



CORONAVÍRUS **COVID-19**

PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO DO CORONAVÍRUS (COVID-19) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

| **Versão 8**

Brasília - DF
Abril de 2020

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





Sumário

1 INTRODUÇÃO	3
2 CURSO CLÍNICO	4
2.1 Sinais e Sintomas	4
2.2 Diagnóstico	5
3 MANEJO CLÍNICO NA APS/ESF	6
3.1 TELEATENDIMENTO	7
3.2 FLUXOGRAMA	9
3.3 IDENTIFICAÇÃO DE CASO SUSPEITO DE SÍNDROME GRIPAL E DE COVID-19	10
3.4 MEDIDAS PARA EVITAR CONTÁGIO NA USF	10
3.5 ESTRATIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA SÍNDROME GRIPAL	10
3.6 CASOS LEVES: MANEJO TERAPÊUTICO E ISOLAMENTO DOMICILIAR	16
3.6.1 Manejo Terapêutico	16
3.6.2 Isolamento Domiciliar	19
3.6.3 Orientações para afastamento e retorno às atividades de profissionais de saúde	21
3.7 CASOS GRAVES: ESTABILIZAÇÃO E ENCAMINHAMENTO AO CENTRO DE REFERÊNCIA OU CENTRO DE URGÊNCIA	22
3.8 NOTIFICAÇÃO IMEDIATA	22
3.9 REALIZAÇÃO DE TESTES PELA APS	23
3.10 MONITORAMENTO CLÍNICO	24
3.11 MEDIDAS DE PREVENÇÃO COMUNITÁRIA E APOIO À VIGILÂNCIA ATIVA	26
3.12 RECOMENDAÇÕES EM GRUPOS ESPECIAIS	26
4 REFERÊNCIAS	29
5 ANEXOS	30

Atualização da Versão 8

- Inclusão de condições clínicas de risco
- Orientação em relação a rotina de realização de testes



1 - INTRODUÇÃO

No fim de 2019, o Novo Coronavírus foi nomeado como SARS-CoV-2. Este Novo Coronavírus produz a doença classificada como COVID-19, sendo agente causador de uma série de casos de pneumonia na cidade de Wuhan (China) [1]. Ainda não há informações plenas sobre a história natural, nem medidas de efetividade inquestionáveis para manejo clínico dos casos de infecção humana pelo SARS-CoV-2, restando ainda muitos detalhes a serem esclarecidos [1]. No entanto, sabe-se que o vírus tem alta transmissibilidade e provoca uma síndrome respiratória aguda que varia de casos leves a cerca de 80% – a casos muito graves com insuficiência respiratória –entre 5% e 10% dos casos. Sua letalidade varia, principalmente, conforme a faixa etária (Quadro 1) e condições clínicas associadas. Portanto, é necessário agir. Para esse fim, as melhores e mais recentes evidências foram utilizadas na redação deste documento. Pela dinâmica da epidemia e da produção de conhecimento associada a ela, as informações podem sofrer alterações conforme avance o conhecimento sobre a doença. Desse modo, este protocolo específico para serviços de Atenção Primária à Saúde / Estratégia Saúde da Família (APS/ESF) nos cenários de transmissão comunitária vai ser atualizado sempre que necessário. Fique atento a novas versões!

Quadro 1 – Letalidade provocada pela COVID-19 por faixa etária na China, Ministério da Saúde, 2020

Taxa de letalidade por idade [15]:

- **0,2%** em pacientes entre 10 e 19 anos
- **0,2%** em pacientes entre 20 e 29 anos
- **0,2%** em pacientes entre 30 e 39 anos
- **0,4%** em pacientes entre 40 e 49 anos
- **1,3%** em paciente entre 50 e 59 anos
- **3,6%** em paciente entre 60 e 69 anos
- **8,0%** em pacientes entre 70 e 79 anos
- **14,8%** em pacientes acima ou igual a 80 anos

Ref: CDC China Weekly. Accessed Feb 20, 2020.

A APS/ESF é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Durante surtos e epidemias, a APS/ESF tem papel fundamental na resposta global à doença em questão. A APS/ESF oferece atendimento resolutivo, além de manter a longitudinalidade e a coordenação do cuidado em todos os níveis de atenção à saúde, com grande potencial de identificação precoce de casos graves que devem ser manejados em serviços especializados.

O objetivo deste documento é definir o papel dos serviços de APS/ESF no manejo e controle da infecção COVID-19, bem como disponibilizar os instrumentos de orientação clínica para os profissionais que atuam na porta de entrada do SUS a partir da transmissão comunitária de COVID-19 no Brasil.



Considerando a existência de fase de transmissão comunitária da COVID-19, é imprescindível que os serviços de APS/ESF trabalhem com abordagem sindrômica do problema, não exigindo mais a identificação do fator etiológico por meio de exame específico. Desta forma, este protocolo foca na abordagem clínica da Síndrome Gripal e da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAAG), independentemente do agente etiológico. Como é de conhecimento de todos, múltiplos agentes virais são responsáveis por essas duas síndromes, sendo o vírus da Influenza o de maior magnitude nos últimos anos. Entretanto, há evidências e dados internacionais indicando que a transcendência da COVID-19 pode superar a da Influenza. Portanto, a abordagem pragmática deste protocolo unifica condutas referentes a esses dois grupos de vírus.

2. CURSO CLÍNICO

A infecção humana provocada pelo SARS-CoV-2 é uma zoonose. O vírus é classificado como um beta Coronavírus do mesmo subgênero da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), porém com outro subtipo [1]. A transmissão do SARS-CoV-2 de humanos para humanos foi confirmada na China e nos EUA [1] e ocorre principalmente com o contato de gotículas respiratórias oriundas de pacientes doentes e sintomáticos [3]. A transmissão do vírus por indivíduos assintomáticos segue em controvérsia até o presente momento [4,5]. Em média, o período de incubação é estimado em de 5 a 6 dias, podendo variar de 0 a 14 dias [24].

2.1 SINAIS E SINTOMAS

O paciente com a doença COVID-19 apresenta geralmente os seguintes sintomas e sinais [6,8]:

- Febre ($\geq 37,8^{\circ}\text{C}$);
- Tosse;
- Dispneia;
- Mialgia e fadiga;
- Sintomas respiratórios superiores; e
- Sintomas gastrointestinais, como diarreia (mais raros).

O quadro clínico, típico de uma Síndrome Gripal, pode variar seus sintomas desde uma apresentação leve e assintomática (não se sabe a frequência), principalmente em jovens adultos e crianças, até uma apresentação grave, incluindo choque séptico e falência respiratória [7]. A maior parte dos casos em que ocorreu óbito foi em pacientes com alguma condições clínicas de risco pré-existente (10,5% doença cardiovascular, 7,3% diabetes, 6,3% doença respiratória crônica, 6% hipertensão e 5,6% câncer) e/ou idosos (Quadro 1) [8]. A taxa de letalidade está em torno de 3,8% na China, porém o valor varia conforme o país. Estudos demonstram que, epidemiologicamente, homens entre 41 e 58 anos representam a grande maioria dos casos de pacientes confirmados, sendo febre e tosse os sintomas mais presentes [6,13].

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



2.2 DIAGNÓSTICO

As definições de caso e critérios clínicos para a avaliação diagnóstica ainda não são consenso entre especialistas [1]. Entretanto, pode-se avaliar o quadro da COVID-19 de maneira clínica e laboratorial.

O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como Síndrome Gripal (ver sinais e sintomas no item 2.1). O diagnóstico sindrômico depende da investigação clínico-epidemiológica e do exame físico. Conduta uniforme é sugerida para todos os casos de SG no contexto da APS/ESF, dada a impossibilidade de atestar com 100% de segurança se a SG é causada pelo SARS-CoV-2 ou por outro vírus.

O diagnóstico laboratorial para identificação do vírus SARS-CoV-2 é realizado por meio das técnicas de RT-PCR em tempo real ou teste rápido sorológico validado pelas instituições de referência.

RT-PCR em tempo real (qRT-PCR)

O diagnóstico laboratorial considerado padrão ouro para a identificação do novo coronavírus (2019-nCoV), agora denominado SARS-CoV-2, continua sendo a RT-PCR em tempo real (qRT-PCR).

Esses testes moleculares baseiam-se na detecção de sequências únicas de RNA viral com confirmação por sequenciamento de ácidos nucleicos, quando necessário. Esse tem sido o método de referência no Brasil para confirmar COVID-19 tanto por estabelecimentos de saúde pública como também da saúde suplementar.

Em áreas onde a COVID-19 está amplamente disseminada, um ou mais resultados negativos de um mesmo caso suspeito não descartam a possibilidade de infecção pelo vírus SARS-CoV-2. Vários fatores podem levar a um resultado negativo em um indivíduo infectado, incluindo:

- Má qualidade da amostra, contendo pouco material do paciente (como controle, considerado para determinar se existe DNA humano adequado na amostra, incluindo um alvo humano no teste de PCR)
- A amostra foi coletada em uma fase muito precoce ou tardia da infecção
- A amostra não foi manuseada e enviado adequadamente
- Razões técnicas inerentes ao teste, por exemplo, mutação do vírus ou inibição de PCR.

Dessa forma, se um resultado negativo for obtido de um paciente com alta probabilidade de suspeita de COVID-19, particularmente quando foram analisadas apenas amostras do trato respiratório superior, indica-se, se possível, coletar amostras de vias respiratórias inferiores e testar novamente. Para melhorar a capacidade de resposta da rede pública de laboratórios também estão sendo disponibilizados testes moleculares que utilizam plataforma automatizada, a mesma utilizada na Rede Laboratorial da Tuberculose e de Carga Viral do HIV e das hepatites virais B e C do SUS.

Testes sorológicos

Atualmente, há muitas empresas produzindo testes rápidos para diagnosticar COVID-19. De forma geral, os testes sorológicos visam detectar anticorpo específico produzido pelo corpo humano contra o vírus SARS-CoV-2 ou detectar antígeno desse vírus. Para isso, os métodos sorológicos são desenvolvidos para detecção de anticorpos IgG e IgM ou detecção de antígenos específicos do vírus, alguns por ensaios imunoenzimáticos (ELISA) e imunocromatográficos (teste rápido) e outros por imunofluorescência.



Antes de se utilizar qualquer teste é essencial que o mesmo passe por um processo de validação no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS)/Fiocruz, a fim de avaliar se os resultados do teste podem ser considerados confiáveis, tanto se foram positivos ou negativos. Tais informações são de extrema importância para a precisão da indicação de medidas não farmacológicas de COVID-19, pois um paciente com um resultado falso negativo pode sair erroneamente do isolamento domiciliar e disseminar o vírus, como também fazer com que profissionais de saúde tenham que se afastar do trabalho e deixar de ajudar a salvar vidas, pelo resultado falso positivo. De forma geral, recomenda-se que antes de se utilizar um teste rápido, deve-se verificar se o mesmo já foi avaliado pelo INCQS.

Mesmo validados, é importante saber que os testes rápidos apresentam limitações e a principal delas é que precisa ser realizado, de forma geral, a partir do 8º dia do início dos sintomas. É necessário que o caso suspeito ou contato de caso confirmado de COVID-19 espere esse tempo para que o sistema imunológico possa produzir anticorpos em quantidade suficiente para ser detectado pelo teste.

3. MANEJO CLÍNICO NA APS/ESF

O manejo clínico da Síndrome Gripal na APS/ESF difere frente a gravidade dos casos. Para casos leves, inclui medidas de suporte e conforto, isolamento domiciliar e monitoramento até alta ou isolamento. Para casos graves, inclui a estabilização clínica e o encaminhamento e transporte a centros de referência ou serviço de urgência/emergência ou hospitalares.

A APS/ESF deve assumir papel resolutivo frente aos casos leves e de identificação precoce e encaminhamento rápido e correto dos casos graves, mantendo a coordenação do cuidado destes últimos.

A estratificação de intensidade da SG é a ferramenta primordial para definir a conduta correta para cada caso, seja para manter o paciente na APS/ESF ou para encaminhá-lo aos centros de referência, urgência/emergência ou hospitais.

Dada a letalidade muito mais elevada da COVID-19 entre os idosos (pessoas com 60 anos ou mais), deve-se priorizá-los para atendimento. Além deles, pessoas com doença crônica, gestantes e puérperas devem ter atendimento priorizado. Gestantes e puérperas não tem risco elevado para COVID-19, mas apresentam maior risco de gravidade se infectadas por Influenza.

Os casos de síndromes gripais sem complicações ou sem condições clínicas de risco serão conduzidos pela APS/ESF. Logo, faz-se obrigatório o acompanhamento dos profissionais da APS/ESF ao longo do curso da doença [10].

O manejo diagnóstico e terapêutico de pessoas com suspeita de infecção respiratória caracterizada como Síndrome Gripal, causada ou não por COVID-19, no contexto da APS/ESF incluiu os passos a seguir:

1. Identificação de caso suspeito de Síndrome Gripal e de COVID-19
2. Medidas para evitar contágio na UBS
3. Estratificação da gravidade da Síndrome Gripal
4. Casos leves: manejo terapêutico e isolamento domiciliar
5. Casos graves: estabilização e encaminhamento a serviços de urgência/emergência ou hospitalares
6. Notificação Imediata
7. Monitoramento clínico
8. Medidas de prevenção comunitária e apoio à vigilância ativa



As equipes de APS/poderão utilizar estratégias de teleatendimento na identificação, manejo e acompanhamento de pacientes com sintomas suspeitos de SG (ver item 3.1 Teleatendimento). O fluxograma de atendimento presencial nas UBS pode ser visto no item 3.2 e exemplifica o fluxo assistencial ideal na APS/ESF frente a casos de Síndrome Gripal, suspeitos ou não de infecção pelo Novo Coronavírus.

3.1 TELEATENDIMENTO

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

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

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

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

No ANEXO 2 é possível encontrar uma recomendação de organização de fluxo rápido de atendimento telefônico de pacientes com suspeita de SG.

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

Como uma estratégia no enfrentamento da COVID-19, o Ministério da Saúde criou o TeleSUS, um serviço de atendimento pré-clínico de saúde, que visa amplo esclarecimento da população sobre a doença e quando procurar atendimento presencial. Tem o papel de favorecer o isolamento domiciliar da população potencialmente contaminada ou do grupo de risco (que não possua sinais de gravidade) e de evitar ao máximo o esgotamento dos serviços presenciais de saúde. Os canais de acesso ao TeleSUS são:

- Aplicativo Coronavírus - SUS, disponível para download gratuito nas principais lojas de aplicativos;
- Chat online, que pode ser acessado pelo site <https://coronavirus.saude.gov.br/>;
- *WhatsApp*, enviando um oi para o número (61) 9938 - 0031;
- Ligação gratuita para o telefone 136.

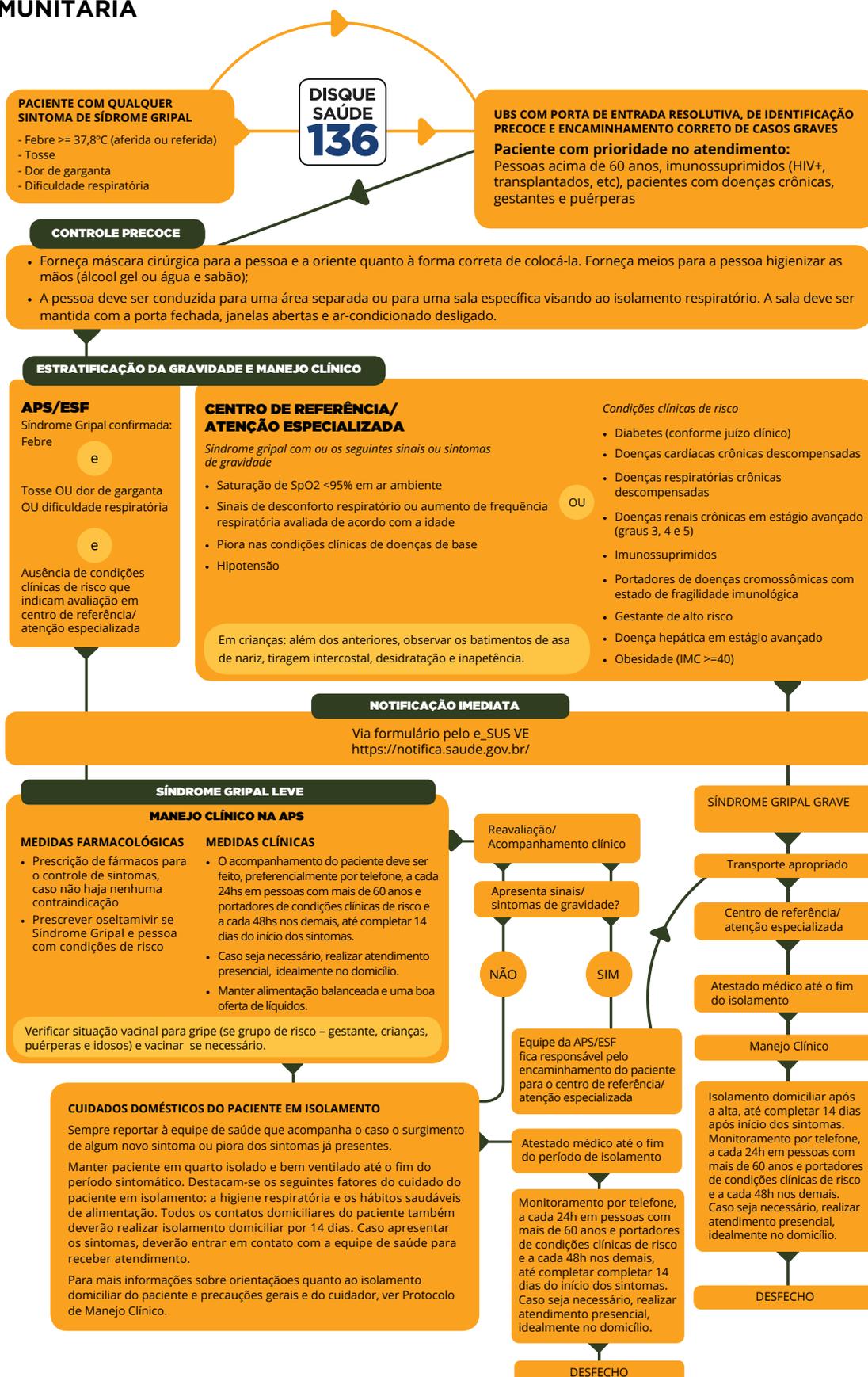


A pessoa que entra em contato com o TeleSUS tem seus sintomas e condições de risco avaliadas. De acordo com cada caso, a pessoa pode ter o diagnóstico de COVID-19 afastado, ser orientada a realizar isolamento domiciliar ou procurar um serviço de saúde para avaliação presencial. Caso seja considerado caso suspeito de COVID-19, a pessoa será acompanhada pelo telefone a cada 24hs ou 48hs em relação ao seu estado de saúde. Os cidadãos poderão ainda receber uma ligação perguntando acerca de seus estado de saúde mesmo que não tenham acessado nenhum dos canais de atendimento.

Os serviços de saúde da APS podem ser valer da estratégia do TeleSUS, orientando os pacientes a entrar em contato através de um dos canais de atendimento. Mais informações em <https://aps.saude.gov.br/ape/corona/telesus>.



3.2 FLUXOGRAMA DE MANEJO CLÍNICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA



Fonte: Ministério da Saúde.



Documento Assinado Digitalmente por: WASHINGTON LUIS CHAVES DA ROCHA
Acesse em: https://stc.ea.gov.br/epi/auditoria/auditoria.do?codigo_documento=3362200000010471060244ccce03

3.3 IDENTIFICAÇÃO DE CASO SUSPEITO DE SÍNDROME GRIPAL E DE COVID-19

Grande parte dos pacientes com Síndromes Gripais e casos suspeitos de COVID-19 chegarão à AP/ESF como porta de entrada. Por isso, o primeiro passo na cascata de manejo do COVID-19 é a identificação de casos suspeitos de Síndrome Gripal. Sugerimos que essa identificação precoce seja realizada na recepção da Unidade Básica de Saúde seguindo o Fast-Track para Síndrome Gripal (Anexo 1).

Para o objetivo deste protocolo, casos suspeitos de Síndrome Gripal serão abordados como casos suspeitos de COVID-19. Na recepção, todo paciente que apresentar tosse ou dificuldade respiratória ou dor de garganta será considerado caso suspeito de Síndrome Gripal. Esta identificação deve ser feita por profissional em uso de EPI e capacitado em suas atribuições frente à epidemia de COVID-19, aplicando o Fast-Track já mencionado.

3.4 MEDIDAS PARA EVITAR CONTÁGIO NA USF

Após a identificação precoce na recepção da Unidade Básica de Saúde de todos casos suspeitos de Síndrome Gripal, deve-se fornecer máscara cirúrgica a todos pacientes logo após reconhecimento pelo Agente Comunitário de Saúde ou profissional responsável por receber os pacientes e realizar o primeiro passo do Fast-Track (Anexo 1) [25], enquanto aguardam o atendimento da enfermagem e do médico. Preferencialmente, em localidades onde isso é possível, a pessoa deve ser conduzida para uma área separada ou para uma sala específica visando ao isolamento respiratório. A sala deve ser mantida com a porta fechada, janelas abertas e ar-condicionado desligado. Caso não haja sala disponível na UBS para isolamento, propiciar área externa com conforto para pacientes com Síndrome Gripal, que deverão ser atendidos o mais rápido possível, conforme Fast-Track (Anexo 1).

Todo profissional que atender os pacientes com suspeita de Síndrome Gripal deve usar EPIs e adotar as medidas para evitar contágio, conforme Tabela 1. Atenção para os cuidados que devem ser tomados em relação ao uso de máscara cirúrgica (Tabela 2).

Tabela 1. Medidas para evitar contágio por vírus causadores de Síndrome Gripal nas Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, Ministério da Saúde, 2020.

MEDIDAS DE CONTROLE PRECOCE	
PROFISSIONAIS DA SAÚDE	PACIENTES
<ul style="list-style-type: none"> • Contenção respiratória • Máscara cirúrgica*; • Uso de luvas, óculos ou protetor facial e aventais descartáveis**; • Lavar as mãos com frequência; • Limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência; 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer máscara cirúrgica; • Isolamento com precaução de contato em sala isolada e bem arejada

*Somente para procedimentos produtores de aerossóis usar máscara N95/PFF2.

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



Tabela 2. Orientações para uso correto de máscaras cirúrgicas para evitar contágio por vírus causadores de Síndromes Gripais, Ministério da Saúde, 2020.

ORIENTAÇÕES PARA USO DE MÁSCARAS CIRÚRGICAS

- Coloque a máscara com cuidado para cobrir a boca e o nariz e amarre com segurança para minimizar as lacunas entre o rosto e a máscara;
- Enquanto estiver utilizando a máscara, evite tocá-la;
- Remova a máscara usando técnica apropriada (ou seja, não toque na frente, mas remova o laço ou nó da parte posterior);
- Após a remoção, ou sempre que tocar em uma máscara usada, higienize as mãos com água e sabão ou álcool gel, se visivelmente suja;
- Substitua a máscara por uma nova máscara limpa e seca assim que estiver úmida ou danificada;
- Não reutilize máscaras descartáveis;
- Descarte em local apropriado as máscaras após cada uso;
- Troque de máscara quando ela estiver úmida ou quando o profissional atender na sala de isolamento.

Fonte: Ministério da Saúde.

3.5 ESTRATIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA SÍNDROME GRIPAL

Após triagem, o paciente deve passar por consulta presencial com enfermeiro e médico, de acordo com processo de trabalho local. É imprescindível a realização de consulta médica a fim de estratificar a gravidade por meio de anamnese e exame físico. Lembre-se: idosos acima de 60 anos, pacientes com doenças crônicas, gestantes e puérperas devem ter atendimento prioritário ao chegarem na USF com sintomas de Síndrome Gripal!

Em consulta médica, após confirmar a presença de Síndrome Gripal, é fundamental estratificar a gravidade dos casos, a fim de identificar rapidamente casos suspeitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave.

Para manejo dos casos de Síndrome Gripal, independentemente do grau de suspeição para COVID-19, deve-se utilizar definições adaptadas à situação atual (ver abaixo). Recomenda-se definição única de caso de Síndrome Gripal, independentemente da etiologia viral, com objetivo de facilitar o processo de trabalho das equipes e oferecer o isolamento domiciliar ágil na redução da propagação da COVID-19.

SÍNDROME GRIPAL - SG

Indivíduo que apresente febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta ou dificuldade respiratória, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em crianças com menos de 2 anos de idade, considera-se também como caso de Síndrome Gripal: febre de início súbito (mesmo que referida) e sintomas respiratórios (tosse, coriza e obstrução nasal), na ausência de outro diagnóstico específico.



SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE - SRAG

Indivíduo de qualquer idade, com Síndrome Gripal (conforme definição anterior) e que apresente seguintes sinais de gravidade:

- Saturação de SpO₂ <95% em ar ambiente.
- Sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com a idade.
- Piora nas condições clínicas de doença de base.
- Hipotensão.

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

Vale ressaltar que febre pode não estar presente em alguns casos excepcionais, como crianças idosos, imunossuprimidos ou pessoas que utilizaram antitérmicos e, portanto, a avaliação clínica epidemiológica deve ser levada em consideração.

A estratificação de gravidade dos casos suspeitos de SG deve se dar em consulta médica da seguinte forma:

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

B. Casos graves. Aqueles que se encontram em situação de maior gravidade e, portanto, necessitam de estabilização na APS/ESF e encaminhamento a centro de referência/urgência/hospitais para avaliação ou intervenções que exijam maior densidade tecnológica.

As Tabelas 3 a 7 fornecem subsídios técnicos para que o médico de família e comunidade / médico da APS defina o nível de gravidade e decida pelo acompanhamento na APS/ESF ou encaminhamento a serviço de Urgência ou Hospital de acordo com o contexto local da Rede de Atenção à Saúde. Para a definição da gravidade do caso, é fundamental definir se a pessoa apresenta comorbidades ou condições de risco para acompanhamento ambulatorial na APS e isolamento domiciliar. As principais situações são descritas Nas Tabelas 4 e 5. As Tabelas 6 e 7 fornecem subsídios para a avaliação de gravidade em crianças.



Tabela 3. Estratificação da gravidade de casos de Síndrome Gripal, Ministério da Saúde, 2020.

ESTRATIFICAÇÃO DE GRAVIDADE DE CASO	
CASOS LEVES	CASOS GRAVES
APS/ESF	CENTRO DE REFERÊNCIA/ ATENÇÃO ESPECIALIZADA
Síndrome gripal com sintomas leves (sem sinais e sintomas de gravidade) [ver tabela 4]	Síndrome gripal que apresente sinais e sintomas de gravidade [ver Tabela 4]
E	OU
Ausência de condições clínicas de risco que indicam avaliação em centro de referência/atenção especializada [ver Tabela 5]	Condições clínicas de risco que indicam avaliação em centro de referência/atenção especializada [ver Tabela 5]

Fonte:

Protocolo de Tratamento da Influenza. Ministério da Saúde 2017.

Protocolo de Manejo Clínico de Síndrome Respiratória Aguda Grave. Ministério da Saúde 2010.



Tabela 4. Sinais e sintomas de gravidade para Síndrome Gripal, Ministério da Saúde, 2020.

SINAIS E SINTOMAS DE GRAVIDADE	
ADULTOS	CRIANÇAS
<p>Déficit no sistema respiratório:</p> <ul style="list-style-type: none"> Falta de ar ou dificuldade para respirar; ou Ronco, retração sub/intercostal severa; ou Cianose central; ou Saturação de oximetria de pulso <95% em ar ambiente; ou Taquipneia (>30 mpm); <p>Déficit no sistema cardiovascular:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sinais e sintomas de hipotensão (hipotensão arterial com sistólica abaixo de 90 mmHg e/ou diastólica abaixo de 60mmHg); ou Diminuição do pulso periférico. <p>Sinais e sintomas de alerta adicionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Piora nas condições clínicas de doenças de base; Alteração do estado mental, como confusão e letargia; Persistência ou aumento da febre por mais de 3 dias ou retorno após 48 horas de período afebril. 	<p>Déficit no sistema respiratório:</p> <ul style="list-style-type: none"> Falta de ar ou dificuldade para respirar; Ronco, retração sub/intercostal severa; Cianose central; Batimento da asa de nariz; Movimento paradoxal do abdome; Bradipneia e ritmo respiratório irregular; Saturação de oximetria de pulso <95% em ar ambiente; Taquipneia (Tabela 6). <p>Déficit no sistema cardiovascular:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sinais e sintomas de hipotensão ou; Diminuição do pulso periférico. <p>Sinais e Sintomas de alerta adicionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Inapetência para amamentação ou ingestão de líquidos; Piora nas condições clínicas de doenças de base; Alteração do estado mental Confusão e letargia; Convulsão.

