em 31 de março de 2020.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília: Anvisa, 2012. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude-limpeza-e-desinfeccao-de-superficies>.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Processamento de roupas em serviços de saúde: prevenção e controle de riscos. Brasília: Anvisa, 2009. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/processamento_roupas.pdf.

NOTA TÉCNICA Nº 03, DE 1º DE ABRIL DE 2020. Manejo do Ciclo Gravídico Puerperal e Lactação – COVID-19. SES-SP.

NOTA TÉCNICA Nº 7/2020. Manejo do Ciclo Gravídico Puerperal e Lactação – COVID-19. DAPES/SAPS/MS.

SESAU. Minuta de Procedimento Operacional Padrão para Manejo de Pacientes com COVID-19. Campo Grande/MS: emissão em 02/04/2020.

Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Comitê de Odontologia AMIB de enfrentamento ao COVID-19. Departamento de Odontologia AMIB. Recomendações AMIB para atendimento odontológico COVID-19. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/26/2603Recomendacoes_AMIB-CFO_para_atendimento_odontologico_COVID19_atualizada.pdf. Acesso em: 03/04/2020.

Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE). Associação Médica Brasileira (AMB). Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Colégio Brasileiro de Enfermagem em Emergência (COBEEM). **Recomendações para prevenção e controle de exposição no atendimento a pacientes portadores de COVID-19 para profissionais do atendimento pré-hospitalar e transporte de pacientes.** Disponível em: www.cofen.org.br. Acesso em: 10/04/2020.

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.156/2016, que "Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva".

RESOLUÇÃO CREMESP Nº 170/2007, que Define e regulamenta as atividades das Unidades de Terapia Intensiva.

Fluxo de manejo clínico do adulto e idoso na Atenção Especializada/Ministério da Saúde - Corona vírus Covid19.

Nota Informativa nº 8- CORONAVIRUS SES/MS, de 16 de abril de 2020.