Fonte:

- WHO technical guidance - patient management - Coronavirus disease 2019
- Kenneth McIntosh, MD. Severe acute respiratory syndrome (SARS).UpToDate Jan 2020.
- Protocolo de Tratamento da Influenza. Ministério da Saúde 2017.
- Protocolo de Manejo Clínico de Síndrome Respiratória Aguda Grave. Ministério da Saúde 2010.
- American Heart Association, 2015



Tabela 5. Condições clínicas de risco que indicam avaliação da Síndrome Gripal em centro de referência/atenção especializada, Ministério da Saúde, 2020.

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

Fonte: Ministério da Saúde.

Tabela 6 – Frequência respiratória (por minuto) em crianças

IDADE	FREQUÊNCIA
1 a 12 meses	30 a 53
1 a 2 anos	22 a 37
3 a 5 anos	20 a 28
Escolar	18 a 25
Adolescente	12 a 20

Ref: Protocolo influenza 2017

Fonte: American Heart Association, 2015



Tabela 7 - Frequência cardíaca (por minuto) em crianças.

IDADE	FREQUÊNCIA EM VIGÍLIA	FREQUÊNCIA EM SONO
Recém-nascido	100 a 205	90 a 160
1 a 12 meses	100 a 180	90 a 160
1 a 2 anos	98 a 140	80 a 120
3 a 5 anos	80 a 120	65 a 100
Escolar	75 a 118	58 a 90

Ref: Protocolo influenza 2017

Fonte: American Heart Association, 2015

Além das condições clínicas, as condições do domicílio devem ser avaliadas antes de seguir com o planejamento de acompanhamento ambulatorial do paciente na APS/ESF. Mesmo casos de menor gravidade exigem que haja um acompanhante da pessoa doente, para auxiliar no tratamento da SG, bem como de demais comorbidades existentes, além de acompanhar a evolução do quadro e identificar rapidamente sinais ou sintomas de piora e necessidade de procura rápida de serviço de saúde.

3.6 CASOS LEVES: MANEJO TERAPÊUTICO E ISOLAMENTO DOMICILIAR

3.6.1 Manejo Terapêutico

Casos leves devem ser manejados com medidas não-farmacológicas como repouso, hidratação, alimentação adequada, além de analgésicos e anti-térmicos e isolamento domiciliar por 14 dias a contar da data de início dos sintomas (Tabela 8 Manejo terapêutico da SG na APS). Diante da possibilidade de síndrome gripal por outros vírus, como a Influenza, indica-se o uso de Oseltamivir nos casos de síndrome gripal e fatores de risco para complicações (Tabela 9). Na Tabela 10 encontra-se a dose de oseltamivir ajustada para pacientes com insuficiência renal.

A vigilância ativa e continuada desses pacientes que estão recebendo acompanhamento ambulatorial é a principal ferramenta para o manejo. É necessária a comunicação plena com um profissional de saúde da APS/ESF durante todo o cuidado doméstico do paciente até o fim do período de isolamento. A revisão dos sintomas e o seguimento da evolução do quadro devem ser realizados por um profissional da APS, a cada 24h em pessoas com mais de 60 anos e portadores de condições clínicas de risco e a cada 48h nos demais, até completar 14 dias do início dos sintomas. Caso seja necessário, realizar atendimento presencial, idealmente no domicílio.



Tabela 8. Manejo terapêutico da Síndrome Gripal na APS, Ministério da Saúde, 2020.

MANEJO TERAPÊUTICO NA APS	
MEDIDAS FARMACOLÓGICAS	MEDIDAS CLÍNICAS
<ul style="list-style-type: none"> • Prescrição de fármacos para o controle de sintomas, caso não haja nenhuma contraindicação, com possibilidade de intercalar os fármacos antitérmicos em casos de difícil controle da febre. • Antitérmico via oral: <ul style="list-style-type: none"> 1ª opção: Paracetamol (200 mg/ml ou 500mg/cp), a cada 4/4 horas ou 6/6 horas a depender da frequência de febre ou dor. <ul style="list-style-type: none"> • Crianças: 10-15 mg/kg/dose (máximo de 5 doses ao dia) • Adultos: 500-1000 mg/dose (máximo de 3mg/dia) 2ª opção: Dipirona (solução gotas 500mg/ml ou 500mg/cp) em caso de dor ou febre, de 6/6 horas. <ul style="list-style-type: none"> • Crianças: > 3 meses: (lactentes 10 mg/kg/dose; pré-escolares: 15 mg/kg/dose) • Adultos: 500-1000 mg VO (dose máxima no adulto 4 gramas) • Oseltamivir: <p>Indica-se o uso de oseltamivir para todos os casos de síndrome gripal que tenham situações de risco para complicações [ver Tabela 9]. Essa recomendação independe da situação vacinal do paciente, mesmo sendo acompanhado pela APS. O medicamento deve ser iniciado em até 48hs após o início dos sintomas. Reforça-se que é necessário que o paciente procure ajuda médica em casos de agravamento, mesmo em uso do oseltamivir.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adultos: 75mg de 12 em 12 horas por 5 dias. • Criança maior de 1 ano: <ul style="list-style-type: none"> ≤15 kg 30 mg, 12/12h, 5 dias > 15 kg a 23 kg 45 mg, 12/12h, 5 dias > 23 kg a 40 kg 60 mg, 12/12h, 5 dias > 40 kg 75 mg, 12/12h, 5 dias • Criança menor de 1 ano de idade: <ul style="list-style-type: none"> 0 a 8 meses 3 mg/Kg, 12/12h, 5 dias 9 a 11 meses 3,5 mg/kg, 12/12h, 5 dias 	<ul style="list-style-type: none"> • Isolamento domiciliar por 14 dias a contar da data de início dos sintomas • Revisão a cada a cada 24h em pessoas com mais de 60 anos e portadores de condições clínicas de risco e a cada 48h nos demais, preferencialmente por telefone. Caso seja necessário, realizar atendimento presencial, idealmente no domicílio. Manter repouso, alimentação balanceada e boa oferta de líquidos. • Isolamento de contatos domiciliares por 14 dias (ver item 3.6.2 Isolamento domiciliar).

Fonte: WHO technical guidance - patient management - Coronavirus disease 2019
 Protocolo de Tratamento de Influenza. Ministério da Saúde 2017
 Elvino Barros. Medicamentos na prática clínica. 2010



Tabela 9. Condições de risco para complicações em casos de Síndrome Gripal com recomendação para uso de Oseltamivir, Ministério da Saúde, 2020.

CONDIÇÕES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES RECOMENDAÇÃO DO USO DE OSELTAMIVIR

- Grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal).
- Adultos \geq 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 (excluindo hipertensão arterial sistêmica).
 - › Nefropatias.
 - › Hepatopatias.
 - › Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme).
 - › Distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus).
 - › Transtornos neurológicos e do desenvolvimento que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção cognitiva, lesão medular, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, acidente vascular encefálico – AVE ou doenças neuromusculares).
 - › Imunossupressão associada a medicamentos (corticoide \geq 20 mg/dia por mais de duas semanas, quimioterápicos, inibidores de TNF-alfa) neoplasias, HIV/aids ou outros.
 - › Obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC \geq 40 em adultos).

Fonte: Protocolo de Tratamento de Influenza. Ministério da Saúde 2017.



Tabela 10. Dose de oseltamivir para pacientes com insuficiência renal, Ministério da Saúde, 2020.

DOSE DE OSELTAMIVIR PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL		
CLEARANCE DE CREATININA	TRATAMENTO 5 DIAS	PROFILAXIA 10 DIAS
Leve Clearance >60-90 ml/min	75 mg 12/12 h 30 mg 12/12 h	30 mg 1 vez por semana imediatamente após troca da diálise**
Moderado Clearance >30-60 ml/min	30 mg 1 vez ao dia	
Severo Clearance >10-30 ml/min	30 mg após cada sessão de hemodiálise*	
Pacientes em hemodiálise Clearance ≤ 10 ml/min	Única dose de 30 mg administrada imediatamente após troca da diálise	
Pacientes em diálise Peritoneal Contínua ambulatorial – dPCa Clearance ≤ 10 ml/min		

*Serão apenas três doses (em vez de cinco) após cada sessão de hemodiálise, considerando-se que, num período de cinco dias, serão realizadas três sessões.
**Serão duas doses de 30 mg cada, considerando-se os dez dias, em que ocorrerão apenas duas sessões de diálise

Fonte: CDC adaptado (2011; [2017])

3.6.2 Isolamento Domiciliar

Todas as pessoas com diagnóstico de Síndrome Gripal deverão realizar isolamento domiciliar, portanto faz-se necessário o fornecimento de atestado médico até o fim do período de isolamento, isto é, 14 dias a partir do início dos sintomas. Quanto ao cuidado doméstico do paciente, as condutas descritas na Tabela 11 devem ser adotadas [10].

Em referência à Portaria N° 454 de 20 de março de 2020, que define as condições de isolamento domiciliar, é importante esclarecer que o documento recomenda o isolamento das pessoas com qualquer sintoma respiratório, com ou sem febre, buscando a adoção das medidas de isolamento de maneira mais precoce possível. Contudo, para diagnóstico e notificação de Síndrome Gripal (e demais medidas correspondentes previstas nesse protocolo, a serem adotadas pelos serviços de saúde), é necessário seguir critérios atuais que exigem a presença de febre.

Os contatos domiciliares de paciente com SG confirmada também deverão realizar isolamento domiciliar por 14 dias seguindo as condutas descritas na Tabela 11 - Precauções do cuidador. Caso seja necessário, os contatos deverão receber atestado médico pelo período dos 14 dias, com o CID 10 - Z20.9 - Contato com exposição a doença transmissível não especificada. O médico deverá fornecer atestado mesmo para as pessoas do domicílio que não estiverem presentes na consulta da pessoa com sintomas.

A pessoa sintomática ou responsável deverá informar ao profissional médico o nome completo das demais pessoas que residam no mesmo endereço, assinando um termo de declaração contendo a relação dos contatos domiciliares, sujeitando-se à responsabilização civil e criminal pela prestação de informações falsas. Caso o contato inicie com sintomas e seja confirmada SG, deverão ser iniciadas as precauções de isolamento para paciente, o caso notificado e o período de 14 dias deve ser reiniciado.



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

Tabela 11. Medidas de isolamento domiciliar e cuidados domésticos para todos pacientes com diagnóstico de Síndrome Gripal, Ministério da Saúde, 2020.

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

Fonte: WHO technical guidance - patient management - Coronavirus disease 2019.



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

A. Profissionais contactantes domiciliares assintomáticos de pacientes suspeitos ou confirmados de Síndrome Gripal

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

Tabela 12. Recomendações para profissional de saúde que é contado domiciliar de pessoa com sintomas de Síndrome Gripal

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

Fonte: Ministério da Saúde.

*Teste sorológico deve ser feito a partir do oitavo dia do início dos sintomas

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

Deve afastar-se do trabalho imediatamente.

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

Tabela 13. Recomendações para profissional de saúde com sintomas de Síndrome Gripal

DISPONIBILIDADE DE TESTE	CONDIÇÃO DE RETORNO AO TRABALHO	OBSERVAÇÕES
Teste disponível (RT-PCR ou sorológico)	Teste negativo	Condições necessárias para realização do teste sorológico em profissional de saúde: <ul style="list-style-type: none"> • A partir do oitavo dia do início dos sintomas <p style="text-align: center;">E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mínimo de 72 horas assintomático* Se teste positivo, o profissional deverá cumprir 14 dias de isolamento domiciliar, a contar do início dos sintomas
Teste indisponível	- Mínimo de 72 horas assintomático <p style="text-align: center;">E</p> - Mínimo de 7 dias após o início dos sintomas	Usar de máscara cirúrgica ao retornar ao trabalho, mantendo o seu uso por até 14 dias do início dos sintomas

Fonte: Ministério da Saúde.

*A necessidade de atingir 72hs de período assintomático para os profissionais, antes da realização do teste, se deva a evidência de redução importante da viremia após 72 horas do fim dos sintomas [26]. Essa medida permite que o grau de transmissibilidade do profissional seja reduzido, mesmo na eventualidade de um resultado falso-negativo.



C. Afastamento de profissional de saúde em grupo de risco

São consideradas condições de risco:

- Idade igual ou superior a 60 anos
- Cardiopatias graves ou descompensados (insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica)
- Pneumopatias graves ou descompensados (asma moderada/grave, DPOC)
- Imunodepressão
- Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5)
- Diabetes mellitus, conforme juízo clínico
- Doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica
- Gestação de alto risco
- Doença hepática em estágio avançado
- Obesidade (IMC ≥ 40)

Recomendação de afastamento laboral.

Em caso de impossibilidade de afastamento desses profissionais, estes não deverão realizar atividades de assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de Síndrome Gripal. Preferencialmente deverão ser mantidos em atividades de gestão, suporte, assistência nas áreas onde NÃO são atendidos pacientes suspeitos ou confirmados de Síndrome Gripal.

3.7 CASOS GRAVES: ESTABILIZAÇÃO E ENCAMINHAMENTO AO CENTRO DE REFERÊNCIA OU CENTRO DE URGÊNCIA

Casos classificados como graves devem ser estabilizados e encaminhados aos serviços de urgência ou hospitalares de acordo com a organização da Rede de Atenção à Saúde local. Procure informações junto à Secretaria de Saúde de seu município acerca dos serviços de urgência e/ou hospitalares que foram definidos como Centros de Referência para a COVID-19 em sua região.

O encaminhamento será de responsabilidade da equipe da atenção primária onde ocorreu a classificação do caso. Deve-se articular na rede local de saúde a necessidade de recepção priorizado desse cidadão, garantindo transporte sanitário adequado.

3.8 NOTIFICAÇÃO IMEDIATA

É mandatória a notificação imediata de caso de Síndrome Gripal, via plataforma do e-SUS VE (<https://notifica.saude.gov.br>).

Casos notificados de SG, que posteriormente apresentaram teste para COVID-19 positivo, devem ser renotificados como casos confirmados, informando o resultado do teste. Também é considerado caso confirmado de COVID-19 a pessoa com SG e histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19 e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica. Pessoas com SG e exame negativo para COVID-19 são consideradas casos descartados.



Além da notificação, as informações de todos pacientes com Síndrome Gripal devem ser registradas no prontuário para possibilitar a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, assim como realizar eventual investigação epidemiológica e posterior formulação de políticas e estratégias de saúde. Atente para o uso do CID-10 correto sempre que disponível no sistema de registro. O CID-10 que deve ser utilizado para Síndrome Gripal inespecífica é o J11. Os CID-10 específicos para infecção por coronavírus são o U07.1 - Infecção pelo novo Coronavírus (COVID-19) ou o B34.2 - Infecção por coronavírus de localização não especificada. Nos casos em que haja também classificação por CIAP-2 pode-se utilizar o CIAP-2 R74 (Infecção Aguda de Aparelho Respiratório Superior).

3.9 REALIZAÇÃO DE TESTES PELA APS

O Ministério da Saúde vem divulgando sua estratégia progressiva de realização de testes sorológicos de detecção do SARS-Cov-2. Até o momento, já foram distribuídos pelo Ministério da Saúde 2 milhões de testes rápidos, com a previsão de que mais 7 milhões sejam distribuídos até o fim do mês de maio. Além disso, foi aberto chamamento público para a compra de mais 12 milhões de testes rápidos a serem distribuídos a estados e municípios. A lista de distribuição de testes está disponível em <https://covid.saude.gov.br/>.

Como a maior oferta de testes aos Estados e municípios, o Ministério da Saúde recomenda que sejam progressivamente incluídos na rotina de **testagem de pessoas sintomáticas** os seguintes grupos da população:

- Profissionais de saúde e segurança pública em atividade, seja da assistência ou da gestão;
- Pessoa que resida no mesmo domicílio de um profissional de saúde e segurança pública em atividade;
- Pessoa com idade igual ou superior a 60 anos;
- Portadores de condições de risco para complicações da COVID-19 (Tabela 5);
- População economicamente ativa.

Por população economicamente ativa, e com objetivo de ser o mais abrangente possível na rotina de testagem, entende-se todos os indivíduos com idade entre 15 e 59 anos.

O teste rápido disponibilizado pelo Ministério da Saúde nesse momento, apresenta o nome ONE STEP COVID-2019 TEST®. **Por se tratar de teste de detecção de anticorpos, é necessário que ele seja realizado após o sétimo dia do início dos sintomas.** Esse teste utiliza amostras de sangue capilar ou venoso. Para a coleta de sangue capilar, recomenda-se a utilização de lancetas disponíveis nos serviços de saúde. A execução do teste e leitura dos resultados devem ser realizadas por profissionais da saúde de nível médio, com supervisão, e/ou de nível superior. O resultado é verificado após 15 minutos da realização do teste, conforme descrito na bula do produto, e verificável no vídeo de treinamento, disponível na página <https://aps.saude.gov.br/ape/corona>.

Caso novas marcas de testes sejam disponibilizadas, é importante que as equipes de saúde fiquem atentas em relação a especificação de cada teste em relação a indicação, procedimento de realização do teste e verificação dos resultados.

O ONE STEP COVID-2019 TEST® apresenta 86% de sensibilidade, e 99% de especificidade, se aplicado da maneira e no prazo correto. O resultado do teste isoladamente não confirma nem exclui completamente o diagnóstico de COVID-19. Contudo, em conjunto com as informações clínico-epidemiológicas, é possível que o resultado do teste seja utilizado para qualificar a decisão dos profissionais.



Resultado do teste

A **conduta no caso de profissionais de saúde e segurança pública em atividade**, bem como seus contatos domiciliares, pode ser encontrada no **item 3.6.3 Orientações para afastamento e retorno às atividades de profissionais de saúde**.

No caso da **população idosa ou portadora de condições clínicas de risco**, o resultado do teste **negativo** reduz a chance de que a pessoa esteja infectada pelo SARS-CoV-2. Contudo, é necessário manter acompanhamento clínico próximo. A recomendação do Ministério da Saúde é que pessoas com condições de risco sejam acompanhadas, preferencialmente pelo telefone, a cada 24h, até completar 14 dias do início dos sintomas. O Ministério da Saúde realiza isto de forma automatizada por meio do TeleSUS. Assim, reforçamos que todos os pacientes com diagnóstico de Síndrome Gripal liguem para o 136 a fim de serem monitorados. Ao sinal de piora do quadro clínico, é necessária avaliação presencial imediata, para que seja tomada intervenção apropriada em tempo oportuno.

No caso da **população economicamente ativa** sem condições de risco, sugere-se a manutenção do isolamento domiciliar até o limite de 14 dias após o início dos sintomas, mesmo com o resultado **negativo** do teste.

O resultado do teste **positivo**, tanto para **idosos e portadores de condições crônicas como para a população economicamente ativa**, indica a presença de anticorpos contra o SARS-CoV-2, o que significa que houve exposição ao vírus, não sendo possível definir apenas pelo resultado do teste se há ou não infecção ativa no momento da testagem. Ao resultado do teste é imprescindível a identificação de sinais e sintomas de Síndrome Gripal e o juízo clínico subsequente. Tendo em vista o cenário epidemiológico atual, para fins de conduta deve-se considerar que essa pessoa muito provavelmente está ou esteve com COVID-19. A partir desse resultado, duas condutas podem ser desencadeadas:

1. **A pessoa é considerada caso confirmado de COVID-19**, com acompanhamento clínico próximo, e avaliação imediata na Atenção Especializada somente em caso de piora dos sintomas. Ressalva-se que **não há indicação de encaminhamento para Atenção Especializada enquanto a pessoa apresentar quadro leve e estável**. É necessário realizar isolamento domiciliar de 14 dias, a contar do início dos sintomas da pessoa com síndrome gripal e seus contatos domiciliares;
2. O **teste imunológico positivo** pode ser utilizado como **marcador de imunidade contra o SARS-CoV-2**, ou seja, caso a pessoa apresente novo quadro de síndrome gripal nos próximos meses, parece muito pouco provável que se trate de COVID-19.

Reforça-se a importância de se notificar tanto o caso classificado como positivo, quanto o negativo, para o provimento de informações essenciais para o monitoramento da epidemia no Brasil. Para isso, é **IMPRESINDÍVEL** notificar o caso suspeito de Síndrome Gripal no sistema e-SUS VE (<https://notifica.saude.gov.br>) e informar o resultado do teste no campo específico. Caso o paciente já tenha sido notificado, é necessário que o procedimento seja realizado novamente, informado o resultado do teste.

3.10 MONITORAMENTO CLÍNICO

Os pacientes com Síndrome Gripal em acompanhamento ambulatorial na APS/ESF devem permanecer em isolamento domiciliar por 14 dias a contar da data de início dos sintomas. O monitoramento deve ser feito a cada 24h em pessoas com mais de 60 anos e portadores de condições clínicas de risco e a cada 48hs nos demais, preferencialmente por telefone. Caso seja



3.11 MEDIDAS DE PREVENÇÃO COMUNITÁRIA E APOIO À VIGILÂNCIA ATIVA

Em relação a medidas de prevenção comunitária, o Ministério da Saúde, em ressonância com diretrizes mundiais, preconiza como medidas de prevenção à população:

Tabela 14. Medidas de prevenção Comunitária à Síndrome Gripal e à COVID-19, Ministério da Saúde, 2020.

PREVENÇÃO COMUNITÁRIA

- Realizar lavagem frequente das mãos com água e sabão ou álcool em gel, especialmente após contato direto com pessoas doentes;
- Utilizar lenço descartável para higiene nasal;
- Cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir;
- Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca;
- Higienizar as mãos após tossir ou espirrar;
- Não compartilhar objetos de uso pessoal, como talheres, pratos, copos ou garrafas;
- Manter os ambientes bem ventilados;
- Evitar contato com pessoas que apresentem sinais ou sintomas da doença.

Fonte: Ministério da Saúde.

Pessoas sem sintomas não necessitam usar máscaras em ambientes públicos ou em casa. Pacientes portadores de doenças crônicas estáveis devem ter seus receituários renovados pelo maior período possível, bem como deve ser feito adequado planejamento para que não fiquem sem medicamentos, buscando assim evitar o trânsito desnecessário dessas pessoas pela UBS.

Atenção especial deve ser dada às casas de repouso/lares de idosos sob responsabilidade das equipes, dado o maior potencial de gravidade da doença na população idosa. Ações de educação podem ser realizadas nesses locais, buscando a prevenção. Na ocorrência de um caso, cuidado redobrado deve ser dedicado ao paciente e aos demais moradores.

3.12 RECOMENDAÇÕES EM GRUPOS ESPECIAIS

A. Gestantes e puérperas

Até onde as evidências atuais indicam, gestantes e puérperas não possuem risco individual aumentado. Contudo medidas devem ser adotadas para proteção da criança. Além disso, gestantes e puérperas tem maior potencial de risco para desenvolvimento de SRAG por Síndrome Gripal decorrente do vírus da Influenza. Dessa forma, importante seguir as recomendações expressas na Tabela 15.

B. Pessoas com 60 anos ou mais

Pessoas idosas, com 60 anos ou mais, possuem risco individual aumentado para a Síndrome Gripal e risco de complicações graves para COVID-19. Atenção especial deve ser adotada nas particularidades da avaliação e conduta dessa população.



- Idosos com doenças crônicas devem ser monitorados para que permaneçam compensados, devendo ser considerados prioritários para avaliação clínica imediata;
- Atentar para sinais de alerta incomuns tais como: confusão mental aguda, agitação, sonolência, prostração, desconforto respiratório, ausência de febre, dificuldade em deambular, quedas, ingestão alimentar diminuída, disfagia, incontinência, maior propensão para desenvolver taquipneia;
- Taquipneia é sinal precoce de infecção respiratória em idosos (FR > 24 rpm);
- Há maior atenção a possível ocorrência de anosmia considerando a maior propensão a déficit sensorial em idosos;
- Provável maior incidência de delirium, bem como confusão mental. Em vigência de infecção é possível a ocorrência de crises epiléticas em pessoas com menor reserva cerebral como idosos com atrofia cerebral importante;
- Muitos idosos, principalmente de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) têm demência, histórico de AVC ou outros problemas de saúde que podem mascarar as manifestações da infecção por COVID-19. Assim, qualquer mudança significativa no estado clínico em relação à linha de base desses idosos sem explicações imediatas podem ser causadas por COVID 19.

Orienta-se que os profissionais da APS:

- Priorizem o atendimento domiciliar aos idosos mais vulneráveis como os acamados;
- Orientar idosos e familiares para a restrição de atividades de convívio social como grupos (mesmo terapêuticos), reuniões em igrejas, clubes, etc;
- As equipes da APS também devem permanecer atentas às moradias coletivas (abrigos, residências terapêuticas, repúblicas, instituições de longa permanência), monitorando-as frequentemente, bem como fornecendo informações e orientações sobre formas de evitar o contágio no ambiente compartilhado.



Tabela 15. Recomendações para gestantes e puérperas com Síndrome Gripal e risco para COVID-19, Ministério da Saúde, 2020.

RECOMENDAÇÕES PARA GESTANTES E PUÉRPERAS COM SÍNDROME GRIPAL E RISCO PARA COVID-19

Gestantes

- Mesmo podendo representar manifestação fisiológica da gravidez, a queixa de dispneia deve ser valorizada na presença de síndrome gripal;
- Em pacientes com sinais de agravamento, incluindo $SpO_2 < 95\%$, considerar o início imediato de oxigenioterapia, monitorização contínua e encaminhamento hospitalar;
- Gestantes e puérperas, mesmo vacinadas, devem ser tratadas com antiviral, fosfato de oseltamivir (Tamiflu), na dose habitual para adultos, indicado na síndrome gripal independentemente de sinais de agravamento, visando à redução da morbimortalidade materna;
- Não se deve protelar a realização de exame radiológico em qualquer período gestacional quando houver necessidade de averiguar hipótese diagnóstica de pneumonia;
- A elevação da temperatura na gestante deve ser sempre controlada com antitérmico uma vez que hipertermia materna determina lesões no feto. A melhor opção é o paracetamol.

Puérperas

- Manter a amamentação.
- Manter, preferencialmente, o binômio em quartos separados.
- Manter distância mínima do berço do RN e mãe de 1 metro.
- Orientar a realizar etiqueta respiratória.
- Orientar a higienização das mãos imediatamente após tocar nariz, boca e sempre antes do cuidado com o RN.
- Orientar o uso de máscara cirúrgica durante o cuidado e a amamentação do RN.
- Profissional de saúde ao atender a puérpera e RN deve seguir as orientações de precaução padrão e gotículas.
- Caso a puérpera precise circular em áreas comuns da casa, utilizar máscara cirúrgica.

Fonte: Ministério da Saúde.



4. REFERÊNCIAS

1. Kenneth McIntosh, MD. Novel Coronavirus (2019-nCov). UpToDate Jan 2020.
2. Li Q et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. N Engl J Med. 2020.
3. WHO. Q&A on coronavirus, 2020.
4. Rothe C et al. Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. N Engl J Med. 2020;
5. Kupferschmidt K. Study claiming new coronavirus can be transmitted by people without symptoms was flawed. Science. February 3, 2020
6. Huang C et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet 2020.
7. Chan JF et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. Lancet 2020.
8. Wang C et al. A novel coronavirus outbreak of global health concern. Lancet 2020.
9. Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus. Ministério da Saúde 2020.
10. Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts. WHO Interim guidance 20 January 2020.
11. FLUXO DE ATENDIMENTO NA APS PARA O NOVO CORONAVÍRUS (2019-NCOV). Ministério da Saúde 2020. https://gestorab.saude.gov.br/image/?file=20200210_N_EmktCoronaVirusFluxoV2_6121956549677603461.pdf
12. LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020
13. W Guan et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. New england Journal of Medicine.
14. Síndrome Gripal/ Síndrome Respiratória aguda Grave - Classificação de Risco e Manejo Clínico. Ministério da Saúde
15. Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. Vital surveillances: the epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19)—China, 2020. China CDC Weekly. Accessed February 20, 2020.
16. Ken Inweregbu et al. Hospitalar Infections. BJA 2005
17. Protocolo de Tratamento da Influenza. Ministério da Saúde 2017
18. Advice on the use of masks in the community, during home care and in healthcare settings in the context of the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. Interim guideline. OMS.
19. Favre G, Pomar L, Qi X, Nielsen-Saines K, Musso D, Baud D. Guidelines for pregnant women with suspected SARS-CoV-2 infection. Lancet Infect Dis 2020; published online March 3. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30157-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30157-2)
21. <http://plataforma.saude.gov.br/novocoronavirus/> (referência para letalidade atual na china)
22. UpToDate. Acetaminophen (paracetamol): Drug information. Acessado em 09/03/2020
23. Elvino Barros. Medicamentos na prática clínica. 2010
24. Coronavirus disease 2019 (covid-19): a guide for UK GPs. BMJ disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/368/bmj.m800.full.pdf>
25. Adams JG, Walls RM. Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. JAMA. Published online March 12, 2020. doi:10.1001/jama.2020.3972
26. Chang et al. Time Kinetics of Viral Clearance and Resolution of Symptoms in Novel Coronavirus Infection. Am J Respir Crit Care Med. 2020 Mar 23. doi: 10.1164/rccm.202003-0524LE. [Epub ahead of print]



5 ANEXOS

Anexo 1 - FLUXO DO FAST-TRACK PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA - FLUXO RÁPIDO

Para o manejo na APS/ESF, será utilizada abordagem sindrômica de Síndrome Gripal para todo paciente com suspeita de COVID-19

ALVO | Todos os serviços de APS/ESF.

FERRAMENTA | Metodologia FAST-TRACK

Método derivado de protocolos de triagem em emergências, como o protocolo de Manchester. Ferramenta de fluxo rápido de triagem e atendimento de casos de COVID-19. O trabalho é integrado e regido pelo fluxograma do Fast-Track e deve ser incorporado pelas equipes das UBS.

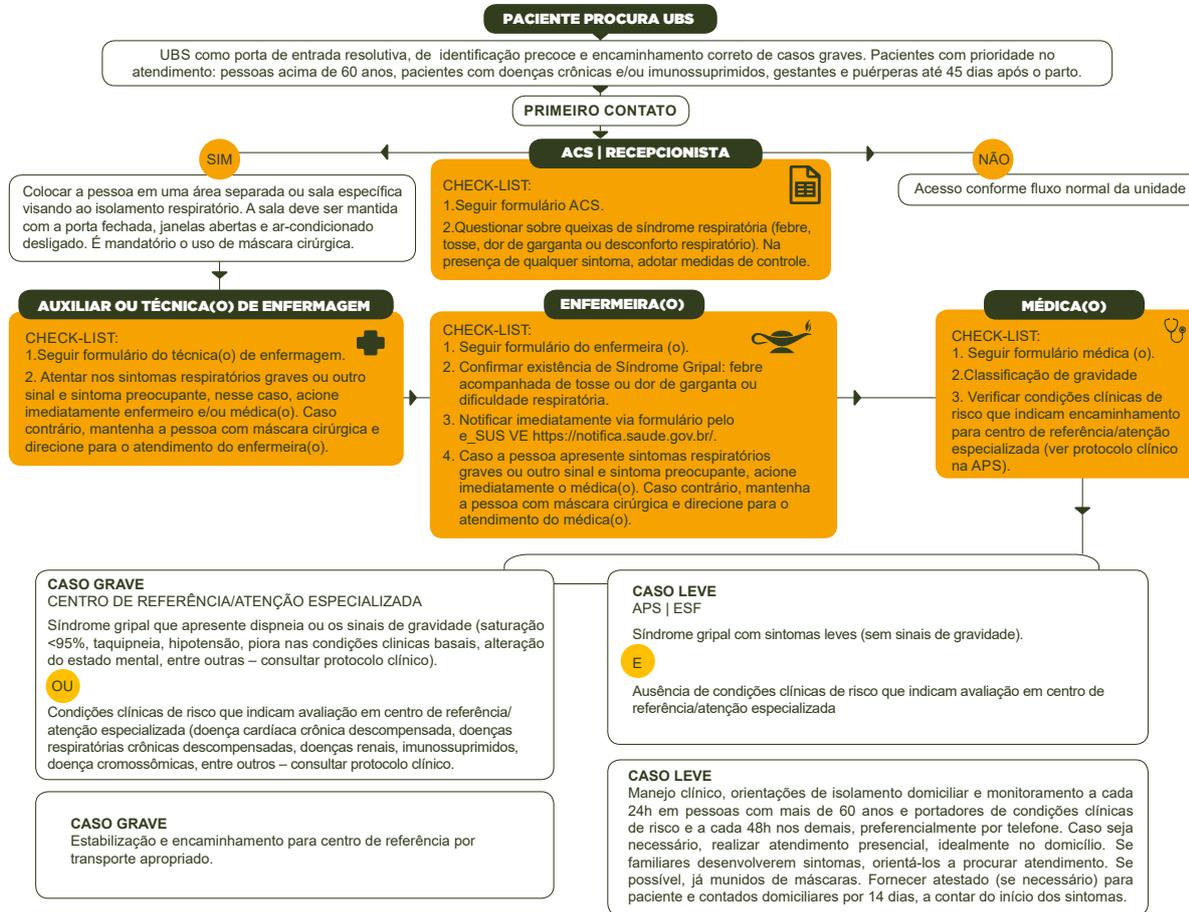
OBJETIVO

Agilizar o atendimento de casos de Síndrome Gripal na APS, incluindo os casos de COVID-19, **priorizando pacientes em risco de infecção**, principalmente idosos acima de 60 anos, e evitar o contágio local com outros pacientes.

EQUIPE | Composição da equipe FAST-TRACK COVID-19

- AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)
 - ENFERMEIRA(O)
 - MÉDICA(O)
 - AUXILIAR OU TÉCNICA(O) DE ENFERMAGEM
- * ACS como Primeiro Contato. Quem estiver na recepção também pode ajudar, assim como outro profissional pode assumir o papel de Primeiro Contato, desde que treinado para integrar a equipe de Fast-Track.

O **FLUXO DO FAST-TRACK** deve ser sequencial e prioritário dentro da USF. O paciente deverá, preferencialmente, ser manejado pela próxima esfera da cascata de atendimento, sem aguardar ou circular desnecessariamente por outros ambientes do serviço. Pode-se optar idealmente por utilizar uma sala na qual o paciente fica aguardando pelo profissional responsável por atendê-lo conforme escala definida em serviço **OU** deverá ser encaminhado diretamente para a próxima sala (o serviço deverá determinar espaços estratégicos a fim de diminuir a circulação de doentes e o contato com outras pessoas).



Formulário Agente Comunitário de Saúde/Recepcionista

Identificação
Nome: _____ Data de Nascimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Racião () SIM () NÃO
Endereço: _____
CPF: _____ Cartão Nacional SUS: _____
Motivo de procura da USF: _____

Questão de sintomas de síndrome respiratória (febre, tosse, dor de garganta ou desconforto respiratório)?
() SIM () NÃO

Observação: Caso a pessoa apresente sintomas respiratórios, forneça uma máscara cirúrgica, oriente higienização manual das mãos com álcool gel, saliente que evite tocar no rosto e sem superficial e direcione para atendimento do analista ou técnico de Enfermagem/Enfermeiro(a) em uma área separada ou sala específica visando o isolamento respiratório. A sala deve ser mantida com a porta fechada, janelas abertas e ar-condicionado desligado.

Formulário Técnica(o) de Enfermagem

Identificação
Nome: _____ Data de Nascimento: _____
Motivo da consulta: _____

Sinais vitais: temperatura axilar (T_{ax}) _____
frequência cardíaca (FC) _____
frequência respiratória (FR) _____
saturação de oxigênio (S_{at}O₂) _____
pressão arterial (PA) _____

Anotar informações em prontuário.

Observação: Caso a pessoa apresente sintomas respiratórios graves ou outro sinal e sintoma preocupante, acione imediatamente enfermeiro e/ou médico (a). Caso contrário, mantenha a pessoa com máscara cirúrgica e direcione para o atendimento do enfermeiro (a).

Formulário Enfermeira(o)

Identificação
Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Apresenta sintomas respiratórios (tosse, dor de garganta, falta de ar, estorço ou desconforto respiratório)? () SIM () NÃO

Apresenta outros sinais e sintomas relevantes? () SIM () NÃO

Se sim, descreva: _____

CASO SUSPEITO DE SÍNDROME GRIPAL? () SIM () NÃO

NOTIFICAÇÃO IMEDIATA

Análise de Quest
Apresenta condições clínicas de risco? () SIM () NÃO

Se sim, descreva: _____

Medicamentos de uso contínuo () SIM () NÃO

Se sim, descreva: _____

Apresenta alergias de medicamentos () SIM () NÃO

Se sim, descreva: _____

História de cirurgias prévias ou internações recentes () SIM () NÃO

Se sim, descreva: _____

Anotar informações em prontuário.

Observação: Caso a pessoa apresente sintomas respiratórios graves ou outro sinal e sintoma preocupante, acione imediatamente o médico (a). Caso contrário, mantenha a pessoa com máscara cirúrgica e direcione para o atendimento do médico(a). Notificar imediatamente via formulário pelo e_SUS VE <https://notifica.saude.gov.br/>.

Formulário Médica(o)

Identificação
Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Revisão da história clínica (sintomas de síndrome gripal com ou sem febre). Avaliar outros sinais e sintomas, diagnósticos alternativos, descompensação de comorbidades, etc.

Classificação de gravidade _____

CASO GRAVE - ESTABILIZAÇÃO ENCAMINHAMENTO PARA CENTRO DE REFERÊNCIA/ATENÇÃO ESPECIALIZADA

CASO LEVE - avaliar condições clínicas de risco que indicam avaliação em centro de referência/atenção especializada (ver protocolo clínico). Se possível acompanhar na APS, realizar manejo clínico apropriado (medicamentos sintomáticos, prescrever casertamivir para pessoas com condições de risco para complicações, etc.), orientações de isolamento domiciliar para paciente e contatos do caso e monitoramento a cada 24h em pessoas com mais de 60 anos e portadores de condições clínicas de risco e a cada 48h nos demais, preferencialmente por telefone. Caso seja necessário, realizar atendimento presencial, idealmente no domicílio.

Fornecer atestado médico de 14 dias para propiciar o isolamento domiciliar para o paciente (CID-10: J11 - Síndrome gripal ou B26.2 - Infecção por coronavírus ou J07.1 - COVID-19) e seus contatos de caso (CID-10: Z20.9 - Contato com exposição a doença transmissível não especificada).

Anotar informações em prontuário.

Observação: Caso a pessoa apresente sinais de gravidade ou condições clínicas de risco que indicam avaliação em centro de referência/atenção especializada, coordenar transferência segura, com transporte apropriado e com encenação de contato.

Fonte: Ministério da Saúde.



FLUXO DO FAST-TRACK PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - FLUXO RÁPIDO

Para o manejo na APS/ESF, será utilizada abordagem sindrômica de Síndrome Gripal para todo paciente com suspeita de COVID-19

ALVO | Todos os serviços de APS/ESF.

OBJETIVO

Agilizar o atendimento de casos de Síndrome Gripal na APS, incluindo os casos de COVID-19, **priorizando pacientes em risco de infecção**, principalmente idosos acima de 60 anos, e evitar o contágio local com outros pacientes.

FERRAMENTA | Metodologia FAST-TRACK

Método derivado de protocolos de triagem em emergências, como o protocolo de Manchester. Ferramenta de fluxo rápido de triagem e atendimento de casos de Síndrome Gripal (**COVID-19**). O trabalho é integrado e regido pelo fluxograma do Fast-Track e deve ser incorporado pelas equipes das UBS.

EQUIPE | Composição da equipe FAST-TRACK COVID-19

- AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
 - ENFERMEIRA(O)
 - MÉDICA(O)
 - AUXILIAR OU TÉCNICA(O) DE ENFERMAGEM
- * ACS como Primeiro Contato. Quem estiver na recepção também pode ajudar, assim como outro profissional pode assumir o papel de Primeiro Contato, desde que treinado para integrar a equipe de Fast-Track.

O **FLUXO DO FAST-TRACK** deve ser sequencial e prioritário dentro da USF. O paciente deverá, preferencialmente, ser manejado pela próxima esfera da cascata de atendimento, sem aguardar ou circular desnecessariamente por outros ambientes do serviço. Pode-se optar idealmente por utilizar uma sala na qual o paciente fica aguardando pelo profissional responsável por atendê-lo conforme escala definida em serviço **OU** deverá ser encaminhado diretamente para a próxima sala (o serviço deverá determinar espaços estratégicos a fim de diminuir a circulação de doentes e o contato com outras pessoas).

Fonte: Ministério da Saúde.



FLUXO DO FAST-TRACK PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - FLUXO RÁPIDO- FORMULÁRIO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE



Formulário Agente Comunitário de Saúde/ Recepcionista

Identificação

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Tel/cel: () _____

Endereço: _____

CPF: _____ Cartão Nacional SUS: _____

Motivo de procura da USF: _____

Queixa de sintomas de síndrome respiratória (febre, tosse, dor de garganta ou desconforto respiratório)? () SIM () NÃO

Observação: Caso a pessoa apresente sintomas respiratórios, forneça uma máscara cirúrgica, oriente higienização imediata das mãos/forneça álcool gel, solicite que evite tocar no rosto e em superfícies e direcione para atendimento do auxiliar ou técnico de Enfermagem/Enfermeiro(a) em uma área separada ou sala específica visando o isolamento respiratório. A sala deve ser mantida com a porta fechada, janelas abertas e ar-condicionado desligado.

Fonte: Ministério da Saúde.



FLUXO DO FAST-TRACK PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - FLUXO RÁPIDO

Para o manejo na APS/ESF, será utilizada abordagem sindrômica de Síndrome Gripal para todo paciente com suspeita de COVID-19

ALVO | Todos os serviços de APS/ESF.

OBJETIVO

Agilizar o atendimento de casos de Síndrome Gripal na APS, incluindo os casos de COVID-19, **priorizando pacientes em risco de infecção**, principalmente idosos acima de 60 anos, e evitar o contágio local com outros pacientes.

FERRAMENTA | Metodologia FAST-TRACK

Método derivado de protocolos de triagem em emergências, como o protocolo de Manchester. Ferramenta de fluxo rápido de triagem e atendimento de casos de Síndrome Gripal (**COVID-19**). O trabalho é integrado e regido pelo fluxograma do Fast-Track e deve ser incorporado pelas equipes das UBS.

EQUIPE | Composição da equipe FAST-TRACK COVID-19

- AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
 - ENFERMEIRA(O)
 - MÉDICA(O)
 - AUXILIAR OU TÉCNICA(O) DE ENFERMAGEM
- * ACS como Primeiro Contato. Quem estiver na recepção também pode ajudar, assim como outro profissional pode assumir o papel de Primeiro Contato, desde que treinado para integrar a equipe de Fast-Track.

O **FLUXO DO FAST-TRACK** deve ser sequencial e prioritário dentro da USF. O paciente deverá, preferencialmente, ser manejado pela próxima esfera da cascata de atendimento, sem aguardar ou circular desnecessariamente por outros ambientes do serviço. Pode-se optar idealmente por utilizar uma sala na qual o paciente fica aguardando pelo profissional responsável por atendê-lo conforme escala definida em serviço **OU** deverá ser encaminhado diretamente para a próxima sala (o serviço deverá determinar espaços estratégicos a fim de diminuir a circulação de doentes e o contato com outras pessoas).

Fonte: Ministério da Saúde.



FLUXO DO FAST-TRACK PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - FLUXO RÁPIDO-
FORMULÁRIO TÉCNICO DE ENFERMAGEM



Formulário Técnica(o) de Enfermagem

Identificação

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Motivo da consulta: _____

Sinais vitais: temperatura axilar (T.ax): _____
frequência cardíaca (FC): _____
frequência respiratória (FR): _____
saturação de oximetria (Sat): _____
pressão arterial (PA): _____

Anotar informações em prontuário.

Observação: Caso a pessoa apresente sintomas respiratórios graves ou outro sinal e sintoma preocupante, acione imediatamente enfermeiro e/ou médico (a). Caso contrário, mantenha a pessoa com máscara cirúrgica e direcione para o atendimento do enfermeiro (a).

Fonte: Ministério da Saúde.



FLUXO DO FAST-TRACK PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - FLUXO RÁPIDO

Para o manejo na APS/ESF, será utilizada abordagem sindrômica de Síndrome Gripal para todo paciente com suspeita de COVID-19

ALVO | Todos os serviços de APS/ESF.

OBJETIVO

Agilizar o atendimento de casos de Síndrome Gripal na APS, incluindo os casos de COVID-19, **priorizando pacientes em risco de infecção**, principalmente idosos acima de 60 anos, e evitar o contágio local com outros pacientes.

FERRAMENTA | Metodologia FAST-TRACK

Método derivado de protocolos de triagem em emergências, como o protocolo de Manchester. Ferramenta de fluxo rápido de triagem e atendimento de casos de Síndrome Gripal (**COVID-19**). O trabalho é integrado e regido pelo fluxograma do Fast-Track e deve ser incorporado pelas equipes das UBS.

EQUIPE | Composição da equipe FAST-TRACK COVID-19

- AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
 - ENFERMEIRA(O)
 - MÉDICA(O)
 - AUXILIAR OU TÉCNICA(O) DE ENFERMAGEM
- * ACS como Primeiro Contato. Quem estiver na recepção também pode ajudar, assim como outro profissional pode assumir o papel de Primeiro Contato, desde que treinado para integrar a equipe de Fast-Track.

O **FLUXO DO FAST-TRACK** deve ser sequencial e prioritário dentro da USF. O paciente deverá, preferencialmente, ser manejado pela próxima esfera da cascata de atendimento, sem aguardar ou circular desnecessariamente por outros ambientes do serviço. Pode-se optar idealmente por utilizar uma sala na qual o paciente fica aguardando pelo profissional responsável por atendê-lo conforme escala definida em serviço **OU** deverá ser encaminhado diretamente para a próxima sala (o serviço deverá determinar espaços estratégicos a fim de diminuir a circulação de doentes e o contato com outras pessoas).

Fonte: Ministério da Saúde.



FLUXO DO FAST-TRACK PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - FLUXO RÁPIDO FORMULÁRIO ENFERMEIRO



Formulário Enfermeira(o)

Identificação

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Apresenta sintomas respiratórios (tosse, dor de garganta, falta de ar, esforço ou desconforto respiratório)? () SIM () NÃO

Apresenta ou apresentou febre? () SIM () NÃO

Apresenta outros sinais e sintomas relevantes : () SIM () NÃO

Se sim, descreva: _____

CASO SUSPEITO DE SINDROME GRIPAL?

() SIM () NÃO

NOTIFICAÇÃO IMEDIATA

Avaliação Geral:

Apresenta condições clínicas de risco? () sim () não

Se sim, descreva: _____

Medicamentos de uso contínuo () sim () não

Se sim, descreva: _____

Apresenta alergias de medicamentos () sim () não

Se sim, descreva: _____

História de cirurgias prévias ou internações recentes () sim () não

Se sim, descreva: _____

Anotar informações em prontuário.

Observação: Caso a pessoa apresente sintomas respiratórios graves ou outro sinal e sintoma preocupante, acione imediatamente o médico (a). Caso contrário, mantenha a pessoa com máscara cirúrgica e direcione para o atendimento do médico(a). Notificar imediatamente via formulário pelo e-SUS VE <https://notifica.saude.gov.br/>.

Fonte: Ministério da Saúde.



FLUXO DO FAST-TRACK PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - FLUXO RÁPIDO

Para o manejo na APS/ESF, será utilizada abordagem sindrômica de Síndrome Gripal para todo paciente com suspeita de COVID-19

ALVO | Todos os serviços de APS/ESF.

OBJETIVO

Agilizar o atendimento de casos de Síndrome Gripal na APS, incluindo os casos de COVID-19, **priorizando pacientes em risco de infecção**, principalmente idosos acima de 60 anos, e evitar o contágio local com outros pacientes.

FERRAMENTA | Metodologia FAST-TRACK

Método derivado de protocolos de triagem em emergências, como o protocolo de Manchester. Ferramenta de fluxo rápido de triagem e atendimento de casos de Síndrome Gripal (**COVID-19**). O trabalho é integrado e regido pelo fluxograma do Fast-Track e deve ser incorporado pelas equipes das UBS.

EQUIPE | Composição da equipe FAST-TRACK COVID-19

- AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
 - ENFERMEIRA(O)
 - MÉDICA(O)
 - AUXILIAR OU TÉCNICA(O) DE ENFERMAGEM
- * ACS como Primeiro Contato. Quem estiver na recepção também pode ajudar, assim como outro profissional pode assumir o papel de Primeiro Contato, desde que treinado para integrar a equipe de Fast-Track.

O **FLUXO DO FAST-TRACK** deve ser sequencial e prioritário dentro da USF. O paciente deverá, preferencialmente, ser manejado pela próxima esfera da cascata de atendimento, sem aguardar ou circular desnecessariamente por outros ambientes do serviço. Pode-se optar idealmente por utilizar uma sala na qual o paciente fica aguardando pelo profissional responsável por atendê-lo conforme escala definida em serviço **OU** deverá ser encaminhado diretamente para a próxima sala (o serviço deverá determinar espaços estratégicos a fim de diminuir a circulação de doentes e o contato com outras pessoas).

Fonte: Ministério da Saúde.



FLUXO DO FAST-TRACK PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - FLUXO RÁPIDO FORMULÁRIO MÉDICO



Formulário Médica(o)

Identificação

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Revisão da história clínica (sintomas de síndrome gripal com ou sem febre). Avaliar outros sinais e sintomas, diagnósticos alternativos, descompensação de comorbidades, etc.

Classificação de gravidade

CASO GRAVE - ESTABILIZAÇÃO ENCAMINHAMENTO PARA CENTRO DE REFERÊNCIA/ATENÇÃO ESPECIALIZADA

CASO LEVE – avaliar condições clínicas de risco que indicam avaliação em centro de referência/atenção especializada (ver protocolo clínico). Se possível acompanhar na APS, realizar manejo clínico apropriado (medicamentos sintomáticos, prescrever oseltamivir para pessoas com condições de risco para complicações, etc.), orientações de isolamento domiciliar e monitoramento a cada 24h em pessoas com mais de 60 anos e portadores de condições clínicas de risco e a cada 48h nos demais, preferencialmente por telefone. Caso seja necessário, realizar atendimento presencial, idealmente no domicílio.

Fornecer atestado médico de 14 dias para propiciar o isolamento domiciliar (CID-10: J11 - Síndrome gripal ou B34.2 - Infecção por coronavírus ou U07.1 - COVID-19) e seus contatos da casa (CID 10: Z20.9 - Contato com exposição a doença transmissível não especificada).

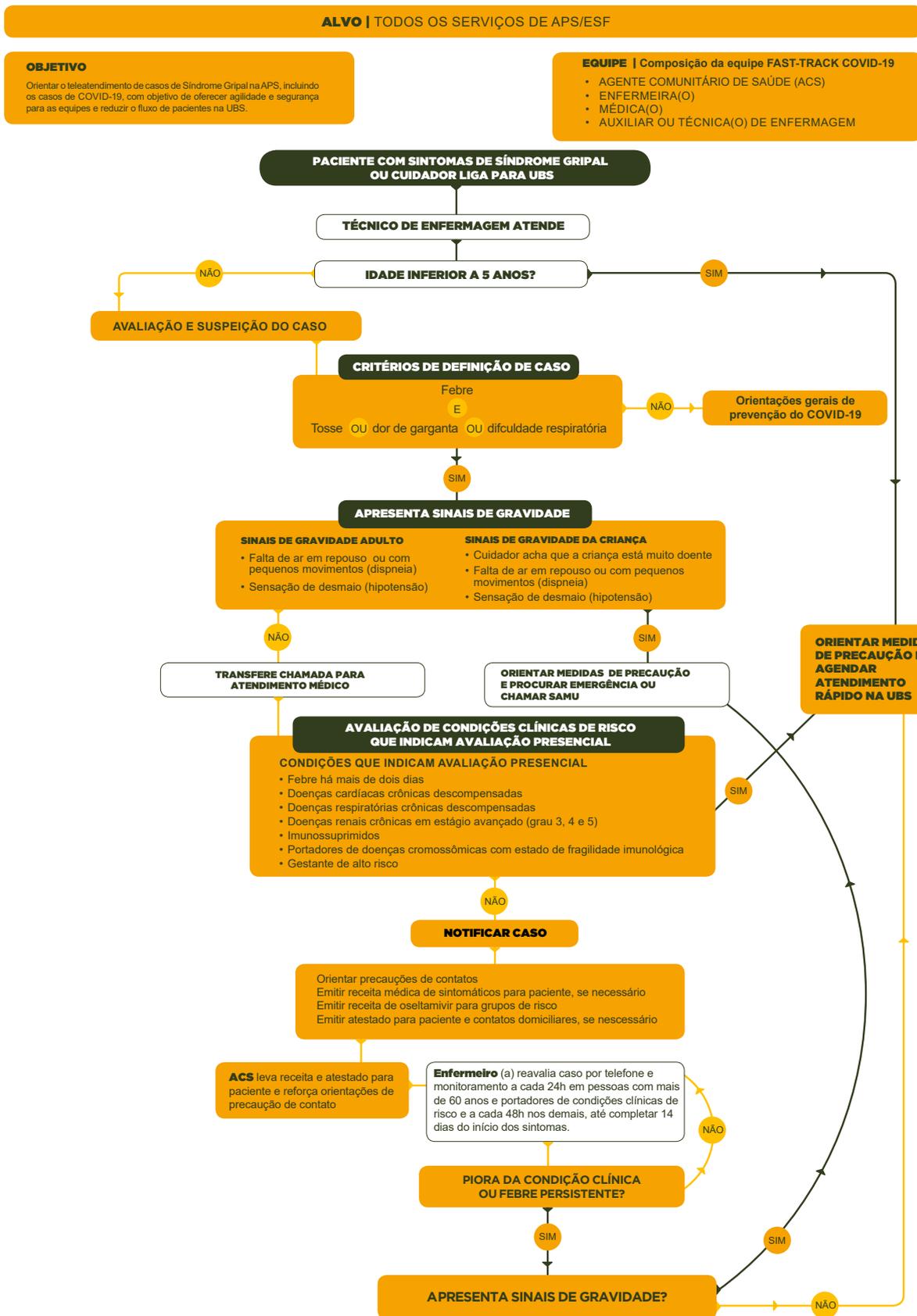
Anotar informações no prontuário.

Observação: Caso a pessoa apresente sinais de gravidade ou condições clínicas de risco que indicam avaliação em centro de referência/atenção especializada, coordenar transferência segura, com transporte apropriado e com precaução de contato.

Fonte: Ministério da Saúde.



Anexo 2 - FAST-TRACK DE TELEATENDIMENTO PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA - FLUXO RÁPIDO



Fonte: Ministério da Saúde.



FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO POR MEIO DE TELEATENDIMENTO DE PACIENTES COM SÍNDROME GRIPAL



TÉCNICO(A) DE ENFERMAGEM

Nome do paciente: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Tel/cel: () _____

Endereço: _____

CPF: _____ Cartão SUS: _____

Apresenta ou apresentou febre nos últimos 2 dias? () SIM () NÃO

Apresenta sintomas respiratórios (tosse, dor de garganta ou desconforto respiratório)? () SIM () NÃO

Apresenta outros sinais e sintomas relevantes? () SIM () NÃO

Se sim, descreva: _____

CASO SUSPEITO DE SÍNDROME GRIPAL? () SIM () NÃO



MÉDICO(A)

Avaliar condições clínicas de risco que indicam encaminhamento para centro de referência.

ACOMPANHAMENTO NA UBS? () SIM () NÃO

Realizar manejo clínico apropriado (medicamentos sintomáticos, prescrever oseltamivir para pessoas com condições de risco para complicações etc.) e dar orientações de isolamento domiciliar. Fornecer atestado médico de 14 dias para propiciar o isolamento domiciliar para paciente (CID-10: J11 - Síndrome gripal ou B34.2 - Infecção por coronavírus ou U07.1 - COVID-19) e seus contatos da casa (CID 10: Z20.9 - Contato com exposição a doença transmissível especificada).

NOTIFICAR imediatamente via formulário pelo e-SUS VE <https://notifica.saude.gov.br/>.

Anotar informações no prontuário.



AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Receitas/atestados entregues do caso do paciente? () SIM () NÃO



ENFERMEIRO(A)

Reavaliação por telefone e monitoramento a cada 24h em pessoas com mais de 60 anos e portadores de condições clínicas de risco e a cada 48h nos demais, até completar 14 dias do início dos sintomas.

Data: _____

Apresenta piora clínica ou febre persistente desde a última avaliação? () SIM () NÃO

Apresenta sinais de gravidade desde a última avaliação? () SIM () NÃO

Conduta:

() Seguimento () Reavaliação presencial () Encaminhamento para emergência

Fonte: Ministério da Saúde.



Documento Assinado Digitalmente por: WASHINGTON LUIS CHAVES DA ROCHA
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 38ff2e0c-ed31-447f-a6c5-2dff4ccee063



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Documento Assinado Digitalmente por: WASHINGTON LUIS CHAVES DA ROCHA
Acesse em: <https://etec.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 38f12e0e-ed31-447f-a6c5-2df1f4ccee063

CORONAVÍRUS COVID-19

Orientações para codificação das causas de morte no contexto da COVID-19

Brasília/DF

Versão 1 • Publicada em 11/05/2020



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise em Saúde e
Vigilância de Doenças não Transmissíveis

Documento Assinado Digitalmente por: WASHINGTON LUIS CHAVES DA ROCHA
Acesse em: <https://stc.e-ice.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 38f12e0c-ed31-447f-a6c5-2df14ccee063

Orientações para codificação das causas de morte no contexto da COVID-19

Brasília/DF

Versão 1 • Publicada em 11/05/2020



2020 Ministério da Saúde.

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

1ª edição – 2020 – versão 1 – publicada em 11/05/2020

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis

Coordenação-Geral de Informação e Análises Epidemiológicas

SRTVN Quadra 701, Via W 5 Norte, Lote D, Edifício PO 700, 6º andar

CEP: 70719-040 – Brasília/DF

Site: <http://www.saude.gov.br/svs>

Organização:

Wanderson Kleber de Oliveira - GAB/SVS/MS

Eduardo Marques Macario - DASNT/SVS/MS

Giovanny Vinícius Araújo de França - CGIAE/DASNT/SVS/MS

Valdelaine Etelvina Miranda de Araújo - CGIAE/DASNT/SVS/MS

Yluska Myrna Meneses Brandão e Mendes - CGIAE/DASNT/SVS/MS

Ângela Maria Cascão - Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

Mauro Tomoyuki Taniguchi - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Adauto Martins Soares Filho - CGIAE/DASNT/SVS/MS

Andréa de Paula Lobo - CGIAE/DASNT/SVS/MS

Revisão ortográfica:

Naiane de Brito Francischetto - DASNT/SVS/MS

Produção e diagramação:

Nucom/GAB/SVS/MS



SUMÁRIO

1. OBJETIVO 5
2. CONSIDERAÇÕES GERAIS 5
3. ORIENTAÇÕES PARA A CODIFICAÇÃO DAS CAUSAS DE MORTE RELACIONADAS COM A COVID-19 6
4. EXEMPLOS DE TERMOS USADOS PELOS MÉDICOS PARA DESCREVER A COVID-19 E QUE PODEM SER CODIFICADOS COMO SINÔNIMOS DE COVID-19 9
5. ANÁLISE DE DADOS SOBRE MORTALIDADE POR COVID-19 10
6. CONSIDERAÇÕES GERAIS ACERCA DA INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS POR COVID-19 11
7. REFERÊNCIAS 11



As recomendações contidas nesta nota podem sofrer alterações mediante o surgimento de novas orientações sobre o tema em pauta.

1. OBJETIVO

Padronizar a codificação das causas de morte informadas na Declaração de Óbito (DO) no contexto da doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19), visando o processamento e à seleção da causa básica, em conformidade com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

2. CONSIDERAÇÕES GERAIS

- As causas atestadas pelo médico na DO refletem uma sequência de eventos que conduziram à morte e as relações existentes entre elas. Essa descrição não deve ser desconsiderada;
- Os novos códigos U07.1 (COVID-19, vírus identificado) e U07.2 (COVID-19, vírus não identificado, clínico-epidemiológico), definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), são os marcadores da pandemia no Brasil;
 - Sendo assim, na mesma linha em que for alocado o B34.2 (Infecção pelo coronavírus de localização não especificada), deve constar, também, o código marcador U07.1 ou U07.2;
 - Caso o código U04.9 (Síndrome respiratória aguda grave – SARS/SRAG) tenha sido utilizado como marcador para caso suspeito ou confirmado de COVID-19, deverá ser substituído pelos códigos supracitados.
- O óbito por COVID-19 confirmado ou suspeito deve ser codificado utilizando-se os mesmos procedimentos/protocolos para codificação de outras causas de morte. O mesmo se dá para a aplicação das regras de seleção e modificação da causa básica do óbito;
- A COVID-19 deve estar alocada na parte I do atestado, compondo a sequência lógica de eventos registrada pelo médico;
 - Pessoas com COVID-19 podem morrer de outras doenças ou acidentes, o que não será morte devido a COVID-19. Caso o certificante considere que a COVID-19 tenha agravado ou contribuído para a morte, poderá relatá-la na parte II do atestado.
- Na parte II, constarão as comorbidades que contribuíram para a morte;
- Deve-se verificar se a causa selecionada foi aceita pelo seletor de causa básica (SCB). Caso contrário, reservar a DO para conferência e comunicar às esferas de gestão cabíveis;
- Para óbito por causa externa, materna, infantil e aids, seguir as recomendações do Manual de protocolos de codificações especiais em mortalidade (<http://svs.aids.gov.br/dantps/cgiae/sim/documentacao/protocolos-codificacoes-especiais-mortalidade.pdf>), até que haja notas internacionais específicas para essas situações:



- Nesses casos, a investigação definirá se a COVID-19 foi a causa básica (parte I) ou contribuinte (parte II);
- Todos os diagnósticos informados na DO deverão ser codificados em seus capítulos específicos. A causa básica, entretanto, terá dupla codificação. Os dois códigos, portanto, deverão ser anotados na mesma linha da causa básica.
- Ao manusear a DO para a codificação, considerar as medidas de biossegurança constantes na Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020.

Considerando que a informação sobre o óbito confirmado ou suspeito por COVID-19 é uma prioridade na situação de emergência de saúde pública de importância nacional (ESPIN), o Ministério da Saúde solicita que a DO seja digitada no SIM em até 48 horas após a data de ocorrência do óbito e que o envio dos lotes ocorra semanalmente.

3. ORIENTAÇÕES PARA A CODIFICAÇÃO DAS CAUSAS DE MORTE RELACIONADAS COM A COVID-19

3.1 Caso confirmado

- Quando, no atestado médico da DO, houver uma sequência de eventos que se inicia com COVID-19 ou constar apenas que o óbito ocorreu por COVID-19, o codificador deverá alocar o código B34.2 (Infecção por coronavírus de localização não especificada) + o marcador U071 (COVID-19, vírus identificado) na mesma linha do atestado.

EXEMPLO A

A codificação da DO cujo resultado do exame laboratorial para COVID-19 tenha sido **CONFIRMADO** seguirá a sequência de eventos que levou ao óbito, declarando a COVID-19 na última linha preenchida da parte I. Na parte II, deverão ser registradas as comorbidades, se existirem.

Caso clínico: Masculino, 45 anos, com hipertensão arterial e obesidade mórbida há 15 anos, que evoluiu para óbito. Foi admitido no hospital com quadro de infecção respiratória aguda (três dias antes do óbito). No dia seguinte, progrediu para pneumonia (dois dias antes do óbito). O quadro agravou, apresentando insuficiência respiratória aguda (horas antes do óbito). Foi realizado teste laboratorial para COVID-19 com resultado positivo.



ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39 Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input checked="" type="checkbox"/> Ignorado
V Condições e causas do óbito	40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. CB: RS1 (B34.2)	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	
	a	Parada cardíaca Devido ou como consequência de:	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte: minutos CID: R09.2
	b	Infecção respiratória aguda Devido ou como consequência de:	2 dias J22
	c	Pneumonia Devido ou como consequência de:	3 dias J18.9
	d	COVID-19	10 dias B34.2 U07.1
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.	Hipertensão	15 anos I10	
	Obesidade mórbida	15 anos E66.8	

Figura 1: Campo V da Declaração de Óbito preenchido e codificado para caso confirmado de COVID-19.

3.2 Caso suspeito

Quando, no atestado médico da DO, houver uma sequência de eventos que inicia com **SUSPEITA de COVID-19** ou constar apenas que o óbito ocorreu por SUSPEITA de COVID-19, alocar o código B34.2 (Infecção por coronavírus de localização não especificada) + o marcador U07.2 (COVID-19, vírus não identificado ou critério clínico-epidemiológico) na mesma linha do atestado.

- Se exame laboratorial positivo: substituir o marcador U07.2 por U07.1, mantendo o B34.2, conforme descrito para o caso confirmado desta nota técnica;
- Se exame não realizado OU investigação do óbito inconclusiva: manter o B34.2 com o marcador U07.2;
- Se exame laboratorial negativo e, se **após discussão do óbito, a COVID-19 for descartada**: excluir o B34.2 e o marcador U07.2, descartar COVID-19 e seguir a codificação para as outras causas de morte.

IMPORTANTE

Diante de um resultado negativo para o swab nasal/orofaríngeo, em virtude do contexto epidemiológico do país, deve-se proceder a discussão caso-a-caso. Nessa discussão, considerar a clínica e os resultados de exames de imagem, como a tomografia computadorizada, para possível confirmação de morte por COVID-19.

Se, mediante uma criteriosa discussão do óbito, a COVID-19 for confirmada pelo critério clínico-epidemiológico: manter o B34.2 com o marcador U07.2



EXEMPLO B

A codificação da DO de caso **SUSPEITO** em investigação para COVID-19 deverá conter a sequência de eventos que levaram ao óbito, declarando o termo “suspeito de COVID-19” na última linha preenchida da parte I. Na parte II, deverão ser registradas as comorbidades, se existirem.

Caso clínico: Mulher de 49 anos relatou quadro febril diário há 15 dias, com controle da febre em domicílio. Foi admitida no hospital apresentando quadro de insuficiência respiratória aguda (09 dias antes do óbito), que se agravou, com evolução para óbito dois dias após a admissão. Os familiares relataram que a falecida era portadora de diabetes tipo II há 15 anos e que esteve em contato com um paciente com COVID-19. Houve coleta de material para exame laboratorial para COVID-19, porém não saiu resultado até a emissão da DO.

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:	
37 A morte ocorreu		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?		39 Necropsia?	
1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento		1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação		9 <input type="checkbox"/> Ignorado			
5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação					
6 <input checked="" type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos					
V Condições e causas do óbito	40 CAUSAS DA MORTE PARTE I				
	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA				
	Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte		CID
	a <i>Insuficiência respiratória aguda</i>		9 dias		J96.0
	b Devido ou como consequência de:				
c <i>Suspeita de COVID-19</i>		15 dias		B34.2 U07.2	
d Devido ou como consequência de:					
CAUSAS ANTECEDENTES					
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.					
CB: RS1 (B34.2)					
PARTE II					
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entram, porém, na cadeia acima.					
		15 anos		E11.9	

Figura 2: Campo V da Declaração de Óbito preenchido e codificado para caso confirmado de COVID-19.

3.3 Outros exemplos

EXEMPLO C

Mulher, 30 anos, foi internada na 37ª semana de gestação, com febre, cefaleia, cansaço há 8 dias. Ao ser examinada, apresentava quadro de pneumonia. Evoluiu para insuficiência respiratória há dois dias e foi encaminhada para UTI, evoluindo para o óbito. O resultado da coleta foi positivo para COVID-19.

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:	
37 A morte ocorreu		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?		39 Necropsia?	
1 <input checked="" type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento		1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação		9 <input type="checkbox"/> Ignorado			
5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação					
6 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos					
V Condições e causas do óbito	40 CAUSAS DA MORTE PARTE I				
	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA				
	Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte		CID
	a <i>Insuficiência respiratória aguda</i>		2 dias		J96.9
	b Devido ou como consequência de:				
c <i>Pneumonia</i>		8 dias		J18.9	
d Devido ou como consequência de:					
e <i>Gravidez complicada por COVID-19</i>		12 dias		O98.5 B34.2 U07.1	
f Devido ou como consequência de:					
CAUSAS ANTECEDENTES					
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.					
CB: RS1 (O98.5)					
PARTE II					
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entram, porém, na cadeia acima.					

Figura 3: Campo V da Declaração de Óbito preenchido e codificado para gravidez complicada por COVID-19.



EXEMPLO D

Homem, 75 anos, cumprindo quarentena domiciliar após diagnóstico de COVID-19, sofreu queda por escorregão dentro do banheiro. Foi recolhido pelo serviço de resgate e encaminhado ao hospital, onde fez cirurgia em virtude de traumatismo cranioencefálico. Morreu após dois dias.

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:	
37 A morte ocorreu		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?		39 Necrópsia?	
1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento		1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 6 <input checked="" type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		Ignorado 9 <input type="checkbox"/>			
V Condições e causas do óbito	40 CAUSAS DA MORTE				
	PARTE I				
	Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.				
	a <i>Traumatismo cranioencefálico</i>				
	Devido ou como consequência de:				
b <i>Queda por escorregão em casa</i>					
Devido ou como consequência de:					
c					
Devido ou como consequência de:					
d					
e <i>COVID-19</i>					
Devido ou como consequência de:					
f					
g					
h					
i					
j					
k					
l					
m					
n					
o					
p					
q					
r					
s					
t					
u					
v					
w					
x					
y					
z					
AA					
AB					
AC					
AD					
AE					
AF					
AG					
AH					
AI					
AJ					
AK					
AL					
AM					
AN					
AO					
AP					
AQ					
AR					
AS					
AT					
AU					
AV					
AW					
AX					
AY					
AZ					
BA					
BB					
BC					
BD					
BE					
BF					
BG					
BH					
BI					
BJ					
BK					
BL					
BM					
BN					
BO					
BP					
BQ					
BR					
BS					
BT					
BU					
BV					
BW					
BX					
BY					
BZ					
CA					
CB					
CC					
CD					
CE					
CF					
CG					
CH					
CI					
CJ					
CK					
CL					
CM					
CN					
CO					
CP					
CQ					
CR					
CS					
CT					
CU					
CV					
CW					
CX					
CY					
CZ					
DA					
DB					
DC					
DD					
DE					
DF					
DG					
DH					
DI					
DJ					
DK					
DL					
DM					
DN					
DO					
DP					
DQ					
DR					
DS					
DT					
DU					
DV					
DW					
DX					
DY					
DZ					
EA					
EB					
EC					
ED					
EE					
EF					
EG					
EH					
EI					
EJ					
EK					
EL					
EM					
EN					
EO					
EP					
EQ					
ER					
ES					
ET					
EU					
EV					
EW					
EX					
EY					
EZ					
FA					
FB					
FC					
FD					
FE					
FF					
FG					
FH					
FI					
FJ					
FK					
FL					
FM					
FN					
FO					
FP					
FQ					
FR					
FS					
FT					
FU					
FV					
FW					
FX					
FY					
FZ					
GA					
GB					
GC					
GD					
GE					
GF					
GG					
GH					
GI					
GJ					
GK					
GL					
GM					
GN					
GO					
GP					
GQ					
GR					
GS					
GT					
GU					
GV					
GW					
GX					
GY					
GZ					
HA					
HB					
HC					
HD					
HE					
HF					
HG					
HH					
HI					
HJ					
HK					
HL					
HM					
HN					
HO					
HP					
HQ					
HR					
HS					
HT					
HU					
HV					
HW					
HX					
HY					
HZ					
IA					
IB					
IC					
ID					
IE					
IF					
IG					
IH					
II					
IJ					
IK					
IL					
IM					
IN					
IO					
IP					
IQ					
IR					
IS					
IT					
IU					
IV					
IW					
IX					
IY					
IZ					
JA					
JB					
JC					
JD					
JE					
JF					
JG					
JH					
JI					
JJ					
JK					
JL					
JM					
JN					
JO					
JP					
JQ					
JR					
JS					
JT					
JU					
JV					
JW					
JX					
JY					
JZ					
KA					
KB					
KC					
KD					
KE					
KF					
KG					
KH					
KI					
KJ					
KK					
KL					
KM					
KN					
KO					
KP					
KQ					
KR					
KS					
KT					
KU					
KV					
KW					
KX					
KY					
KZ					
LA					
LB					
LC					
LD					
LE					
LF					
LG					
LH					
LI					
LJ					
LK					
LL					
LM					
LN					
LO					
LP					
LQ					
LR					
LS					
LT					
LU					
LV					
LW					
LX					
LY					
LZ					
MA					
MB					
MC					
MD					
ME					
MF					
MG					
MH					
MI					
MJ					
MK					
ML					
MN					
MO					
MP					
MQ					
MR					
MS					
MT					
MU					
MV					
MW					
MX					
MY					
MZ					
NA					
NB					
NC					
ND					
NE					
NF					
NG					
NH					
NI					
NJ					
NK					
NL					
NM					
NN					
NO					
NP					
NQ					
NR					
NS					
NT					
NU					
NV					
NW					
NX					
NY					
NZ					
OA					
OB					
OC					
OD					
OE					
OF					
OG					
OH					
OI					
OJ					
OK					
OL					
OM					
ON					
OO					
OP					
OQ					
OR					
OS					
OT					
OU					
OV					
OW					
OX					
OY					
OZ					
PA					
PB					
PC					
PD					
PE					
PF					
PG					
PH					
PI					
PJ					
PK					
PL					
PM					
PN					
PO					
PP					
PQ					
PR					
PS					
PT					
PU					
PV					
PW					
PX					
PY					
PZ					
QA					
QB					
QC					
QD					
QE					
QF					
QG					
QH					
QI					
QJ					
QK					
QL					
QM					
QN					
QO					
QP					
QQ					
QR					
QS					
QT					
QU					
QV					
QW					
QX					
QY					
QZ					
RA					
RB					
RC					
RD					
RE					
RF					
RG					
RH					
RI					
RJ					
RK					
RL					
RM					
RN					
RO					
RP					
RQ					
RR					
RS					
RT					
RU					
RV					
RW					
RX					
RY					
RZ					
SA					
SB					
SC					
SD					
SE					
SF					
SG					
SH					
SI					
SJ					
SK					
SL					
SM					
SN					
SO					
SP					
SQ					
SR					
SS					
ST					
SU					
SV					
SW					
SX					
SY					
SZ					
TA					
TB					
TC					
TD					
TE					
TF					
TG					
TH					
TI					
TJ					
TK					
TL					
TM					
TN					
TO					
TP					
TQ					
TR					
TS					
TT					
TU					
TV					
TW					
TX					
TY					
TZ					
UA					
UB					
UC					
UD					
UE					
UF					
UG					
UH					
UI					
UJ					
UK					
UL					
UM					
UN					
UO					
UP					
UQ					
UR					
US					
UT					
UU					
UV					
UW					
UX					
UY					
UZ					
VA					
VB					
VC					
VD					
VE					
VF					
VG					
VH					
VI					
VJ					
VK					
VL					
VM					
VN					
VO					
VP					
VQ					
VR					
VS					
VT					
VU					
VV					
VW					
VX					
VY					
VZ					
WA					
WB					
WC					
WD					
WE					
WF					
WG					
WH					
WI					
WJ					
WK					
WL					
WM					
WN					
WO					
WP					
WQ					
WR					
WS					
WT					
WU					
WV					
WW					
WX					
WY					
WZ					
XA					
XB					
XC					
XD					
XE					
XF					
XG					
XH					
XI					
XJ					
XK					
XL					
XM					
XN					
XO					
XP					
XQ					
XR					
XS					
XT					
XU					
XV					
XW					
XX					
XY					
XZ					
YA					
YB					
YC					
YD					
YE					
YF					
YG					
YH					
YI					
YJ					
YK					
YL					
YM					
YN					
YO					
YP					
YQ					



5. ANÁLISE DE DADOS SOBRE MORTALIDADE POR COVID-19

A descrição da mortalidade por COVID-19 (casos confirmados e suspeitos) só será possível por meio da análise de causa múltipla das mortes.

Para isso, e de forma mais prática, sugere-se o uso do TabWin para seleção da causa básica B34.2 (Infecção por coronavírus de localização não especificada). A opção **salvar registro** fornecerá um arquivo em formato “.dbf” (possível de ser utilizado em qualquer tipo de programa de análise dados). As variáveis: LINHAA, LINHAB, LINHAC, LINHAD, LINHAII, CAUSABAS, bem como todas as demais para a análise, devem ser selecionadas.

Ao final do processamento, salvar o arquivo em formato “CSV”. Por meio do Excel, será possível fazer tabelas dinâmicas para elaboração das tabelas contendo o número de mortes com registro de COVID-19 (casos confirmados ou suspeitos).

Nota:

Os arquivos no formato “.dbf” podem ser abertos diretamente no Excel, onde é possível a visualização e análises dos dados.

Existem mais duas formas de extrair somente os dados da COVID-19 dos dados existentes no rol de registros de mortalidade extraídos pelo módulo Importa x Exporta do SIM:

- Por meio da utilização dos arquivos SQL para TabWin, que foram criados para este fim e estão disponíveis em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/cgiae/sim/tabulacao/>. As instruções para o uso podem ser acessadas em: <https://www.youtube.com/watch?v=7cfpCoHvSSU>
- Por meio do programa em R, no qual, a partir do arquivo de origem dos dados da DO, são selecionados apenas os registros de COVID-19 e acrescentados 4 campos: U071, U072, U049, cf_COVID. Marca-se o valor 1 no campo quando o registro for referente ao mesmo (U071, U072, U049) e no campo cf_COVID os valores 1 - Confirmado, 2 -Suspeito e 9 - outro.

Neste processo será criado um arquivo com o nome COVID.dbf na pasta c:\tabwin r\arq out. Nele estão os dados originais da tabela de DO, acrescidos desses 4 campos marcadores da COVID-19.

Além disso, é gerado um arquivo (Qt_COVID.dbf) que contém um resumo quantitativo para cada um dos itens (U071, U072, U049) por município/UF de ocorrência. Neste pacote também foi desenvolvido um novo CNV, que precisa ser adicionado no arquivo.def para que seja utilizado no TabWin nas tabulações envolvendo o arquivo COVID.dbf gerado por este processamento em R.

O pacote com o programa em R e o CNV estão disponíveis em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/cgiae/sim/tabulacao> e as instruções estão no vídeo 19 - Utilização do R no TabWin para seleção e contabilização dos dados da COVID-19, no canal do Youtube disponível neste link: https://www.youtube.com/channel/UC2ZHffagKR5gGOR_ESHWRAQ.



6. CONSIDERAÇÕES GERAIS ACERCA DA INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS POR COVID-19

- Contribuirá para a identificação do número real de óbitos por COVID-19, permitindo, também, a correção dos dados e consequente qualificação da informação;
- Enquanto não há orientação específica para investigação do óbito por COVID-19, sugerimos a utilização das fichas já disponíveis;
 - Para a conclusão da investigação, recomenda-se, também, discussão com grupos técnicos, câmaras técnicas, médico certificador e codificador;
 - Anexar, na DO original, o resultado da investigação e o parecer da análise, proceder com a atualização no SIM, informando a data da conclusão da investigação, a fonte e as alterações solicitadas.

Para informações acerca das definições de caso e codificação, consultar os links
<https://www.who.int/classifications/icd/COVID-19-coding-icd10.pdf?ua=1>
https://www.who.int/classifications/icd/Guidelines_Cause_of_Death_COVID-19.pdf

7. REFERÊNCIAS

Brasil. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. **A declaração de óbito: documento necessário e importante**. Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº116 de 11 de fevereiro de 2009. **Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html. Acesso em 07 de abril de 2020.

World Health Organization. **COVID-19 coding in ICD-10**. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/icd/COVID-19-coding-icd10.pdf?ua=1>. Acesso em 07 de abril de 2020.

World Health Organization. **Guidelines Cause of Death COVID-19**. Disponível em: https://www.who.int/classifications/icd/Guidelines_Cause_of_Death_COVID-19.pdf?ua=1. Acesso em 21 de abril de 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. **Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf>. Acesso em 07 de abril de 2020.



Documento Assinado Digitalmente por: WASHINGTON LUIS CHAVES DA ROCHA
Acesse em: <https://etec.tee.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 38f72e0c-ed31-447f-a6c5-2df4ccee063

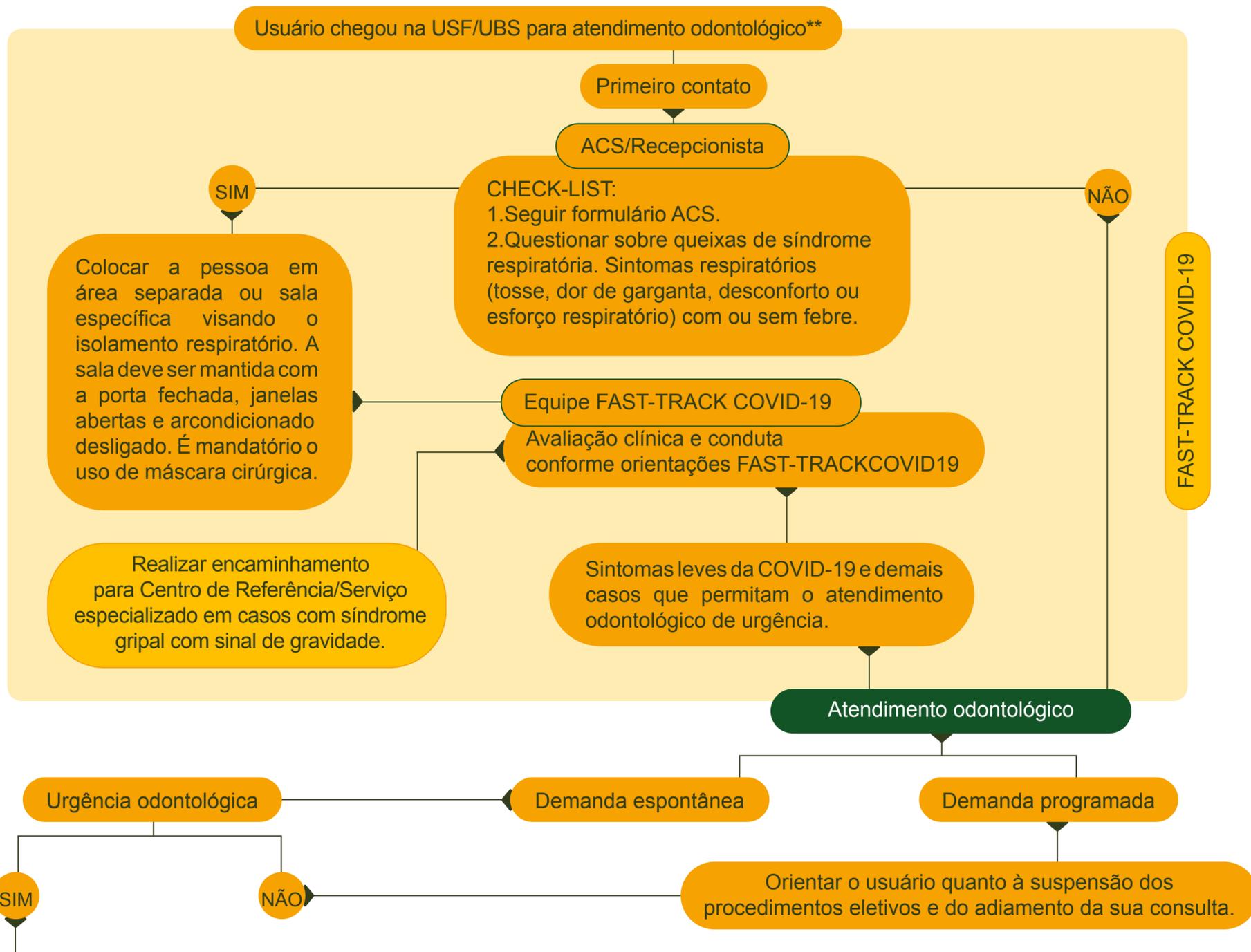
www.saude.gov.br/svs



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL



“Usuários sintomáticos e assintomáticos podem transmitir o novo Coronavírus, orienta-se portanto, para a realização de procedimentos manuais que dispensem o uso da alta e baixa rotação, diminuindo os riscos de contaminação por aerossóis para os indivíduos e ambientes. Recomenda-se para casos em que haja a necessidade (Ex: Acesso endodôntico em dente, onde há dor extrema que pode não ser atenuada com medicação) o uso completo dos seguintes Equipamentos de Proteção Individual (EPI): máscara N95, gorro, avental descartável (impermeável), óculos com as laterais fechadas, protetor para os pés e luvas. Além disso, é preconizado o isolamento absoluto e utilização de sugador de alta potência. Imediatamente após o atendimento, deve-se descartar cuidadosamente os EPI em recipiente específico e prosseguir para descontaminação do ambiente e desinfecção/ esterilização dos instrumentais.”

- Observações:
- 1.**Entende-se que a Unidade de Saúde deve estabelecer um fluxo único de pré-atendimento (baseado no FAST-TRACK COVID-19) de usuários/pacientes, mesmo que o paciente procure a unidade para tratamento odontológico. Assim, é importante a articulação entre os profissionais de Saúde Bucal e os demais profissionais da Atenção Primária com a finalidade de ter um mesmo fluxo na triagem, isolando os usuários com sintomas e/ou sinais dos demais na Unidade de Saúde, além de auxiliar as ações inseridas no FAST-TRACK COVID-19* de acordo com seu nível técnico (Saiba mais em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/COVID_19_ATENDIMENTO%20ODONTOLOGICO_SUS_APS_20200319_ver001.pdf).
 2. O uso da máscara cirúrgica contempla os casos em que não há realização de procedimentos que emitam aerossóis e os usuários apresentam-se assintomáticos. Para atendimentos com propagação de aerossóis e/ou de usuários sintomáticos recomenda-se o uso da N95 pelos profissionais de saúde que prestarão a assistência. Salienta-se a necessidade de substituição da máscara usada após o atendimento por nova máscara limpa e seca assim que esta tornar-se úmida.
 3. Atentar-se para espaçamento de tempo entre os atendimentos, com vistas a favorecer os processos de descontaminação dos ambientes, que deve ser feita de forma minuciosa entre cada usuário/paciente, além disso, deve-se atentar para correta esterilização dos instrumentais.
 4. É da autonomia municipal/estadual os fluxos de atendimento dos usuários, sendo este material de cunho orientativo. <https://aps.saude.gov.br/ape/corona>.
 5. Para saber mais sobre atendimento Odontológico e COVID-19, acesse a Nota técnica da CGSB sobre esse tema: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/COVID_19_ATENDIMENTO%20ODONTOLOGICO_SUS_APS_20200319_ver001.pdf.

*FAST-TRACK COVID-19: Ferramenta de fluxo rápido de triagem e atendimento de casos de COVID-19. O trabalho é integrado e regido pelo fluxograma do FAST-TRACK e deve ser incorporado pelas equipes das USF/UBS. Disponível: <https://aps.saude.gov.br/ape/corona>.



Documento Assinado Digitalmente por: WASHINGTON LUIS CHAVES DA ROCHA
Acesse em: <https://etec.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 38f12e0e-e5b1-447e-a6c5-2df1f4ccee062

CORONAVÍRUS **C O V I D - 1 9**

CUIDADOS NO AMBIENTE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO PACIENTE COM SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO DE COVID-19

Brasília - DF
Maio de 2020



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL



Documento Assinado Digitalmente por: WASHINGTON LUIS CHAVES DA ROCHA
Acesse em: <https://stc.e-ice.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 38f12e0c-ed31-447f-9057-2df14ccee063

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde

CUIDADOS NO AMBIENTE DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO PACIENTE COM SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO DE COVID-19

Brasília - DF
05 de maio de 2020



2020 • Ministério da Saúde.

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

1ª edição – 2020 – versão 1 – publicada em 05/05/2020

Distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde

SRTVN Quadra 701, Via W 5 Norte, Lote D, Edifício PO 700, 4º andar

CEP: 70719-040 – Brasília/DF

Site: <http://www.saude.gov.br/svs>

Coordenação:

Mayra Pinheiro – SGTES – Brasília/DF.

Alessandro Glauco Dos Anjos Vasconcelos – DGTS/SGTES – Brasília/DF.

Alex Jones Flores Cassenote – FMUSP – São Paulo/SP.

Autoria:

Maria Helena Palucci Marziale (Organizadora) – EERP/USP – Ribeirão Preto/SP.

Pedro Fredemir Palha – EERP/USP – Ribeirão Preto/SP.

Rosana Aparecida Spadoti Dantas – EERP/USP – Ribeirão Preto/SP.

Maria Célia Barcellos Dalri – EERP/USP – Ribeirão Preto/SP.

Renata Karina Reis – EERP/USP – Ribeirão Preto/SP.

Renata Cristina de Campos Pereira Silveira – EERP/USP – Ribeirão Preto/SP.

Mayra Gonçalves Meneguetti – EERP/USP – Ribeirão Preto/SP.

Fernanda Titareli Merizio Martins Braga – EERP/USP – Ribeirão Preto/SP.

Simone de Godoy – EERP/USP – Ribeirão Preto/SP.

Silvia Rita Marin da Silva Canini – EERP/USP – Ribeirão Preto/SP.

Kelly Graziani Giacchero Vedana – EERP/USP – Ribeirão Preto/SP.

Daniela Taysa Rodrigues Pimentel – EERP/USP – Ribeirão Preto/SP.

Equipe de apoio técnico:

Maria Bernadete Malerbo – EERP/USP – Ribeirão Preto/SP.

Willians Braz Romano – EERP/USP – Ribeirão Preto/SP.

Marcelo Alonso – EERP/USP – Ribeirão Preto/SP.

Revisão Técnica:

Alex Jones Flores Cassenote – FMUSP – São Paulo/SP.

Caroline Elizabeth Brero Valero – EBSEH – Brasília/DF.

Luciana Bertocco de Paiva Haddad – HC/FMUSP – São Paulo/SP.

Martim Elviro de Medeiros Junior – APS/FASM – São Paulo/SP.

Mariana Borges Dias – CGAHD/DAHU/SAES – Brasília/DF.

Rafael Junqueira Buralli – CGSAT/SVS/MS – Brasília/DF.

Rosylane Nascimento das Mercês Rocha – ANAMT – Brasília/DF.

Diagramação:

Julio Takayama – São Paulo/SP.

Citação sugerida:

MARZIALE, M. H. P. et al. Cuidados no ambiente de assistência hospitalar ao paciente com suspeita ou diagnóstico de covid-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. 62 p.



EBSEH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS



OPAS

DISQUE
SAÚDE
136



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

**PÁTRIA AMADA
BRASIL**
GOVERNO FEDERAL



SUMÁRIO

1. Apresentação	5
2. Características gerais sobre a infecção pelo SARS-CoV-2, COVID-19	6
4. Acolhimento/classificação de risco e admissão de pacientes com suspeita ou diagnósticos de COVID-19 no hospital	10
5. Medidas de segurança recomendadas aos profissionais de saúde para o cuidado de paciente com suspeita ou diagnóstico de COVID-19	14
6. Procedimentos necessários para a segurança dos profissionais de saúde e do paciente com suspeita ou diagnóstico de COVID-19	29
7. Manejo seguro de pacientes com suspeita ou diagnóstico de COVID-19 internados em quartos, enfermarias e unidades de terapia intensiva	43
8. Cuidados com o corpo pós-morte	55
9. Manejo dos resíduos de serviços de saúde	58
10. Cuidados de saúde mental de equipes profissionais de saúde	61
11. Orientações e cuidados na alta hospitalar para pacientes e familiares	63



1. Apresentação

Esse material didático foi construído com base nas evidências científicas nacionais e internacionais e nas normativas dos órgãos legisladores nacionais e tem por objetivo orientar os trabalhadores de saúde sobre aspectos gerais da infecção pelo SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome-related Coronavirus-2*), agente causador da doença denominada COVID-19, e os cuidados necessários a serem tomados para a sua proteção na assistência a pacientes confirmados ou suspeitos da infecção.

A contaminação dos profissionais da saúde é uma grande preocupação para o manejo da pandemia no Brasil, ao lado da aquisição de quantidades suficientes de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), testes laboratoriais, respiradores e leitos de terapia intensiva. A capacitação de um grande número de profissionais de saúde para o manejo de equipamentos de ventilação mecânica, fisioterapia respiratória e cuidados avançados de enfermagem é necessária para atender a elevada demanda de pacientes com COVID-19 em seus casos graves, que desenvolveram a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)¹. Assim, um dos principais desafios para a assistência ao paciente caso suspeito ou confirmado de COVID-19 se refere às medidas de proteção individual a serem adotadas pelos profissionais de saúde em cada nível de assistência em cada tipo de cuidado prestado ao paciente.

Diante do alto risco de contágio e o expressivo número de médicos, enfermeiros infectados em hospitais de vários países durante a pandemia, coube à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/SGETS/MS planejar e coordenar ações emergenciais de educação para treinamento de profissionais de saúde do SUS. Essas ações são coordenadas pelo Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde (DEGTS/SGTES/MS) e têm parcerias estabelecidas com a Rede EBSERH, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e instituições formadoras de profissionais atuantes na área de enfrentamento nos 26 estados brasileiros e Distrito Federal.

Referências:

1 Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-Cov-2) [Internet]. 2020 [Acesso 4 abril 2020]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b2>.



2. Características gerais sobre a infecção pelo SARS-CoV-2, COVID-19

O SARS-CoV-2 tem mostrado comportamento incomum, com alta transmissibilidade e letalidade¹. Até o momento, sabe-se que o novo vírus é transmitido pelo contato entre pessoas por meio de gotículas respiratórias, expelidas durante a fala, tosse e espirro. Há também a transmissão pelo contato indireto com objetos e superfícies contaminadas. O vírus penetra pelas mucosas da boca, nariz e olhos e atua, principalmente, nas vias respiratórias².

Em Wuhan, China, o período médio de incubação observado foi de 5,2 dias com o tempo máximo de 12,5 dias³ porém, ainda não temos dados sobre o comportamento do SARS-CoV-2 no Brasil. O período de transmissibilidade tem sido, em média, de sete dias após o início dos sintomas, mas há evidências que indicam que a transmissão pode ocorrer antes do aparecimento dos sintomas¹. Por se tratar de um novo vírus, ainda não há evidências científicas fortes sobre a suscetibilidade e a imunidade das pessoas frente ao SARS-CoV-2, COVID-19.

As manifestações clínicas da infecção pelo SARS-CoV-2, COVID-19, podem variar de um simples resfriado até a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Os sintomas clínicos mais frequentes são febre, tosse seca, mialgia ou fadiga e dispnéia e, em menor frequência, cefaleia ou tonturas, diarreia, náuseas e vômitos³ e também a anosmia (perda do olfato), disgeusia (perda do paladar), dor de garganta. A piora do quadro clínico irá exigir a hospitalização do paciente e é manifestada pelo aparecimento de dificuldade para respirar (dispnéia), elevação ou retorno de febre, taquicardia, dor pleurítica e fadiga.

O diagnóstico laboratorial é feito pela técnica de RT-PCRs em tempo real e permite identificar a presença do COVID-19⁴. Testes imunológicos rápidos estão sendo utilizados para atender a insuficiente disponibilidade de testes moleculares. No momento, está em uso o teste imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgG/IgM da síndrome respiratória aguda grave por coronavírus 2 (SARS-CoV2). Existem outros testes disponíveis no mercado, porém todos devem cumprir os critérios de registro na Anvisa e de qualidade do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde da Fiocruz (INCQS)⁵.

O IgG/IgM é utilizado na testagem de casos suspeitos de profissionais de saúde e de segurança pública. Essa testagem rápida permite que os profissionais com resultados confirmados sejam afastados do trabalho e que as medidas de isolamento, acompanhamento e intervenção possam ser realizadas com maior precisão e assertividade e o retorno desses profissionais ao trabalho possa ser assim que possível⁵.

Devido à exposição frequente e contínua dos profissionais da saúde ao SARS-CoV-2 no ambiente hospitalar, a escassez e ou inadequado uso de EPI, tem sido registrado significativo número de profissionais contaminados que precisam ser afastados do trabalho por períodos de até 14 dias. Essa si-



Documento Assinado Digitalmente por: WASHINGTON LUIS CHAVES DA ROCHA
Acesse em: <https://pccce.ice.pe.gov.br/validar/38220c-ed31-42f1-9620-414ccce065>

tuação tem gerado, além de sofrimento aos profissionais, problemas organizacionais, contaminação e diminuição do número de profissionais disponíveis para atender à crescente demanda de atendimento e de internação por pacientes com COVID 19.

A mortalidade tem sido maior entre idosos (60 anos ou mais), pessoas com comorbidades (principalmente as doenças cardiovasculares, diabetes, pneumopatias, doenças neurológicas) e aqueles com condições que deprimem o sistema imunológico⁶. Ainda não existem fortes evidências sobre a letalidade do SARS-CoV-2 em mulheres grávidas e crianças em comparação com a população em geral.

Referências

- 1 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (BR). Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública COE-nCoV. Boletim Epidemiológico 10/02/2020. [Internet]. 2020 [Acesso 4 abril 2020]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/Boletim-epidemiologico-COE-na-SVS-13fev20.pdf>
- 2 Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-Cov-2). [Internet]. 2020 [Acesso 4 abril 2020]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b2>
- 3 Li G, Guan X, Wu P, Peng W, Xiaoye W, Lei Z, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med*. 2020 March 26; 382:1199-207. doi: 10.1056/NEJMoa2001316
- 4 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência (BR). Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV). [Internet]. 2020. [Acesso 5 abril 2020]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/05/Protocolo-de-manejo-clinico-para-o-novo-coronavirus-2019-ncov.pdf>
- 5 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (BR). Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública COE-nCoV. 7 Boletim Epidemiológico de 09/04/2020. Doença pelo Coronavírus 2019. [Internet]. 2020. [Acesso 14 abril 2020]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/09/be-covid-08-final-2.pdf>
- 6 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (BR). Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública COE-nCoV. 6 Boletim Epidemiológico 03/04/2020, Doença pelo Coronavírus 2019. [Internet]. 2020. [Acesso 9 abril 2020]. Disponível em: <file:///C:/Users/Bernadete/Downloads/2020%2003%2004%20Boletim%20Epidemiol%C3%B3gico%20SVS%20MS%206%20edi%C3%A7%C3%A3o.pdf>



3. Fluxo de atendimento a pacientes com suspeita ou diagnóstico de COVID-19

Conhecer os fluxos de atendimento a pacientes com suspeita de coronavírus provenientes das portas de entrada não hospitalar e hospitalar é crucial para o atendimento resolutivo, maior controle na disseminação da doença, além de garantir a continuidade da assistência nos diferentes níveis de atenção do Sistema de Saúde¹.

- 1) A entrada do paciente poderá ser por atendimento não hospitalar (Atenção Primária à Saúde – APS, Unidade de Pronto Atendimento – UPA, Tenda ou contêiner, Teleatendimento) ou atendimento hospitalar (Unidade de Urgência Hospitalar ou Unidade de Urgência Tenda/Contêiner). Em ambos os ambientes haverá profissional dedicado exclusivamente para o acolhimento e indicação do fluxo diferenciado para pacientes com sintomas respiratórios;
- 2) Paciente sintomático respiratório logo ao chegar à unidade de atendimento receberá máscara cirúrgica devendo colocá-la imediatamente, em seguida será encaminhado para o fluxo diferenciado de atendimento em área exclusiva e deve ser orientado a lavar as mãos com água e sabão ou usar álcool 70% em gel para que ele não contamine o espaço do atendimento com suas mãos.

Receberá atendimento exclusivo e o mais rápido possível para classificação de risco, encaminhamento subsequente de forma a diminuir o fluxo de pessoas em circulação, o tempo de contato entre pacientes e conseqüentemente diminuir a disseminação do vírus. Destaca-se que o atendimento deve ser em ambiente arejado e os ventiladores devem ter o fluxo de ar na direção contrária ao profissional de saúde durante a assistência ao paciente.

Paciente assintomático respiratório segue o fluxo normal do serviço no qual deu entrada (APS/hospital) para investigação de outras patologias.

- 3) Paciente sintomático respiratório com necessidade de internação hospitalar será encaminhado para área de observação exclusiva até sua estabilização ou quando necessária a transferência. Paciente sintomático respiratório sem necessidade de internação hospitalar receberá orientações para isolamento domiciliar e será encaminhado à APS para monitoramento.
- 4) Paciente proveniente de atendimento não hospitalar e com indicação de internação será encaminhado para atendimento em hospital de referência ou hospital de campanha.
- 5) Paciente proveniente de atendimento hospitalar e com indicação de internação será encaminhado para leito clínico ou UTI do próprio hospital, para o hospital de referência ou hospital de campanha;



- 6) Paciente sintomático respiratório internado em UTI que apresentar melhora do quadro clínico poderá ser encaminhado para leitos clínicos do próprio hospital, hospital de referência ou hospital de campanha onde deverá ficar por 48 horas para alta hospitalar;
- 7) A alta hospitalar será por melhora ou cura, sendo o paciente encaminhado para o domicílio ou à APS para monitoramento. A alta também poderá ocorrer por óbito.

Referências

- 1 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.

Documento Assinado Digitalmente por: WASHINGTON LUIS CHAVES DA ROCHA
Acesse em: <https://peticoes.pe.gov.br/epv/validaDoc.seam?CodigoDocumento:38f72e0c-ed31-447f-a6c5-2df74ccee063>



4. Acolhimento/classificação de risco e admissão de pacientes com suspeita ou diagnósticos de COVID-19 no hospital

Como forma de operacionalizar a assistência frente ao aumento de casos de pacientes com COVID-19, os atendimentos poderão ser alocados em estruturas provisórias (tendas ou contêineres) bem como em espaços destinados para essa finalidade dentro das próprias unidades, garantindo a segurança sanitária nesse período. A circulação de pacientes e profissionais deverá ser minimizada necessitando de uma equipe assistencial exclusiva (médico, enfermeiro e técnico de enfermagem) para o paciente sintomático respiratório, de modo a reduzir os possíveis riscos de infecção cruzada com demais pacientes do serviço¹.

De acordo com o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco², o método da classificação de risco clínico permanecerá inalterado para a COVID-19, uma vez que o Protocolo de Manchester visa avaliar o tempo de segurança da espera do paciente pelo primeiro atendimento médico. A Figura 1 apresenta o fluxograma de atendimento a pacientes com suspeita de COVID-19 nos diferentes níveis de atenção do Sistema de Saúde.

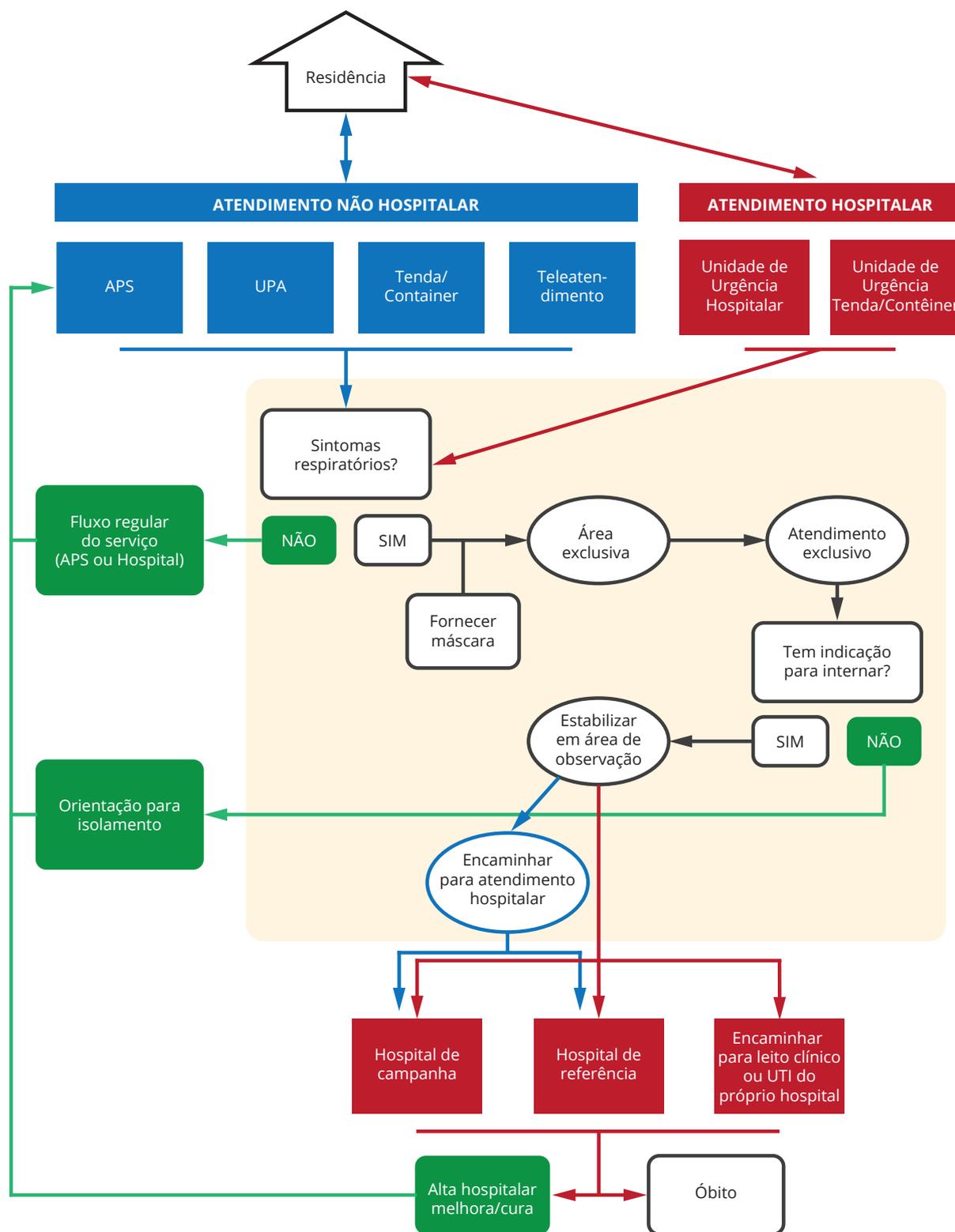


Figura 1. Fluxograma de atendimento a pacientes com suspeita de COVID-19 nos diferentes níveis de atenção do Sistema de Saúde.

Fonte: Adaptado pelos autores de Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Fluxograma COVID-19³.



Avaliação dos sinais e sintomas deverá seguir a metodologia aplicada e a prioridade clínica será determinada a partir do risco de morte ou do grande desconforto, independente de suspeita de COVID-19. Mesmo que o paciente receba uma estratificação VERDE – considerada pouco urgente, mas com risco de infecção pelo SARS-CoV-2, ele deverá seguir o fluxo especial com isolamento e precauções conforme mencionado anteriormente².

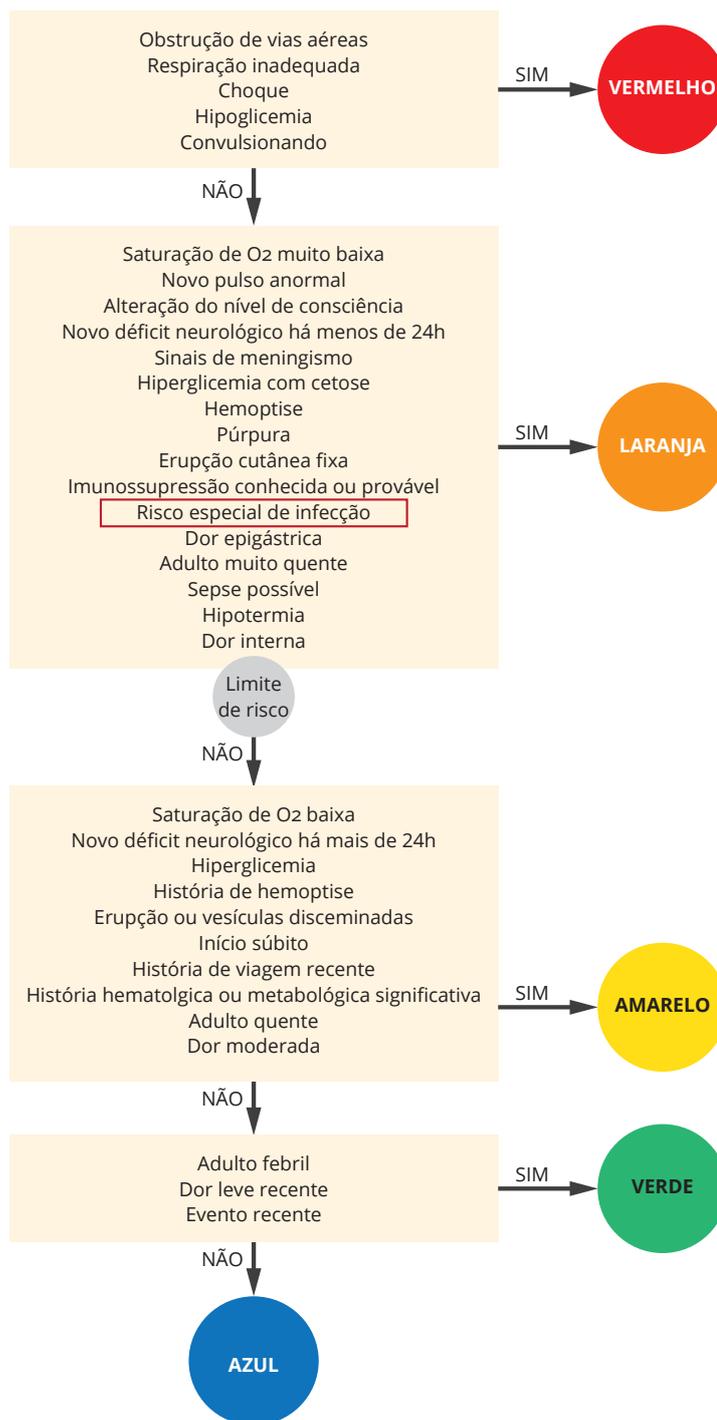


Figura 2. Fluxograma de Manchester para adultos com mal-estar. Fonte: Adaptado de GBCL, 2020².



Comorbidades da Síndrome Gripal não indicadas para seguimento na APS

Doenças cardíacas descompensadas; Doença cardíaca congênitas; Insuficiência cardíaca mal controlada; Doença cardíaca isquêmica descompensada; Doenças respiratórias descompensadas; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e Asma mal controlados; Doenças pulmonares intersticiais com complicações; Fibrose cística com infecções recorrentes; Displasia broncopulmonar com complicações; Crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade; Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5); Pacientes em diálise; imunossupressos; transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea; imunossupressão por doenças e/ou medicamentos (em vigência de quimioterapia/radioterapia, entre outros medicamentos); e portadores de doenças cromossômicas com estados de fragilidade imunológica (ex.: Síndrome de Down); diabetes (conforme juízo clínico) e gestantes de alto risco¹.

Referências

- 1 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (BR). Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Versão 6. Brasília (DF); 2020.
- 2 Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCL). Novo Coronavírus COVID-19. Nota Técnica 002/2020. Belo Horizonte (MG); 2020.
- 3 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (BR). Coronavírus COVID-19. Brasília (DF); 2020.



Outra proposta inovadora é o uso de fitas adesivas para demarcar distância de segurança para o profissional de saúde. Como as enfermarias estão sendo utilizadas durante o alto censo, geralmente não têm antecâmara. Uma fita é colocada para marcar uma área de um metro do leito, local para a desparamentação antes que o enfermeiro/profissional da saúde saia da enfermaria². Fitas coloridas também têm sido usadas para delimitar áreas limpas de áreas contaminadas.

Como medida de uso racional dos EPI, a classificação de risco de contaminação auxilia no planejamento do cuidado ao paciente contaminado ou suspeito, com redução do número de entradas nos quartos e a realização de mais de um cuidado. Uma estratégia para garantir o número de EPI adequado seria a requisição dos estoques existentes em outros serviços, tais como clínicas veterinárias e salões de beleza¹¹.

A gestão de pacientes com COVID-19 impõe encargos psicológicos como o gerenciamento em ambientes desconhecidos, desafios de comunicação com EPI e mudanças na prática clínica padrão. Orientação e coordenação de equipes, atribuição de tarefas, treinamento de equipes e uso de listas de verificação e auxílios cognitivos são cruciais para reduzir a carga de trabalho física e cognitiva. E, por fim, para reduzir riscos físicos é imprescindível a consideração de projetos de ergonomia pré-estabelecidos⁶.

Estudo propõe o uso de EPI empregados em outros serviços, como os protetores faciais utilizados em siderúrgicas durante a soldagem¹¹.

O reprocessamento dos EPI, usando desde autoclave convencional até aquelas com uso simultâneo de produtos químicos, como o óxido de etileno, uso de radiação gama ou ultravioleta, é proposto. No entanto, todas as sugestões trazem a necessidade de estudos que comprovem a eficácia dos EPI reprocessados, bem como a necessidade de seguir as especificações dos fabricantes dos produtos a serem reprocessados.

O ambiente hospitalar precisa estar organizado para adequadamente assistir aos pacientes com COVID-19 e manter a sua equipe de profissionais saudável. Essa organização deve seguir práticas com rigorosa limitação entre áreas limpas e contaminadas, ter a equipe de profissionais de saúde capacitados e atenta de como se comportar dentro de áreas contaminadas, uso de técnicas corretas e EPI adequados.



Uso de EPI segundo as publicações analisadas

Proteção respiratória: uso de N95/PFF2 para todos os procedimentos quando disponíveis nos serviços. Quando em número limitado reservar esse tipo de máscara para uso nos procedimentos geradores de aerossóis e utilizar máscara cirúrgica nos demais contatos com o paciente. Ambiente com filtro HEPA e/ou pressão negativa contínua para procedimentos que geram aerossóis, e para coleta e manuseio de materiais de vias respiratórias para testes laboratoriais também são recomendados ^{1,4-9, 11-16};

Proteção corporal: uso de luvas de procedimento para todos os cuidados com os pacientes e manuseio de materiais e equipamentos; indica o uso de luvas longas (*disposable long-arm gown*), exceto para transporte de cadáveres e de materiais bem acondicionados; e uso de macacão de isolamento (*whole body protective clothing*) ou avental impermeável ^{1,4,6-9, 12-16}.

Proteção ocular: uso de óculos de proteção ou protetores de face (*face shield*), exceto para transporte (materiais, cadáveres e lixo hospitalar acondicionado corretamente) e atendimento na recepção da unidade ^{1,3-4,6-10}..

A seguir é apresentado um quadro síntese dos resultados das publicações analisadas, na revisão da literatura realizada, com destaque às técnicas seguras do uso de EPI recomendados para a assistência de pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado pelo novo coronavírus.



Quadro 1 – Síntese dos estudos primários sobre as técnicas seguras do uso de EPI recomendados para a assistência de pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado pelo novo coronavírus.

Estudo/ País de Origem	Técnicas Seguras	EPI mencionados nos estudos
Christensen L et al., 2020 ¹ Dinamarca	Utilizar vídeo para treinamento de paramentação e desparamentação tem o mesmo resultado que o treinamento presencial.	Macacões impermeáveis com capuz elásticos para vedação; capuz com máscara cirúrgica acoplada; máscaras FFP2 e FFP3; aventais longos; luvas internas e luvas externas.
Newby JC et al., 2020 ² Estados Unidos da América	Usar de forma adequada o EPI e minimizar a exposição do profissional como o deslocamento de equipamentos para fora do quarto. Um profissional dedicado a observar a técnica e ordem adequada da paramentação e desparamentação; uso de fita adesiva para demarcar distância de segurança para o profissional de saúde, pois as enfermarias estão sendo utilizadas durante o alto censo, geralmente não têm antecâmara. Uma fita é colocada para marcar uma área de 1 metro do leito, local para desparamentação.	Não são apresentados tais resultados.
Ong JJY et al., 2020 ³ Singapura	Não são apresentados tais resultados.	O uso de protetores faciais por mais de 4 horas ao dia foi associado ao surgimento de cefaleia devido ao uso do EPI.
Ong SWX et al., 2020 ⁴ Singapura	Não são apresentados tais resultados.	Os resultados sugerem que o uso prolongado, durante o plantão, da máscara N95 e dos óculos de proteção com estria adesão à higiene ambiental e das mãos no cuidado de pacientes que não estão em ventilação mecânica pode ser uma opção segura para não contaminar o profissional de saúde.
Ma QX et al., 2020 ⁵ China	Não são apresentados tais resultados.	Os resultados de um estudo experimental laboratorial identificaram que a máscara N95 bloqueou 99,98% dos vírus, a máscara cirúrgica bloqueou 97,14% e dois tipos de máscaras caseiras bloquearam 95,15%.



Quadro 2 – Síntese de editoriais e cartas ao editor sobre as técnicas seguras do uso de EPI recomendados para a assistência de pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de doença causada pelo novo coronavírus.

Estudo/ País de Origem	Técnicas Seguras	EPI mencionados nos estudos
Diamond F, 2020 ⁸ Estados Unidos da América	Considerar que os hospitais precisam estar preparados para surtos decorrentes do surgimento de novos patógenos. Discute que é esperado um nível maior de capacitação dos profissionais da saúde de hospitais que já atuaram em surtos de doenças contagiosas maior do que daqueles que nunca vivenciaram o atendimento de pacientes com doenças infecciosas tão graves como o atual COVID-19.	Os EPI que devem ser utilizados na opinião do especialista na pandemia atual são: sistema de purificação de ar, máscara N95, óculos de proteção, luvas e avental.
Huh S, 2020 ⁹ Coréia	Treinar profissionais da saúde para testes diagnósticos; uso de EPI, manuseio clínico da nova doença, incluindo diagnóstico diferencial das demais síndromes gripais. Evitar complicações decorrentes do uso contínuo de EPI como lesão facial pelo uso de máscara e óculos.	Proteção respiratória: uso de máscara N95 para todos os procedimentos; ambiente com filtro HEPA e/ou pressão negativa contínua para procedimentos que geram aerossóis, e para coleta e manuseio de materiais de vias respiratórias para testes laboratoriais. Proteção corporal: uso de luvas de procedimento para todos os cuidados com os pacientes e manuseio de materiais e equipamentos; indica o uso de luvas duplas diante do risco de danos no produto ou de exposição ao cuidar do paciente; indica o uso de luvas longas (disposable long-arm gown), exceto para transporte de cadáveres e de materiais bem acondicionados; uso de macacão de isolamento (whole body protective clothing) e propés.
Li JO, Lam DSC, Chen Y, Ting DSW, 2020 ¹⁰ China	Higienizar a mãos como medida usual para prevenir infecções e evitar tocar mucosas da boca, nariz e olhos.	Preconiza o uso de óculos de proteção ou protetor facial e máscara cirúrgica para evitar a contaminação da mucosa ocular.



Estudo/ País de Origem	Técnicas Seguras	EPI mencionados nos estudos
Livingston E, De-sai A, Berkwits M, 2020 ¹¹ Estados Unidos da América	Reprocessar EPI necessita de estudos que comprovem a sua eficácia. O uso de EPI dedicados a outros setores como siderurgia deve seguir as especificações dos fabricantes. O uso de EPI é imprescindível para os profissionais da saúde, mas a responsabilidade do fornecimento e o abastecimento das instituições são de responsabilidade dos seus administradores e dos órgãos de saúde.	Emergiu a possibilidade para reprocessamento dos EPI. Todavia, a maioria dos comentários reconhecia a incerteza dos métodos propostos sobre a integridade estrutural do EPI, e sua eficácia de filtração, reforçando necessidade de realizar novos estudos sobre a temática.
Lockhardt SL et al., 2020 ¹² Canadá	Não são apresentados tais resultados.	Após análise dos locais de contaminação dos EPI e da pele do profissional que participou da simulação, os autores recomendam os seguintes EPI para procedimentos que geram aerossóis: uso de duas luvas cirúrgicas; protetores para região da cabeça e pescoço; avental com gramatura compatível com o nível 3 ou superior, segundo padrão da Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI).
Malhotra N et al., 2020 ¹³ Índia	Minimizar o contato direto com o paciente, e fazê-lo apenas se necessário. O uso de monitores para aferir sinais vitais deve ser encorajado para reduzir o contato físico do profissional de saúde com o paciente.	Durante os procedimentos que envolvem geração de aerossóis, o uso de máscara N95 foi considerado o ideal. As técnicas de paramentação e desparamentação devem seguir as recomendações do CDC, a saber: para vestir, a sequência deve ser higienização das mãos - avental - máscara - óculos - luvas. E durante a retirada, a ordem deve ser luvas - óculos - avental - máscara - higienização das mãos. Atendo-se sempre para não tocar nas partes externas dos EPI.
Ranney, Griffeth, Jha, 2020 ¹⁴ Estados Unidos da América	Deve-se atentar que apesar da recomendação dos CDC sobre a reutilização de máscaras ou em caso de escassez, uso de dispositivos de tecidos, as evidências são de certeza fraca para apoiar essa prática.	Proteção respiratória: máscaras N95, segundo a recomendação dos CDC devem ser utilizadas em situações que geram aerossóis. Proteção corporal: luvas, aventais, antissépticos adequados para as mãos. Proteção ocular: protetores faciais.



Estudo/ País de Origem	Técnicas Seguras	EPI mencionados nos estudos
Ravikumar N et al., 2020 ¹⁵ Índia	A equipe não deve conter funcionários vulneráveis a infecções como pessoas imunocomprometidas, gestantes, pessoas com idade > 60 anos ou com comorbidades. O Indian Council of Medical Research (ICMR) recomenda o uso profilático de hidroxicloroquina 400 mg duas vezes ao dia no dia 1, seguida de 400 mg uma vez por semana durante as próximas 7 semanas para profissionais de saúde que cuidam de pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19.	Proteção respiratória: máscara N95 (principalmente quando o procedimento realizado for gerador de aerossol) protetor facial. Proteção corporal: avental e proteção ocular: óculos de proteção ou protetor facial. É recomendado que todo o EPI seja usado por 4-6 horas e trocado mais cedo se houver alguma sujidade visível.
Wang H, Wang S, Yu K., 2020 ¹⁶ China	Padronizar protocolos e treinar as equipes quanto ao uso de EPI e seu descarte adequado para o controle da pandemia e segurança do profissional de saúde durante o surto de COVID-19, na China. Equipes de prevenção e controle de infecção supervisionaram rigorosamente todos os treinamentos para garantir que os procedimentos relacionados ao uso dos EPI fossem executados de maneira correta e, também, houve monitoramento dos procedimentos realizados pelas equipes de saúde antes e após a permanência dos mesmos em enfermarias de isolamento por meio de equipamentos de comunicação sem fio.	Proteção respiratória: máscaras. Proteção corporal: roupas de isolamento impermeáveis. Proteção ocular: uso de óculos de proteção e protetores faciais.

Referências

- Christensen L, Rasmussen CS, Benfield T, Franc JM. A randomized trial of instructor - led training versus video lesson in training health care providers in proper donning and doffing of personal protective equipment. *Disaster Med Public Health Prep.* 2020; 30:1-15. doi: 10.1017/dmp.2020.56. [Epub ahead of print].
- Newby JC, Mabry MC, Carlisle BA, Olson DM, Lane BE. Reflections on Nursing Ingenuity During the COVID-19 Pandemic. *J Neurosci Nurs.* 2020;27. doi: 10.1097/JNN.0000000000000525. [Epub ahead of print].
- Ong JY, Bharatendu C, Goh Y, Tang JZY, Sooi KWX, Tan YL, et al. Headaches Associated with Personal Protective Equipment – A Cross-sectional Study Amongst Frontline Healthcare Workers During COVID-19 (HAPPE Study). *Headache.* 2020;30. doi: 10.1111/head.13811. [Epub ahead of print].



- 4 Ong SWX, Tan YK, Sutjipto S, Chia PY, Young BE, Gum M, et al. Absence of contamination of personal protective equipment (PPE) by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2). *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2020; 26:1-6. doi: 10.1017/ice.2020.91. [Epub ahead of print].
- 5 Ma QX, Shan H, Zhang HL, Li GM, Yang RM, Chen JM. Potential utilities of mask wearing and instant hand hygiene for fighting SARS-CoV-2. *J Med Virol.* 2020;31. doi: 10.1002/jmv.25805. [Epub ahead of print].
- 6 Sorbello M, El-Boghdady, DiGiacinto KI, Cataldo R, Esposito C, Falcetta S, et al. The Italian coronavirus disease 2019 outbreak: recommendations from clinical practice. *Anaesthesia.* 2020;27. doi: 10.1111/anae.15044. [Epub ahead of print].
- 7 Zhong Q, Liu YY, Luo Q, Zou YF, Jiang HX, Li H, et al. Spinal anaesthesia for patients with coronavirus disease 2019 and possible transmission rates in anaesthetists: retrospective, single-centre, observational cohort study. *Br J Anaesth.* 2020;28. doi: 10.1016/j.bja.2020.03.007. [Epub ahead of print].
- 8 Diamond F. Wuhan Coronavirus Pushes Personal Protective Equipment Out of the Closet. *Infect Control Today.* [Internet]. 2020 [cited April 8, 2020];24(2):32-3. Available from: <https://www.infectioncontroltoday.com/personal-protective-equipment/wuhan-coronavirus-pushes-personal-protective-equipment-out-closet>.
- 9 Huh S. How to train health personnel to protect themselves from SARS-CoV-2 (novel coronavirus) infection when caring for a patient or suspected case. *J Educ Eval Health Prof.* 2020;1. 17. 10. 10.3352/jeehp.2020.17.10.
- 10 Li JO, Lam DSC, Chen Y, Ting DSW. Novel Coronavirus disease 2019 (COVID-19): The importance of recognising possible early ocular manifestation and using protective eyewear. *Br J Ophthalmol.* 2020 Mar;104(3):297-300. doi: 10.1136/bjophthalmol-2020-315994.
- 11 Livingston E, Desai A, Berkwits M. Sourcing Personal Protective Equipment During the COVID-19 Pandemic. *JAMA.* 2020;28. doi:10.1001/jama.2020.5317.
- 12 Lockhart SL, Naidu JJ, Badh CS, Duggan LV. Simulation as a tool for assessing and evolving your current personal protective equipment: lessons learned during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic. *Can J Anaesthesia.* 2020 Mar 27. doi: 10.1007/s12630-020-01638-z. [Epub ahead of print].
- 13 Malhotra N, Gupta N, Ish S, Ish P. COVID-19 in intensive care. Some necessary steps for health care workers. *Monaldi Arch Chest Dis.* 2020;25(1):90. doi: 10.4081/monaldi.2020.1284.
- 14 Ranney ML, Griffeth V, Jha AK. Critical Supply Shortages: the Need for Ventilators and Personal Protective Equipment during the Covid-19 Pandemic. *New England Journal of medicine,* 2020. doi: 10.1056/NEJMp2006141.
- 15 Ravikumar N, Nallasamy K, Bansal A, Angurana SK, Basavaraja GV, Sundaram M, et al. Novel Coronavirus 2019 (2019-nCoV) Infection: Part I - Preparedness and Management in the Pediatric Intensive Care Unit in Resource-limited Settings. *Indian Pediatr.* 2020;29. pii: S097475591600151. [Epub ahead of print].
- 16 Wang H, Wang S, Yu K. COVID-19 infection epidemic: the medical management strategies in Heilongjiang Province, China. *Crit Care.* 2020;24(1):107. doi:10.1186/s13054-020-2832-8.

Documento Assinado Digitalmente por: WASHINGTON LUIS CHAVES DA ROCHA
Assinatura: 3811270c-ed31-4409-b6c5-2d1f41ce063



5.3 Precauções padrão e baseadas na transmissão do SARS-CoV-2, COVID-19

As precauções padrão são recomendações internacionais de práticas que se aplicam a todos para a assistência de todos os pacientes, independentemente da suspeita ou confirmação de infecção e em qualquer ambiente em que o atendimento seja prestado¹.

As precauções específicas baseadas na forma de transmissão do SARS-CoV-2, até o momento são as precauções padrão, precauções por contato e precauções por gotículas, sendo as precauções por aerossóis recomendadas em procedimentos geradores de aerossóis².

A seguir são descritas as precauções padrão por contato, gotículas e aerossóis recomendadas internacionalmente¹.

5.3.1 Precauções por contato

As precauções por contato visam prevenir a transmissão do novo coronavírus a partir de pacientes contaminados com o SARS-CoV2 para outros pacientes, profissionais, visitantes, acompanhantes, por meio de contato direto (ao tocar o paciente e estabelecendo a transmissão de pessoa a pessoa) ou indireto (ao tocar superfícies contaminadas próximas ao paciente ou por meio de artigos e ou equipamentos hospitalares). Recomenda-se que o paciente com suspeita ou diagnóstico de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV2), que necessitarem ser hospitalizados devem ser acomodados em quarto privativo ou quando não disponível, em quarto compartilhado por pacientes com o mesmo diagnóstico (coorte de pacientes)².

Como medidas de precaução por contato o profissional de saúde deve estar paramentado obrigatoriamente com³:

aventais devem ser de mangas longas, com gramatura mínima de 30g/m², punho de malha ou elástico e abertura posterior permitindo a proteção da pele e da roupa do profissional para evitar a contaminação do corpo. Ele deve ser utilizado pelo profissional de saúde ao entrar em contato com o paciente e o seu ambiente de cuidado. Se os aventais utilizados na prática diária não forem impermeáveis, em procedimentos em que ocorra risco de exposição a fluidos ou secreções um avental com gramatura mínima de 50 g/m² deverá ser utilizado.

luvas de procedimento devem ser colocadas dentro do quarto do paciente ou área em que o paciente estiver internado e deverão ser trocadas a cada procedimento, manuseio de diferentes sítios anatômicos ou após contato com material biológico. Ao término do procedimento, antes de retirar o avental as luvas devem ser retiradas e desprezadas em recipiente para resíduo infectante e as mãos devem ser higienizadas com água e sabão ou álcool 70% em gel.



Importante:

Considerar que no caso específico de atendimento a paciente com suspeita ou diagnóstico de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV2) os profissionais de saúde devem, além dos EPI indicados para as precauções por contato, usar os EPI recomendados para precauções por gotículas.

Observações:

- 1) equipamentos e materiais hospitalares como, por exemplo, suportes de soro, estetoscópio, esfigmomanômetro e termômetro devem ser de uso exclusivo do paciente. Na impossibilidade de se manter a exclusividade, devem ser submetidos ao processo de limpeza e desinfecção antes de serem utilizados em outros pacientes.
- 2) no ambiente do entorno do paciente deve-se realizar limpeza concorrente com água e sabão e detergente neutro seguida de desinfecção das superfícies com álcool 70%, preferencialmente (ou com produtos a base de cloro, como o hipoclorito de sódio ou outro desinfetante padronizado pelo serviço, desde que seja regularizado junto à Anvisa) a cada troca de plantão sempre que necessário. 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 da área⁴.

5.3.2. Precauções por gotículas

As precauções por gotículas são recomendadas para prevenir a transmissão de microrganismos por via respiratória causada por partículas maiores que 5 micra de pacientes confirmados ou suspeitos de COVID-19, que são geradas pela tosse, espirro e durante a fala e que podem se depositar à curta distância (1 a 1,5 m) nas mucosas dos olhos, nariz e boca dos profissionais de saúde e/ou superfícies próximas do paciente. Recomenda-se que o paciente com suspeita ou diagnóstico de infecção pelo COVID-19 que necessita de hospitalização seja colocado em quarto privativo ou quando não disponível, em quarto compartilhado (coorte de pacientes) por pacientes com o mesmo diagnóstico²⁻³.

Os EPI recomendados são:

máscara cirúrgica comum: uso obrigatório ao entrar no quarto do paciente, sendo que o profissional não deve tocá-la enquanto estiver com as luvas, prestando assistência ao doente. Após o uso, a máscara deverá ser descartada em um recipiente para descarte de resíduos infectantes.



- 2) O *Centers for Disease Control and Prevention*² recomenda o descarte das máscaras N95 após o uso durante os procedimentos de geração de aerossóis, e ainda em pacientes com doença infecciosa que requeira precauções por contato, caso este do COVID-19;
- 3) No entanto, considerando a escassez de EPI disponível, a instituição de saúde deve consultar o fabricante da máscara sobre o número máximo de reusos recomendados para o (s) modelo(s) da máscara PFF2/N95 usado(s) na instituição. Se nenhuma orientação do fabricante estiver disponível, os organismos nacionais e internacionais^{2,3} recomendam que o número de reutilizações deve ser limitado a não mais que cinco usos por dispositivo para garantir uma margem de segurança adequada^{2,3}. Recomenda-se o uso prolongado sem remoção da máscara entre o cuidado de pacientes⁷.
- 4) O profissional de saúde não deve usar a máscara cirúrgica sobreposta à máscara PFF2/N95 ou equivalente, pois além de não garantir proteção de contaminação, também pode levar a desperdício de mais um aparato.
- 5) Para remover a máscara o profissional de saúde não pode tocar na superfície externa da máscara e se inadvertidamente o profissional tocar na parte externa da máscara ele deve realizar imediatamente a higiene das mãos com água e sabão⁶.

Para a Organização Mundial da Saúde, outros aspectos podem ser considerados para o uso racional dos EPI que incluem⁴:

- restrição de acesso aos pacientes: evitar a entrada nos quartos de pacientes com COVID-19 quando não estiver envolvido no cuidado direto ou no planejamento das atividades realizadas durante a assistência; minimizar o número de vezes que o profissional entra no quarto do paciente, por exemplo, entrar no quarto para a avaliação dos sinais vitais e o oferecimento da alimentação.
- cuidados com as máscaras: retirar a máscara pelos elásticos, tomando cuidado para não tocar na sua superfície interna; acondicionar de forma a mantê-la íntegra, limpa e seca para o próximo uso, utilizando um saco ou envelope de papel, embalagens plásticas ou embalagem da própria máscara, desde que não fiquem hermeticamente fechadas e identificados; os elásticos deverão ser acondicionados de forma a não serem contaminados e de modo a facilitar a retirada da máscara da embalagem; e, se no processo de remoção da máscara houver contaminação da parte interna, ela deverá ser descartada imediatamente no lixo infectante.



Referências

- 1 CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (2007). Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Disponível em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>. Acesso em: 05 abr, 2020.
- 2 CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (2020). Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>. Acesso em: 6 abr. 2020.
- 3 Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-Cov-2) / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2020. Atualizada em: 31/03/2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598669-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b2>. Acesso em: 4 de abr. 2020.
- 4 Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2012. 118 p. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude-limpeza-e-desinfeccao-de-superficies>
- 5 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance. 19 March 2020. World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331498>.
- 6 WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Advice on the use of masks in the context of COVID-19. Geneva: World Health Organization, April, 2020. Disponível em: file:///C:/Users/UFA013315/Downloads/WHO-2019-nCoV-IPC_Masks-2020.3-eng.pdf. Acesso em: 08 de abril de 2020.
- 7 CHUGTAI, A. A.; SEALE, H.; ISLAM, M. D.; OWAIS, M.; MACINTYRE, C. R. Policies on the use of respiratory protection for hospital health workers to protect from coronavirus disease (COVID-19). Guest Editorial. Int J Nurs Stud, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103567>. Acesso em: 5 abr. 2020.



6. Procedimentos necessários para a segurança dos profissionais de saúde e do paciente com suspeita ou diagnóstico de COVID-19

6.1. Higiene das mãos com água e sabonete líquido

A higienização das mãos (HM) é uma medida fundamental e recomendada pela literatura nacional e internacional no combate a pandemia do novo coronavírus.

Para a técnica de higienização simples das mãos recomenda-se o uso de água e sabonete líquido e um tempo de duração de 40 a 60 segundos. Os seguintes passos são recomendados para esta técnica: 1) molhar as mãos evitando encostar-se na pia; 2) aplicar sabonete líquido na palma da mão; 3) ensaboar as palmas realizando fricção com movimentos firmes; 4) esfregar a palma de uma mão no dorso da outra e vice-versa, friccionando os espaços interdigitais; 5) esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta; 6) esfregar o polegar de uma mão com a palma da outra; 7) friccionar as polpas dos dedos de uma mão na palma da outra, enxaguar e secar com toalha descartável.

Técnica higienização das mãos com água e sabonete líquido



Figura 1. Fotografias da técnica de higienização das mãos com água e sabonete líquido
Fonte: Fotos realizadas no laboratório de simulação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo seguindo o procedimento técnico de higienização das mãos com água e sabonete líquido segundo recomendações da ANVISA¹.



Estudo reforça a importância da higienização completa das mãos na prática clínica da doença por coronavírus na Itália², sem negligenciar partes das mãos como os polegares.

O procedimento técnico de higienização das mãos deve ser realizado de acordo com o modelo proposto pela OMS dos “cinco momentos”: antes do contato com o paciente, antes de procedimentos assépticos, após exposição a fluidos orgânicos, após contato com o paciente e após o contato com o ambiente em que está o paciente³, sempre utilizando a mesma técnica para todos os momentos.

6.2. Higiene das mãos com álcool 70% em gel

O uso de álcool 70% em gel é uma importante estratégia para otimizar a adesão à higiene das mãos, pois requer aproximadamente um terço do tempo para realizar a técnica quando comparada à água e sabão e é mais eficaz na eliminação de microrganismos⁴⁻⁶. Além disso, o álcool pode ser disponibilizado à beira leito, o que permite que o profissional realize a higiene das mãos durante o cuidado.

De modo geral, as indicações para higienização das mãos com álcool são as mesmas da higiene das mãos com água e sabonete líquido. Porém, o uso do álcool é contra indicado quando as mãos estão visivelmente sujas, como é o caso das luvas com talco. Os passos da técnica também devem ser os mesmos da higiene com água e sabonete líquido.

Como política geral, recomenda-se a seleção de luvas sem talco, pois isso evita reações com a preparação alcoólica para a higiene das mãos em uso na unidade de saúde¹. Desta forma, na atual situação de pandemia COVID-19, o uso de luvas sem talco pode auxiliar na maior adesão à prática de higiene de mãos. São recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária aos profissionais de saúde:

- manter suas unhas limpas e curtas, não utilizar unhas postiças quando entrar em contato direto com os pacientes, evitar o uso de esmaltes nas unhas.
- não usar anéis, pulseiras, relógios e outros adornos durante a assistência ao paciente.

Destaca-se que o uso de luvas não dispensa a necessidade de lavagem das mãos antes e após o seu calçamento. Isto porque as mãos previamente contaminadas podem transferir microrganismos para as luvas e destas para os pacientes, e também porque as luvas podem conter furos microscópicos ou romper durante o uso, permitindo a contaminação das mãos durante a manipulação do paciente.



Técnica de higienização das mãos com álcool 70% em gel

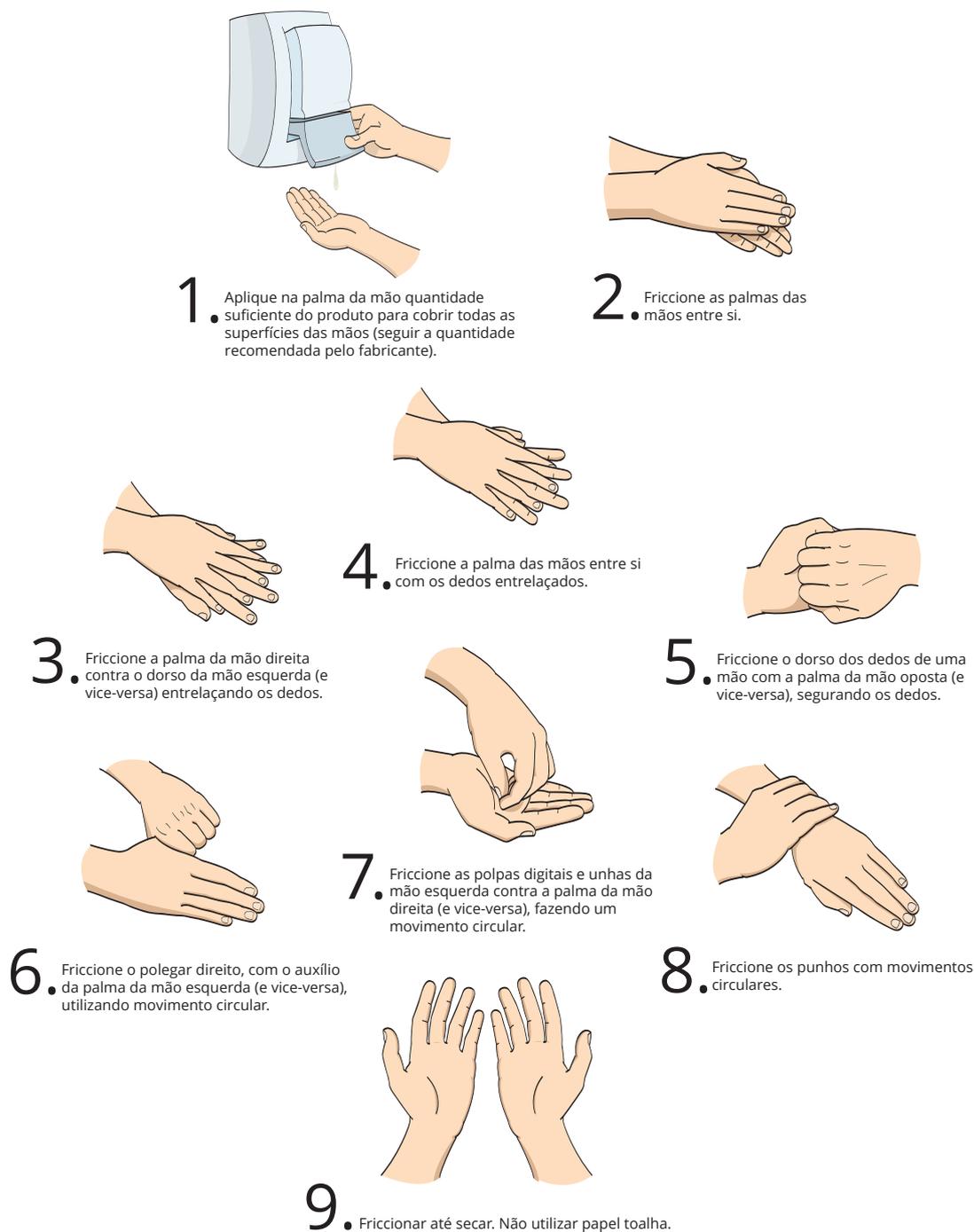


Figura 2. Procedimento técnico de higienização das mãos com álcool em gel 70% segundo ANVISA¹
Fonte-http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/control/higienizacao_prep_alcool.pdf



6.3. Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

Os EPI recomendados aos profissionais de saúde no cuidado a pacientes COVID 19 em ambiente hospitalar, segundo tipo e o local de uso, estão apresentados a seguir no Quadro 1.

Quadro 1. Recomendação de medidas para prevenção e controle da disseminação do COVID 19 adaptado Nota Técnica no 04/2020 - GVIMS/GGTES/ANVISA⁷ e CDC⁸.

Local de uso	Tipo de Equipamento de Proteção Individual a ser utilizado pelos profissionais de saúde
Pacientes não intubados internados em enfermarias ou leitos de terapia intensiva sem filtragem de ar	<ul style="list-style-type: none"> • Avental descartável de mangas compridas com punhos • Gorro • Máscara cirúrgica • Óculos de proteção e protetor facial • Luvas de proteção <p>Atenção: deverão ser utilizadas máscaras de proteção respiratória (respirador particulado) com eficácia mínima na filtração de 94% ou mais de partículas de até 0,3μ (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3) e protetor facial, sempre que realizar procedimentos geradores de aerossóis como por exemplo, intubação ou aspiração traqueal, ventilação não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, indução de escarro, coletas de amostras nasotraqueais e broncoscopias.</p> <p>No momento da realização de tais procedimentos manter as portas fechadas e as janelas abertas e reduzir o número de profissionais neste local.</p>
Pacientes intubados em enfermarias ou unidades de terapia intensiva sem filtragem de ar	O uso de máscara de proteção respiratória PFF2/N95 ou equivalente e o protetor facial são recomendados durante todo o período. Além disso, seguir todas as recomendações anteriores

Fonte: Recomendações da Nota Técnica número 04/2020 - GVIMS/GGTES/ANVISA⁷ e CDC⁸.

6.3.1. Paramentação de Equipamentos de Proteção Individual

1. Higienização das mãos

Antes de usar o EPI para a assistência de um paciente com suspeita ou diagnóstico confirmado de COVID-19, a higiene adequada das mãos deve ser realizada seguindo a técnica recomendada pela ANVISA¹.



2. Avental

O primeiro EPI a ser colocado é o avental descartável de mangas longas e com punhos. Coloque o avental e amarre as tiras do avental com um laço iniciando pela superior. Feche a parte posterior do avental e amarre a tira da região da cintura na lateral do corpo na linha axilar média de modo que permaneça fechado, ajustado e confortável no corpo. O laço do avental deve ficar lateralizado⁷⁻⁸.



Figura 3 - Fotografias sequenciais da vestimenta de avental.

Fonte: Fotos realizadas no laboratório de simulação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

3. Gorro

Prenda o cabelo antes de colocar o gorro⁷.



Figura 4 - Fotografia da colocação de gorro.

Fonte: Foto realizada no laboratório de simulação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.



4. Máscaras

Máscara cirúrgica

Coloque a máscara posicionando-a corretamente na face de forma a cobrir a boca e o nariz e se estender até o queixo. As tiras precisam ser apertadas para ter um ajuste firme e confortável. Ajuste o clipe de metal no nariz para obter um ajuste adequado⁷.



Figura 5 - Fotografias da colocação de máscara cirúrgica.

Fonte: Fotos realizadas no laboratório de simulação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Máscara PFF2/N95

Coloque a máscara segurando pelos elásticos. Ajuste o clipe de metal no nariz para mantê-la fixa e confortável. Realize o teste de ajuste por meio da inspiração e expiração e observe se a mesma tem escape de ar⁷.



Figura 6 - Fotografias da colocação de máscara N95.

Fonte: Fotos realizadas no laboratório de simulação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.



6. Óculos

Eles devem ser colocados de forma que fiquem bem posicionados e se encaixem de forma adequada. São usados para impedir que o vírus atinja a mucosa ocular. É importante que os óculos de proteção se adequem às características faciais do profissional de saúde. Os óculos de proteção ou protetores faciais devem ser **exclusivos** de cada profissional e devem ser limpos com água e sabão e posteriormente desinfetados com álcool 70% após o uso⁷⁻⁸.



Figura 7 - Fotografia da colocação de óculos de proteção.

Fonte: Foto realizada no laboratório de simulação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

7. Protetores faciais

Os protetores faciais devem ser colocados de forma que fique encaixado adequadamente na face protegendo a mucosa ocular, do nariz e boca também⁷⁻⁸.



Figura 8 - Fotografia da colocação de protetor facial.

Foto realizada no laboratório de simulação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.



6. Luvas de proteção

As luvas de látex devem ser selecionadas de acordo com o tamanho adequado da mão do profissional de saúde. Calce as luvas de modo a cobrir o punho do avental. As luvas devem ser colocadas dentro do quarto do paciente ou área em que o paciente está isolado. E, devem ser utilizadas em qualquer contato com o paciente ou seu entorno⁷⁻⁸.



Figura 9 - Fotografias de calçar luvas

Fonte: Fotos realizadas no laboratório de simulação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.



6.3.2. Desparamentação de EPI e descarte de material

O momento da desparamentação é o mais susceptível às contaminações dos profissionais de saúde, portanto toda atenção é pouca ao efetuar esse procedimento.

1. Retirar luvas

Com uma das mãos enluvada coloque sua mão na parte interna da luva sem encostar na sua pele e retire-a da mão virando a mesma do avesso. Atenção para evitar movimentos que favoreçam a dispersão de fluidos corpóreos e patógenos. Segure a luva removida na mão enluvada. Deslize os dedos da mão sem luva na parte interna do punho e retire a outra luva sobre a primeira luva. Descarte as luvas em um recipiente para resíduos infectantes⁷.



Figura 10 - Fotografias de retirar luvas.

Fonte: Fotos realizadas no laboratório de simulação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.



2. Avental

Para a retirada dos aventais tenha muita atenção, pois a parte da frente e as mangas são consideradas contaminadas.

Desate os laços do avental, tomando cuidado para que as mangas não entrem em contato com seu corpo. Afaste o avental do pescoço e dos ombros, tocando apenas na parte interna do mesmo. Vire o avental do avesso. Dobre e descarte-o (se descartável) em um recipiente para resíduo infectante.

O avental sujo deve ser removido e descartado como resíduo infectante após a realização da intervenção e antes de sair do quarto do paciente ou da área de isolamento⁷.



Figura 11 - Fotografias de retirar e descartar o avental

Fonte - Fotos realizadas no laboratório de simulação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.



3.Óculos ou protetor facial

Protetor Facial

Remova o protetor facial pela lateral ou levantando a faixa da cabeça e realiza a desinfecção com álcool a 70%. Se o protetor facial apresentar sujidade visível, o profissional deve acondicioná-lo em recipiente ou saco plástico para ser encaminhado ao expurgo ou área destinada a limpeza e desinfecção de materiais⁷⁻⁸.



Figura 12 - Fotografia de retirar protetor facial.

Fonte: Fotos realizadas no laboratório de simulação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Óculos

Remova os óculos pelas hastes laterais. Realize a desinfecção com álcool 70%. Se os óculos apresentarem sujidade visível, o profissional deve acondicioná-los em recipiente ou saco plástico para serem encaminhados ao expurgo ou área destinada a limpeza e desinfecção de materiais⁷⁻⁸.



Figura 13 - Fotografia retirar óculos.

Fonte: Foto realizada no laboratório de simulação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.



4. Máscara

A remoção da máscara deve ser feita retirando-a pelas tiras tendo cuidado para não tocar na sua superfície interna⁷.

Máscara cirúrgica comum

A retirada da máscara deve ser realizada por meio dos seus elásticos sem tocar na frente. Não reutilize máscaras descartáveis. Descarte as máscaras após cada uso em um recipiente para resíduo infectante⁷.



Figura 14 – Fotografias retirar máscara cirúrgica.

Fonte: Fotos realizadas no laboratório de simulação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Máscara PFF2/N95

A retirada da máscara PFF2/N95 deve ser por meio dos seus elásticos sem tocar na frente e acondicionada de forma a mantê-la íntegra, limpa e seca para o próximo uso, utilizando um saco ou envelope de papel, embalagens plásticas ou embalagem da própria máscara, desde que não fiquem hermeticamente fechadas; os elásticos deverão ser acondicionados de forma a não serem contaminados e de modo a facilitar a retirada da máscara da embalagem; deve ser realizada por meio dos seus elásticos, removendo-a sem tocar na frente. Após, a mesma deve ser acondicionada de forma a mantê-la íntegra, limpa e seca para o próximo uso na instituição de saúde⁷⁻⁸.



Figura 15 - Fotografias sequenciais de retirar de máscara N95.

Fonte: Fotos realizadas no laboratório de simulação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.



Observação importante:

Em unidades de isolamento que possuem ante sala recomenda-se que os EPI descartáveis como luvas, aventais e gorro sejam descartados imediatamente dentro do quarto do paciente em recipiente destinado a resíduo infectante. Ao sair do quarto o profissional de saúde deve higienizar as mãos e retirar os óculos ou protetor facial e desinfetá-lo com álcool a 70%, se houver sujidade a limpeza com água e sabão líquido deve anteceder a desinfecção. Após retirar a máscara cirúrgica ela deve ser descartada em recipiente para resíduos infectantes. Após a retirada da máscara PFF2/N95 ela deve ser acondicionada e armazenada conforme recomendado para situações de reutilização. Em ambas as situações o profissional de saúde deve higienizar as mãos com água e sabonete líquido⁷⁻⁸.

5. Gorro

Retire o gorro e descarte-o em recipiente para descarte de resíduo infectante.



Figura 16 - Fotografias retirar de gorro e descarte.

Fonte: Fotos realizadas no laboratório de simulação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Referências

- 1 Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos. Brasília: Anvisa; 2009. 105 p.
- 2 Sorbello M, El-Boghdadly K, Di Giacinto I, Cataldo R, Esposito C, Falcetta S, et al. The Italian coronavirus disease 2019 outbreak: recommendations from clinical practice. Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) Airway Research Group, and The European Airway Management Society. Anaesthesia, 2020. doi: <https://doi.org/10.1111/anae.15049>
- 3 World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research: the research priority setting working group of the World Alliance for Patient Safety. Geneva: World Health Organization; 2008.
- 4 Boyce JM, Kelliher S, Vallande N. Skin irritation and dryness associated with two hand-hygiene regimens: soap-and-water hand washing versus hand antiseptics with an alcoholic hand gel. Infect Control Hosp Epidemiol. 2000;21(7):442-8.



- 5 Camargo LFA, Marra AR, Silva CV, Laselva CR, Moura DF Junior, Cal RG, *et al.* Low compliance with alcohol gel compared with chlorhexidine for hand hygiene in ICU patients: results of an alcohol gel implementation program. *Braz J Infect Dis.* 2009 Oct;13(5):330-4. doi: 10.1590/S1413-86702009000500003.
- 6 World Health Organization. Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Geneva: World Health Organization; 2009.
- 7 Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). [Acesso 4 abr 2020]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b2>
- 8 Centers for Disease Control and Prevention. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings. 2020. [cited Apr 6, 2020]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>

Documento Assinado Digitalmente por: WASHINGTON LUIS CHAVES DA ROCHA
Acesse em: <https://stc.ce.gov.br/pt-br/assassinado-digitalmente>
Código do documento: 38f72e0c-ed31-447f-a6c5-2df74ccee063



7. Manejo seguro de pacientes com suspeita ou diagnóstico de COVID-19 internados em quartos, enfermarias e unidades de terapia intensiva

7.1 Transporte de pacientes no hospital

O transporte dos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 dentro da instituição de saúde deve ser restrito ao mínimo necessário. Nos casos em que for necessária a transferência entre setores (quarto/box de atendimento para a Unidade de Terapia Intensiva, ou vice-versa) ou o deslocamento do paciente para realização de exames estritamente necessários (ex. tomografia computadorizada), seguintes orientações devem ser observadas¹⁻².

- O setor para onde o paciente estiver sendo transferido ou deslocado para realização de exames deve ser notificado previamente, para o devido preparo da unidade e paramentação dos profissionais que atuam nesses locais;
- Quando disponível, considerar utilizar equipamento de Rx-portátil na unidade de internação;
- O paciente deverá utilizar máscara durante todo o percurso;
- Os profissionais de saúde que realizarem o transporte deverão adotar as precauções de contato e gotículas, conforme já descritas nesta cartilha. Nos casos de pacientes intubados, máscara PFF2/N95 ou equivalentes deve ser usada e as precauções por aerossóis devem ser seguidas;
- Após o transporte, remover os EPI e higienizar as mãos;
- Proceder à limpeza e à desinfecção da maca ou cadeira de rodas utilizada para o transporte do paciente. Utilizar álcool 70% ou outro desinfetante recomendado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do serviço.

7.2. Cuidados de higiene

Cuidados de higiene incluem atividades de limpeza corporal que afetam o conforto, a segurança e bem-estar dos pacientes. Entre eles, destacam-se cuidados diários essenciais como tomar banho, escovar os dentes, lavar e pentear os cabelos e trocar as roupas. Tais atividades, além de promoverem conforto e relaxamento ao paciente, colaboram na remoção de sujidades que podem causar doenças e infecções. Dessa forma, devem ser mantidas e estimuladas durante a hospitalização do paciente com suspeita ou infecção confirmada por COVID-19, tendo em vista sua melhora biofuncional³.

Assim, deve-se avaliar cada paciente e determinar sua capacidade de autocuidado, preservando o máximo possível seu grau de independência e reduzir possibilidades de exposição dos profissionais ao vírus, bem como proteger o paciente de outras infecções.



Os pacientes com suspeita ou infecção confirmada por COVID-19 que requerem hospitalização devem ser acomodados em quartos de isolamento ou compartilhados por pacientes com o mesmo diagnóstico, com banheiro privativo. Para os pacientes internados com suspeita ou infecção por COVID-19 que sejam semi ou totalmente dependentes para realizar os cuidados diários de higiene corporal, deve-se planejar os cuidados de higiene junto a outras necessidades de cuidados, antecipando as necessidades relativas a insumos e equipamentos¹.

Especificamente para os banhos de chuveiro com auxílio, higiene íntima, banho de leito parcial ou completo, é importante avaliar os riscos de exposição a aerossóis e fluídos corporais (secreções de urina e fezes). Dessa forma, recomenda-se ao profissional de enfermagem o uso dos EPI: gorro; óculos de proteção ou protetor facial; avental impermeável de mangas longas com punhos; máscara cirúrgica; luvas nitrílicas e sapatos fechados impermeáveis. Sempre que as atividades realizadas apresentarem qualquer risco de geração de aerossóis, as máscaras utilizadas deverão ser as N95 ou equivalentes.

Entre os principais cuidados que os profissionais precisam ter para executar esse procedimento, recomenda-se:

- técnica: banhar o paciente no sentido cefalocaudal, deixando a higiene íntima e da região anal por último;
- avaliar o risco de hipotermia: evitar expor o paciente a baixas temperaturas, minimizando ao máximo o tempo de banho;
- risco de infecções: usar materiais de uso único e que sejam, preferencialmente descartáveis. Trocar compressas entre as partes do corpo, a água da bacia sempre que esteja com sujidade de substâncias orgânicas e as luvas antes e após a higiene íntima e anal;
- higiene bucal: recomenda-se a prática de higiene bucal para todos os pacientes com água e creme dental, seguindo protocolo institucional;
- dispositivos: proteger áreas com punções venosas e curativos com coberturas impermeáveis, atentar-se para não mover ou remover cateteres, drenos, sondas e cânulas de intubação inseridos no paciente e, pausar dieta por sonda;
- avaliar instabilidade hemodinâmica: avaliar as condições respiratórias e circulatórias para definir o decúbito e as mobilizações durante o banho;
- risco de quedas: avaliar condições psicomotoras do paciente, capacidade de colaboração, nível de sedação e peso corporal, para a movimentação do paciente com segurança.

Preferir sabonetes de pH neutro para manter a proteção natural da pele e avaliar as recomendações de uso de toalhas umedecidas com soluções umectantes e hidratantes sem presença de lipídeos⁴.



Trocar diariamente a vestimenta e roupas de cama. As roupas de cama e banho devem ser colocadas em sacos plásticos devidamente identificados, colocados no *hamper*, para envio à lavanderia.

7.3 Administração de medicamentos

A administração de medicamentos requer boas habilidades de tomada de decisão e julgamento clínico, e o enfermeiro é responsável por garantir o entendimento completo da administração de medicamentos e suas implicações para a segurança do paciente. Tendo em vista a complexidade do cuidado que se estabelece durante a hospitalização de pacientes com suspeita ou infecção confirmadas por SARS-CoV-2, a segurança de pacientes e profissionais é fundamental. Assim, para preparar e administrar medicamentos e avaliar pacientes após recebê-los há necessidade de realizar práticas seguras e seguir os protocolos nacionais e institucionais para administração segura de medicamentos.

Para administrar medicamentos com segurança siga todas as recomendações de segurança conhecidas como os 9 certos na administração de medicamentos⁵

- 1) Paciente certo** - verifique o nome completo da pessoa. Use dois identificadores de paciente em todos os momentos. Evite confiar na memória e siga a recomendação institucional para identificação do paciente antes da administração.
- 2) Medicamento certo** - leia atentamente a prescrição e separe os medicamentos confrontando o que tem em mãos com o descrito nas informações da prescrição. Avalie o paciente antes da administração do medicamento para garantir que o paciente esteja recebendo o medicamento correto pelo motivo correto. Verifique alergias e reações. Identifique os pacientes alérgicos com pulseira e aviso em prontuário, alertando toda a equipe.
- 3) Via certa** - identifique se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento.
- 4) Hora certa** - prepare o medicamento e organize para que a administração seja feita no horário correto, assegurando-lhe estabilidade.
- 5) Dose certa** - confira a dose prescrita para o medicamento. Seja preciso em todos os cálculos de medicamentos.
- 6) Registro certo** - registre na prescrição o horário em que a administração do medicamento foi feita. Cheque o horário da administração do medicamento a cada dose. Registre a ocorrência de adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos ao medicamento.



7) Orientação certa - forneça informações ao paciente sobre o medicamento antes de administrá-lo. Responda a perguntas sobre uso, dose e considerações especiais. Dê ao paciente oportunidade de fazer perguntas. Permita ao paciente conhecer o aspecto (cor e formato) dos medicamentos que está recebendo, a frequência com que será administrado e o motivo de sua indicação.

8) Forma certa - certificar-se de que o medicamento a ser administrado está na forma farmacêutica para a via de administração prescrita e apropriada à condição clínica do paciente.

9) Resposta certa - avaliar cuidadosamente o paciente e identificar se o medicamento teve o efeito desejado. Registrar parâmetros de monitorização avaliados. Registrar em prontuário e informar à equipe a ocorrência de efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento administrado.

Outros comportamentos de segurança que devem ser garantidos na administração de medicamentos incluem:

- lavar as mãos antes de preparar e administrar os medicamentos;
- preparar os medicamentos com atenção. Evitar interrupções e distrações;
- verificar a validade da medicação e dos insumos utilizados para o preparo;
- utilizar materiais e técnicas assépticas de preparo e administração de medicamentos;
- consultar informações sobre compatibilidade de medicamentos e produtos para a saúde utilizados no preparo e administração de medicamentos;
- ficar alerta ao manusear medicamentos potencialmente perigosos e de alta vigilância (anticoagulantes, narcóticos e opiáceos, insulinas, sedativos, etc.), mesmo quando usados conforme o planejado;
- seguir recomendações atuais para preparo e administração de medicamentos pelas vias parenterais e sonda nasointestinal;
- rotular seringas de medicamentos parenterais com o nome do paciente, data, hora, medicamento, via e dose;
- compartilhar informações e relatos de acidentes, erros e reações adversas relacionadas à administração de medicamentos;
- evitar soluções alternativas. Uma solução alternativa geralmente ignora um procedimento, política ou problema em um sistema.



Devido ao potencial de evento infeccioso associado à terapêutica intravenosa, especialmente para os pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19, há que se avaliar a manutenção de terapia intravenosa somente pelo tempo necessário ao período crítico do restabelecimento do paciente, sendo essa via de administração de medicamentos substituída por outra o quanto antes⁶.

Para a administração de medicamentos a pacientes com COVID 19 use os EPI apropriados de acordo com o potencial de exposição a gotículas ou aerossóis relacionados ao procedimento em bem como ao desenvolvimento de atividades conjuntas às de outros profissionais durante o cuidado. Para pacientes suspeitos e com confirmação da infecção pelo novo coronavírus siga as técnicas de parâmetros de desparamentação e desparamentação já descritas.

7.4. Coleta de material para exames

Todas as amostras coletadas para investigações laboratoriais devem ser consideradas potencialmente infecciosas, e os profissionais de saúde que coletam e ou transportam amostras clínicas devem seguir rigorosamente as diretrizes de prevenção e controle de infecções de cada instituição, sendo esta a recomendação vigente para a coleta de materiais biológicos para exames dos pacientes com suspeita ou infecção confirmada pelo SARS-CoV-2⁷.

Para garantir a segurança e proteção dos colaboradores e do ambiente na coleta de sangue, secreções, urina e fezes é necessário⁸⁻⁹:

- Utilizar os equipamentos de proteção individual necessários em cada procedimento: gorro descartável, avental, luvas de procedimentos, óculos, protetor facial, máscara cirúrgica ou PFF2/N95 se exposto a aerossóis;
- Manusear frascos e dispositivos de coleta atentamente, evitando-se contaminar a superfície externa antes, durante e após a coleta e, caso ocorram respingos, deve-se desinfetar com álcool 70% e aguardar secar;
- Conferir se os frascos então firmemente fechados;
- Identificar a amostra coletada com etiqueta no corpo do frasco contendo dados: do paciente, data, hora, tipo de material, sítio de coleta e nome do profissional responsável. Não colar etiquetas na tampa ou sobre rótulos;
- Transportar os frascos de amostras em sacos plásticos vedados e acondicionados em meios de transporte apropriados;
- Não manusear amostras durante o transporte, não contaminar o pedido de exames e encaminhar os materiais o mais rapidamente possível ao laboratório.



Considerando-se que a coleta de amostra respiratória está indicada sempre que o paciente atender a definição de caso suspeito de COVID-19, recomenda-se que, quando o paciente for atendido na rede pública, seja encaminhado para a coleta da amostra, preferencialmente em um serviço de referência. Os serviços de saúde privados, que tenham condições, também podem coletar as amostras. Especialmente, o profissional de saúde responsável pela coleta de amostras respiratórias deve utilizar os seguintes equipamentos de proteção individual: gorro descartável; óculos de proteção ou protetor facial; máscara do tipo N95, FFP2 ou equivalente, avental de mangas longa e punhos com elástico e luvas de procedimento⁸⁻⁹.

A orientação quanto ao acondicionamento, técnica e locais para a coleta de amostras respiratórias, segue o protocolo de coleta da Influenza e inclui a obtenção de materiais de⁸:

- Aspirado nasofaríngeo (ANF);
- *Swab* combinado (nasal/oral);
- Secreção respiratória inferior: escarro, lavado traqueal ou lavado bronco alveolar.

As amostras devem ser mantidas refrigeradas (4-8°C) e ser processadas entre 24 a 72 horas após a coleta. Caso o processamento ultrapasse esse período, recomenda-se congelar as amostras a -70°C até o envio ao laboratório, assegurando a manutenção da temperatura⁸.

Devido a se tratar de um novo vírus ou novo subtipo viral em processo pandêmico, a amostra deve ser coletada até o 7º dia dos sintomas, preferencialmente até o 3º dia⁸.

7.5 Cuidados a pacientes em Assistência Ventilatória Mecânica e Aspiração de Vias Aéreas Artificiais

O paciente com suspeita ou confirmação de COVID-19 em Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) requer cuidado de uma equipe multiprofissional, competente e devidamente preparada, com o intuito de garantir a qualidade da assistência, segurança do paciente e dos profissionais que a executa.

Pacientes criticamente doentes em VM requerem uma via aérea artificial, seja um tubo endotraqueal ou um tubo de traqueostomia. Entretanto, a presença da via aérea artificial favorece a retenção de secreções traqueobrônquicas devido¹⁰:

- Reflexo de tosse prejudicada;
- Diminuição da depuração mucociliar;
- Aumento da produção de muco.



O paciente em VMI torna-se incapaz de desobstruir as vias aéreas. A aspiração de vias aéreas é essencial para remover secreções retidas no trato respiratório. O procedimento deve ser realizado pelo enfermeiro e demais membros da equipe de saúde que detém competências técnico-científicas mediante a avaliação e identificação dos indicadores clínicos¹⁰⁻¹⁵:

- Alteração na saturação de oxigênio e/ou valores dos gases arteriais;
- Ruídos adventícios respiratórios (roncos e estertores);
- Estertores grossos na traqueia;
- Secreções visíveis ou audíveis;
- Alterações na frequência cardíaca e pressão arterial;
- Alteração nas ondas ventilatórias para um padrão serrilhado;
- Sudorese;
- Alarmes de alta pressão no ventilador mecânico.

A aspiração de vias aéreas artificiais destaca-se enquanto uma intervenção de Enfermagem que, embora mandatória, tem sido associada a numerosos efeitos adversos^{11,13-14,16-20}, tornando-se de relevante garantir a competência dos profissionais de saúde que a realizam^{18,21}.

As principais complicações da aspiração endotraqueal por sistema aberto de pacientes adultos e idosos intubados e em VMI são^{10-13,14-17; 19-20}:

- Instabilidade hemodinâmica;
- Infecções pulmonares;
- Dor;
- Hipoxemia e hipóxia;
- Queda de saturação;
- Alteração da gasometria arterial;
- Sangramentos;
- Broncoconstrição;
- Colapso dos alvéolos (atelectasia);
- Ulceração e dano à traqueia;
- Aumento da pressão intracraniana.



Considerando a produção de aerossóis durante o procedimento, a aspiração por sistema fechado, quando disponível, é preferível ao sistema aberto^{1,22}. Entretanto, na ausência desse dispositivo a realização por sistema aberto deve ser alicerçada nos princípios técnico-científicos e de proteção aos profissionais.

Use EPI recomendados para exposição a aerossóis (máscara N95 ou equivalentes, óculos, protetor de face, avental de mangas compridas e punho com elástico, gorro e luvas).

7.6. Procedimentos de Limpeza e desinfecção de superfícies

A manutenção do ambiente biologicamente seguro nos hospitais é fundamental para evitar transmissão direta e indireta entre os profissionais de saúde e de apoio considerando que a contaminação ambiental e o contato com superfícies contaminadas com SARS-CoV-2 sugerem o ambiente como um meio potencial de transmissão e apoia a necessidade de uma adesão estrita à higiene ambiental e higiene das mãos²³.

Desta forma, a utilização das medidas preventivas que visam à segurança dos profissionais e também dos pacientes são imprescindíveis na assistência em saúde. Estudo realizado em dois hospitais em Wuhan na China identificou deposição de aerossóis com SARS COV-2 em superfície do piso e no banheiro em ambiente hospitalar e sua subsequente ressuspensão como uma via potencial de transmissão o que reforçam a hipótese de que a deposição de aerossóis carregados de vírus pode ter um papel na contaminação da superfície e no contato subsequente de pessoas suscetíveis resultando em infecção humana²⁴.

Recomenda-se, portanto, atenção ao uso e limpeza do vaso sanitário e pia dos banheiros devido a possibilidade de ocorrer aerossolização do vírus advindos das fezes e urina do paciente e contaminação de superfícies após o uso, bem como das áreas de alto toque, como maçanetas das portas dos quartos nos hospitais para minimizar potencial fonte de contaminação ambiental por SARS-CoV-2²³⁻²⁴.

Ainda, para manter o ambiente seguro recomenda-se que todos os equipamentos e materiais não descartáveis usados para atendimento ao paciente com suspeita ou com COVID-19 sejam devidamente encaminhados para áreas destinadas à limpeza e à desinfecção, a depender do artigo.

No geral, o SARS-CoV-2 pode ser altamente estável em um ambiente favorável mas também é suscetível a métodos de desinfecção padrão. Desta forma, não há uma recomendação diferenciada para a limpeza e desinfecção de superfícies em contato com casos suspeitos ou confirmados pelo novo coronavírus.



A Agência Nacional de Vigilância Sanitária recomenda a limpeza concorrente, imediata e terminal das áreas de isolamento de pacientes com coronavírus.

- Limpeza concorrente: deve ser realizada diariamente e inclui a limpeza de superfícies horizontais de equipamentos e mobiliários, portas e maçanetas, parapeito de janelas, pisos e instalações sanitárias.
- 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.
- Limpeza terminal: 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. 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.

7.7 Processamento de roupas

Os profissionais que manuseiam roupas sujas durante o cuidado em unidades de saúde devem:

- Manusear as roupas sujas cuidadosamente para minimizar a possibilidade de dispersão de microrganismos para o ambiente, trabalhadores e pacientes.
- Utilizar os EPI conforme recomendações das precauções padrão, contato e gotículas (gorro, óculos de proteção e ou protetor facial, luvas de procedimento, máscara cirúrgica e avental impermeável de manga longa e punhos com elástico,) e, no caso de procedimentos geradores de aerossol, devem utilizar máscara N95 ou equivalente.
- Desprezar em vaso sanitário grande quantidade de sujeira sólida, como fezes e coágulos que estejam presentes nas roupas, antes de colocá-las em sacos apropriados. Dar descarga com a tampa do vaso fechada. Essa sujidade **não** pode ser removida com jatos de água.



- Acondicionar as roupas sujas, imediatamente após o uso, em sacos colocados em suportes (*hamper*) para evitar que fiquem diretamente no chão. Os sacos plásticos utilizados para acondicionar roupas sujas devem ter cor diferente dos sacos utilizados para acondicionar os resíduos de serviços de saúde (vermelho ou branco).
- Assegurar-se de não desprezar instrumentais e ou perfurocortantes nos sacos destinados a roupas para evitar acidentes com os profissionais e problemas de funcionamento das máquinas nas lavadoras.
- Não completar os sacos acima de três quartos (3/4) de sua capacidade.
- Fechar os sacos adequadamente para impedir sua abertura durante o transporte.
- Considerar todas as roupas utilizadas em serviços de saúde como contaminadas, independentemente do paciente ou local em que foram utilizadas.
- Encaminhar os sacos de roupa para o local de armazenamento temporário em cada instituição.
- Retirar os EPI segundo recomendações do item desparamentação deste manual. Após retirá-los, descarte imediatamente os itens descartáveis (luvas, máscaras cirúrgicas, aventais e gorros) em recipientes para resíduos infectantes. Os óculos e ou protetores faciais devem ser submetidos a desinfecção com álcool a 70% e se houver sujidade a limpeza com água e sabão líquido deve anteceder a desinfecção. E caso os profissionais estiverem utilizando a máscara N95 ou equivalente, acondicioná-la conforme recomendação para situações de reutilização. Após, realize a higiene das mãos com água e sabonete líquido.

As roupas provenientes de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 não necessitam de um ciclo de lavagem especial². As unidades de processamento de roupas devem possuir processos (físicos e ou químicos) e protocolos de funcionamento que garantam o oferecimento de roupas limpas e isentas de microrganismos para serem usadas por outros pacientes. Além disso, devem garantir a capacitação periódica das equipes envolvidas no transporte e processamento de roupas, sejam elas próprias ou terceirizadas²⁵.

Referências

1 Centers for Disease Control and Prevention. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings. 2020. [citado Apr 6, 2020]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>

2 Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-Cov-2). [Acesso 4 abril 2020]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b2>



- 3 Meng L, Hua F, Bian Z. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine. *J Dent Res*. 2020 Mar 12;22034520914246. doi: 10.1177/0022034520914246. [Epub ahead of print]
- 4 World Health Organization. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19): Interim guidance. [cited Apr 6, 2020]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPPE_use-2020.1-eng.pdf
- 5 Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília (DF); 2013. [Acesso 7 abril 2020]. Disponível em: <https://www.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>.
- 6 World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: Interim guidance, 13 March 2020. 2020. [cited Apr 7, 2020]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/clinical-management-of-novel-cov.pdf>
- 7 World Health Organization. Laboratory testing of human suspected cases of novel coronavirus (nCoV) infection: Interim guidance. 2020. [cited Apr 6, 2020]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330374/WHO-2019-nCoV-laboratory-2020.1-eng.pdf>
- 8 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública COE-nCoV (BR). Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV). Boletim epidemiológico 2/02/2020. Brasília (DF); 2020. [Acesso 6 abril 2020]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/Boletim-epidemiologico-COEcorona-SVS-13fev20.pdf>
- 9 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES). Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência (DAHU) (BR). Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV). 2020. [Acesso 7 abril 2020]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/05/Protocolo-de-manejo-clinico-para-o-novo-coronavirus-2019-ncov.pdf>
- 10 Sole ML, Bennett M, Ashworth S. Clinical indicators for endotracheal suctioning in adult patients receiving mechanical ventilation. *Am J Crit Care*. 2015;24(4):318-26. doi: 10.4037/ajcc2015794.
- 11 Cordeiro ALPC. Ensino híbrido para o desenvolvimento de competências na intervenção de Enfermagem aspiração de vias aéreas artificiais. [Tese Doutorado em Ciências]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2020. 183 p.
- 12 Gilder E, Parke RL, Jull A, Australian and New Zealand Intensive Care Society Clinical Trials Group, The George Institute for Global Health. Endotracheal suction in intensive care: a point prevalence study of current practice in New Zealand and Australia. *Aust Crit Care*. 2019 Mar;32(2):112-5. doi: 10.1016/j.aucc.2018.03.001.
- 13 Vianna JR, Pires Di Lorenzo VA, Simões MM, Jamami M. Comparing the effects of two different levels of hyperoxygenation on gas exchange during open endotracheal suctioning: a randomized crossover study. *Respir Care*. 2017 Jan;62(1):92-101. doi: 10.4187/respcare.04665
- 14 Liu XW, Jin Y, Ma T, Qu B, Liu Z. Differential effects of endotracheal suctioning on gas exchanges in patients with acute respiratory failure under pressure-controlled and volume-controlled ventilation. *Biomed Res Int*. 2015;2015:941081. doi: 10.1155/2015/941081
- 15 American Association of Respiratory Care. AARC clinical practice guideline: endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways 2010. *Respir Care*. 2010 [cited Mar 8, 2020];55(6):758-64. Available from: <http://rc.rcjournal.com/content/55/6/758/tab-pdf>.

Documento Assinado Digitalmente por: WASHINGTON LUIS CHAVES DA ROCHA
Acesso em: <https://stc.ce.unesp.br/epi/>
Código do documento: 18172e0c-ed4-4-77665-2df74000-66



8. Cuidados com o corpo pós-morte

Até o momento, não há evidências de transmissão do SARS-CoV-2, COVID-19 por meio do manuseio de corpos de pessoas falecidas. Porém, sabe-se que a transmissão de doenças infecciosas também pode se dar no manejo de cadáveres, especialmente nos serviços de saúde¹. Dessa forma, o manejo do corpo de pessoa falecida, infectada ou com suspeita de infecção pelo COVID-19, prevê procedimentos de biossegurança, tendo em vista reduzir as possibilidades de exposição ao vírus.

Apesar de baixo, o risco no manuseio do cadáver pode se dar pelo contato direto com restos humanos ou fluidos corporais onde o vírus está presente e contato indireto com objetos e superfícies diversas contaminadas².

Durante os cuidados com cadáveres de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, deve-se restringir ao quarto ou qualquer outra área hospitalar apenas aos profissionais estritamente necessários, sendo que todos devem utilizar os EPI, antes de colocá-los, o profissional deve higienizar as mãos¹⁻³.

Os EPI recomendados para toda a equipe que maneja o cadáver nas instituições hospitalares são:

- Gorro;
- Óculos de proteção e ou protetor facial;
- Avental impermeável de manga comprida e punhos com elástico;
- Máscara cirúrgica e, caso sejam realizados procedimentos geradores de aerossol, como extubação ou coleta de amostras respiratórias *post-mortem*, usar máscara N95, PFF2 ou equivalente;
- Luvas nitrílicas durante todo o procedimento e sapatos fechados ou botas impermeáveis.

Devido à possibilidade de contato com os fluidos corporais, deve-se³:

- Manusear o corpo cuidadosamente e o mínimo possível;
- Evitar procedimentos geradores de aerossol ou extravasamento de fluidos corpóreos;
- Remover cuidadosamente os tubos, drenos e cateteres do corpo;
- Descartar imediatamente todo o material e roupas em locais adequados;
- Higienizar e cobrir os orifícios de drenos, feridas e punções com cobertura impermeável;
- Limpar as secreções nos orifícios orais e nasais com compressas;



- Tapar/bloquear orifícios naturais (boca, nariz, ouvido, ânus) para evitar extravasamento de fluidos corporais;
- Limitar o reconhecimento do corpo a um único familiar/responsável: se possível, por meio de fotografias, sem contato direto entre o familiar/responsável e o corpo, se houver necessidade de aproximação, o familiar/responsável deverá usar máscara cirúrgica, luvas e avental de proteção e manter distância de dois metros do corpo.
- Identificar o corpo com nome, número do prontuário, número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), data de nascimento, nome da mãe e CPF, utilizando etiquetas, com letras legíveis, fixadas na região torácica;
- Embalar o corpo no local de ocorrência do óbito, se possível em duas camadas: 1ª colocar o corpo em saco impermeável próprio (esse deve impedir que haja vazamento de fluidos corporais e póreos) e, 2ª: colocar o corpo em um segundo saco (externo) e desinfetar com álcool a 70%, solução clorada a 0,5% ou 1% ou outro saneante regularizado pela ANVISA, compatível com o material do saco, identificar o saco externo de transporte com informação relativa ao risco biológico: COVID-19, agente biológico classe de risco 3;
- Descrever no prontuário dados acerca de todos os sinais externos e marcas de nascença/tatuagens, órteses, próteses que possam identificar o corpo;
- Usar a maca de transporte do corpo apenas para esse fim e desinfetá-la com álcool a 70%, solução clorada 0,5% a 1% ou outro saneante regularizado pela ANVISA logo após o uso;
- Alocar o corpo no necrotério em compartimento refrigerado e sinalizado como COVID-19, agente biológico classe de risco 3, ou em local determinado pela instituição de saúde.

Após o manuseio do corpo, os profissionais devem retirar e descartar luvas, máscara, gorro e avental (se descartável) em recipiente destinado a resíduo infectante e, em seguida, higienizar as mãos^{2,3}.

Quanto à limpeza ambiental e gestão de resíduos no local da morte, é recomendado realizar limpeza com água e sabão seguida de desinfecção. Os profissionais das equipes de limpeza e gerenciamento de resíduos devem usar os EPI: máscara cirúrgica, luvas de borracha, óculos, avental impermeável e bota².

Frente aos procedimentos descritos recomenda-se ainda, para efeito de monitoramento, registrar nomes, datas e atividades de todos os trabalhadores que participaram dos cuidados post-mortem, incluindo a limpeza do quarto/enfermaria³.



Referências

- 1 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Dead body management in the context of the novel coronavirus (COVID-19): interim recommendations. 18 March 2020. World Health Organization. Disponível em: <<https://www.who.org/en/documents/dead-body-management-context-novel-coronavirus-covid-19>>. Acesso em: 6 abr. 2020.
- 2 EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. Considerations related to the safe handling of bodies of deceased persons with suspected or confirmed COVID-19. Stockholm: ECDC; 2020. Disponível em: <<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-safe-handling-of-bodies-or-person-dying-from-COVID19.pdf>>. Acesso em: 6 abr. 2020.
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19. Versão 1 -25/03/2020. Brasília: MS, 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf>>. Acesso em: 6 de abr. 2020.



9. Manejo dos resíduos de serviços de saúde

Segundo a Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020, revisada em 30/03/2020¹ que dispõe quanto às orientações sobre 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) em serviços de saúde “todos os resíduos provenientes da assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (COVID-19) devem ser enquadrados na categoria A1”.

Conforme Resolução RDC/ANVISA nº 222, de 28 de março de 2018², são considerados resíduos de serviços de saúde do Grupo A aqueles com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção. Ainda segundo essa mesma RDC, o subgrupo A1 compreende:

- Culturas e estoques de microrganismos; resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os medicamentos hemoderivados; descarte de vacinas de microrganismos vivos, atenuados ou inativados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de manipulação genética.
- Resíduos resultantes da atividade de ensino e pesquisa ou atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes classe de risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido.
- Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta.
- Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

Os profissionais da saúde que atuam em instituições hospitalares devem estar minimamente paramentados, conforme recomendação das precauções-padrão, contato e gotículas, e ou paramentados de acordo com as precauções para aerossóis, conforme recomendações já descritas. Os profissionais, devidamente paramentados, devem:

- Descartar os resíduos provenientes do cuidado direto aos pacientes, como resíduo infectante do subgrupo A1, em saco constituído de material resistente a ruptura, vazamento e impermeável;



- Descartar os resíduos do Grupo E (materiais perfurocortantes) em recipientes identificados rígidos, providos com tampa, resistentes à punctura, ruptura e vazamento e identificados com o símbolo de infectante ou de acordo com o grupo que pertença (químico ou radioativo);
- Respeitar os limites de peso de cada saco. Os sacos devem ser substituídos quando atingirem dois terços (2/3) de sua capacidade ou pelo menos uma vez a cada 48 horas, independentemente do volume. NUNCA esvaziar ou reaproveitar os sacos destinados aos resíduos infectantes;
- Para acondicionamento dos resíduos utilizar recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura, vazamento e tombamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados, para proteção dos sacos plásticos os quais não podem ser rompidos em nenhum momento até o destino final;
- Separar os resíduos, quando possível, no momento de sua geração de acordo com o tipo de risco que oferecem. Quando, no momento da geração, não for possível a segregação de resíduos infectantes dos comuns, os resíduos comuns devem também ser descartados como resíduo infectante do subgrupo A1.

Quando houver a obrigatoriedade do tratamento dos resíduos do Grupo A estes devem ser acondicionados em sacos vermelhos (GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020)¹ que podem ser substituídos pelos sacos brancos leitosos sempre que as regulamentações estaduais, municipais ou do Distrito Federal exigirem o tratamento indiscriminado de todos os resíduos do Grupo A (RDC 222/2018)². Cabe aos serviços de saúde elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) contemplando os aspectos referentes à geração, identificação, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, destinação e disposição final ambientalmente adequada desses resíduos, bem como as ações de proteção à saúde pública, do trabalhador e do meio ambiente (Resolução RDC/ANVISA nº 222, de 28 de março de 2018)².

Referências

1 Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-Cov-2). 2020. [Acesso 4 abril 2020]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b2>

2 Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). RDC n. 222 de 28 de março de 2018. Dispõe sobre o regulamento de Boas Práticas de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2018. [Acesso 10 abril 2020]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3427425/RDC_222_2018_.pdf/c5d3081d-b331-4626-8448-c9aa426ec410



10. Cuidados de saúde mental de equipes profissionais de saúde

A pandemia pode gerar fortes reações emocionais ligadas a medo, incerteza, estresse, ansiedade, desamparo, frustração, labilidade emocional e irritabilidade¹. Essas reações podem ser facilmente propagadas e tendem a ser intensas entre profissionais de saúde, pessoas afetadas pelo SARS-CoV-2 e familiares^{2,3}, uma vez que, todos estão vivenciando algo novo e inesperado.

Os processos de enfrentamento à pandemia ocorrem continuamente devido ao aumento dos números de pessoas infectadas, das medidas necessárias à prevenção de novos contágios, reorganização dos serviços, falta de EPI e insumos e afastamento de profissionais de saúde do trabalho, além de incertezas com o tratamento dos pacientes assistidos e, assim, esse cenário tem gerado angústias e deixa as pessoas em estado de alerta para enfrentamento da situação gerando significativa carga mental que exige atenção também para a saúde mental das pessoas. Os cuidados em saúde mental exigem adaptação às questões individuais, estruturais e culturais diversas. Por isso é importante ter uma abordagem de escuta, acolhimento, apoio e sensação de pertença que possa favorecer a resignificação de experiências e o desenvolvimento de resiliência, tolerância, revisão de valores e prioridades, coesão e autoaceitação.

Para os profissionais são recomendadas algumas ações de autocuidado: concentrar-se nas ações que pode realizar e no que está sob seu controle; identificar os propósitos, motivações e sentidos para seus esforços no trabalho; lembrar-se de que esta é uma situação temporária; planejar como obter ajuda para suas demandas cotidianas, físicas e psicossociais; utilizar a tecnologia para favorecer sua conexão emocional com as pessoas significativas; utilizar formas de enfrentamento de estresse que tenham sido bem-sucedidas no seu passado; evitar formas de enfrentamento disfuncional que possam trazer prejuízos futuros (como o uso de álcool e drogas); monitorar seus próprios sentimentos e reações e falar sobre eles com pessoas de confiança; buscar atividades que lhe tragam bem-estar (satisfazer necessidades espirituais, praticar exercícios de relaxamento, ter momentos de lazer); manter, dentro das possibilidades, uma rotina com estilo de vida saudável; consumir informações com fontes de qualidade, controlando o tempo diário gasto em busca de informações; reduzir a presença de estímulos ambientais desagradáveis (ruídos excessivos, odores, temperatura); e, manter o tratamento para problemas emocionais, quando for o caso¹⁻⁵.

Para a promoção do bem-estar da equipe de saúde no enfrentamento da pandemia COVID 19 é recomendado: realizar parcerias com profissionais da saúde mental obtenção de apoio, consultoria e supervisão para a equipe; monitorar o bem-estar e necessidades da equipe com regularidade; expressar o reconhecimento pelos esforços e pelo trabalho da equipe; mapear, articular e divulgar os recursos e serviços para a promoção da saúde mental; manter comunicação precisa, assertiva e atualizada na equipe; incentivar a colaboração, protagonismo e criatividade para propor soluções para os problemas



vivenciados; fomentar relações de apoio ao interagir com pessoas ansiosas; evitar incentivar a negação do problema, estigma, desespero ou sensacionalismo²⁻⁴.

Referências

- 1 Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* [Internet]. 2020;395(10227):912–20. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- 2 Huremovic D. *A Mental Health Response to Infection Outbreak*. Switzerland: Springer; 2019.
- 3 Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. [Internet]. 2020;3(3):e203976. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32202646>
- 4 World Health Organization. *Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies*. Geneva; 2015.
- 5 Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *Gen Psychiatry*. 2020;33(2):19–25. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>

Documento Assinado Digitalmente por: WASHINGTON LUIS CHAVES DA ROCHA
Acesse em: <https://stc.ce.ce.gov.br/pt-br/validaDoc.seam?codigoDocumento=38f12e00-2e41-447f-a6c5-2df14ccee063>



Documento Assinado Digitalmente por: WASHINGTON LUIS CHAVES DA ROCHA
Acesse em: <https://stcpc.ice.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 38f12e0e-ed31-447f-a6c5-2df1f4ccee063

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

CORONAVÍRUS
COVID-19



EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS



OPAS

DISQUE
SAÚDE
136



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

**PÁTRIA AMADA
BRASIL**
GOVERNO FEDERAL



CORONAVÍRUS **COVID-19**

RECOMENDAÇÕES PARA ADEQUAÇÃO DAS AÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE FRENTE À ATUAL SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA REFERENTE AO COVID-19

VERSÃO 2

Brasília- DF Março de 2020

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





CAROS AGENTES COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)

Estamos diante de uma pandemia pelo novo coronavírus – COVID-19. Nosso desafio é informar a cada cidadão brasileiro os fatores que determinam esta doença e de que maneira podemos concentrar esforços para buscar seu controle. É necessário afastar esse perigo que ameaça a todos e que atinge com muita força os idosos e pessoas com doenças crônicas, como hipertensos e diabéticos. Sabemos que a informação correta é uma das principais estratégias. Por esse motivo, destacamos seu papel enquanto profissional integrante das Equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) no que compete à promoção, prevenção e controle de agravos; e ao seu papel fundamental no reforço ao atributo derivado da APS denominado orientação comunitária. Com o conteúdo apresentado neste documento, esperamos orientá-los a respeito do tema e auxiliá-los na reorganização do processo de trabalho frente à pandemia pelo novo coronavírus.

NOVO CORONAVÍRUS - COVID-19

Coronavírus é uma família de vírus que pode resultar em infecções respiratórias que vão desde um resfriado até síndromes respiratórias agudas graves. O novo coronavírus foi nomeado como SARS-CoV-2. Este novo coronavírus produz a doença classificada como COVID-19, sendo agente causador de uma série de casos de pneumonia na cidade de Wuhan (China). Ainda não há informações plenas sobre a história natural da doença, nem vacinas ou medicamentos reconhecidamente seguros para tratar ou prevenir a infecção.

TRANSMISSÃO

A transmissão do SARS-CoV-2 de humanos para humanos foi confirmada em diversos países, inclusive no Brasil, e ocorre principalmente com o contato de gotículas da boca e do nariz (saliva, espirro, tosse ou catarro), que podem ser repassados por toque ou objetos ou superfícies contaminadas.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

Em média, o período de incubação é estimado em de 5 a 6 dias, podendo variar de 0 a 14 dias. Ou seja, o vírus pode levar até 14 dias para manifestar sintomas na pessoa infectada.

SINAIS E SINTOMAS

O paciente com a doença COVID-19 apresenta geralmente os seguintes sintomas e sinais:

- Febre ($\geq 37,8^{\circ}\text{C}$);
- Tosse;
- Dispneia (falta de ar);
- Mialgia (dor muscular) e fadiga (fraqueza);
- Sintomas respiratórios superiores (espirro, tosse, dor de garganta);
- Sintomas gastrointestinais, como diarreia (mais raros).



TRATAMENTO

Atualmente, não há tratamento para infecções causadas por coronavírus humano. Está indicado repouso e consumo de bastante água, além de algumas medidas farmacológicas para aliviar os sintomas, conforme cada caso, e orientação médica.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO

Atualmente não existe vacina para prevenção de infecção por COVID-19, a melhor maneira de prevenir é evitar a exposição ao vírus e as seguintes práticas:

- Realizar lavagem frequente das mãos com água e sabão ou álcool em gel, especialmente após contato direto com pessoas doentes.
- Utilizar lenço descartável para higiene nasal.
- Cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir.
- Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca.
- Higienizar as mãos após tossir ou espirrar.
- Não compartilhar objetos de uso pessoal, como talheres, pratos, copos ou garrafas.
- Manter os ambientes bem ventilados.
- Evitar contato com pessoas que apresentem sinais ou sintomas da doença.

COMPETÊNCIAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

- Orientar a população sobre a doença, medidas de prevenção e sinais e sintomas.
- Auxiliar a equipe na identificação de casos suspeitos.
- Auxiliar a equipe no monitoramento dos casos suspeitos e confirmados, preferencialmente por telefone.
- Auxiliar no atendimento através do FAST-TRACK - “Fluxo rápido” COVID-19 (anexo 01 e 02) na identificação de pacientes sintomáticos, tomando os devidos cuidados de proteção e isolamento.
- Realizar visita domiciliar, quando necessário. A visita estará limitada apenas na área peri domiciliar (frente, lados e fundo do quintal ou terreno), em lugares com boa ventilação.
- Orientar durante as visitas domiciliares que crianças menores de 5 anos com sinais e sintomas respiratórios devem procurar a unidade de saúde. Caso o município e/ou a unidade apresentem fluxo próprios, os mesmo devem ser seguidos.
- Orientar durante as visitas domiciliares que pessoas com 60 anos ou mais com sinais e sintomas respiratórios devem entrar em contato com a unidade de saúde. Caso o município e/ou a unidade apresentem fluxo próprios, os mesmo devem ser seguidos.
- Realizar busca ativa de novos casos suspeitos de síndrome gripal.
- Organizar o fluxo de acolhimento de modo a evitar aglomeração de grupos com mais de 10 pessoas e, preferencialmente em ambientes arejados.
- Auxiliar as atividades de campanha de vacinação de modo a preservar o trânsito entre pacientes que estejam na unidade por conta de complicações relacionadas ao covid-19, priorizar os idosos.
- Realizar atividades educativas na unidade enquanto os pacientes aguardam atendimento.
- Apoiar a equipe nas atividades administrativas e de prevenção desenvolvidas na unidade saúde.



VISITAS DOMICILIARES

As visitas domiciliares são uma importante ferramenta para informar, fazer busca ativa de suspeitos e acompanhamento de casos, mas, para a realização desta atividade é importante considerar alguns cuidados para garantir a segurança do paciente e do profissional.

- Não realizar atividades dentro domicílio. A visita estará limitada apenas na área peri domiciliar (frente, lados e fundo do quintal ou terreno).
- Priorizar visita aos pacientes de risco (pessoas com 60 anos ou mais ou com doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, hipertensão, doença cardíaca, doença renal crônica, asma, DPOC, doença cardíaca, imunossuprimidos, entre outras). Por serem grupo de risco, são os que precisam de mais cuidado também.
- Manter distanciamento do paciente de no mínimo 2 metros não havendo possibilidade de distanciamento, utilizar máscara cirúrgica.
- Higienizar as mãos com álcool em gel.
- Nos casos de visita às pessoas com suspeitas de Covid-19, sempre utilizar máscara cirúrgica e garantir uso de EPI apropriado.

Agente Comunitário de Saúde (ACS) que apresentar febre e qualquer sintoma respiratório (tosse, coriza, dor de garganta, falta de ar, etc), deve permanecer em isolamento domiciliar conforme orientação do médico e/ou enfermeiro.

Agentes Comunitários de Saúde com mais de 60 anos e/ou condições crônicas (doentes cardíacos, doentes respiratórios crônicos, doentes renais em estágio avançados e em diálise, imunossuprimidos e diabetes) devem trabalhar na Unidade de Saúde em atividades de monitoramento e administrativas que não demandem atendimento ao público.

ORIENTAÇÕES E CUIDADOS DURANTE OS ATENDIMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE

O ACS deve auxiliar a equipe na identificação de casos suspeitos também na unidade de saúde conforme fluxo FAST-TRACK - “FLUXO RÁPIDO” para ACS que se encontra no anexo 01 deste material.

Durante o atendimento dos pacientes com suspeita de Síndrome Gripal deve ser utilizado EPIs e adotar as medidas para evitar contágio, conforme tabelas 01, 02 e 03.

MEDIDAS PARA EVITAR CONTÁGIO

Tabela 01. Medidas para evitar contágio por vírus causadores de Síndrome Gripal nas Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, Ministério da Saúde, 2020

MEDIDAS DE CONTROLE PRECOCE - DURANTE OS ATENDIMENTOS	
PROFISSIONAIS DA SAÚDE	PACIENTES
Máscara cirúrgica. Lavar as mãos com frequência. Limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência.	Fornecer máscara cirúrgica. Isolamento com precaução de contato em sala isolada e bem arejada.



Tabela 02 - Orientações para uso correto de máscaras cirúrgicas para evitar contágio por vírus causadores de Síndromes Gripais, Ministério da Saúde, 2020.

ORIENTAÇÕES PARA USO DE MÁSCARAS
<ul style="list-style-type: none">• Coloque a máscara com cuidado para cobrir a boca e o nariz e amarre com segurança para minimizar as lacunas entre o rosto e a máscara.• Enquanto estiver utilizando a máscara, evite tocá-la.• Remova a máscara usando técnica apropriada (ou seja, não toque na frente, mas remova o laço ou nó da parte posterior).• Após a remoção, ou sempre que tocar em uma máscara usada, higienize as mãos com água e sabão ou álcool gel, se visivelmente suja.• Não reutilize máscaras descartáveis;• Descarte em local apropriado as máscaras após cada uso.• Substitua a máscara por uma nova máscara limpa e seca assim que a antiga tornar-se suja ou úmida.

Tabela 03- Orientações para a correta higienização das mãos

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS
<ol style="list-style-type: none">1. Abrir a torneira com a mão não dominante e molhar as mãos, evitando tocar na pia.2. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir toda a superfície das mãos.3. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si4. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa.5. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais.6. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem, e vice-versa.7. Esfregar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda, realizando movimento circular e vice-versa.8. Friccionar as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa.9. Esfregar o punho esquerdo com auxílio da palma da mão direita, realizando movimento circular e vice-versa.10. Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.11. Secar as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. No caso de torneira com contato manual para fechamento, sempre utilizar papel toalha.



Orientações gerais:

A higienização das mãos deve ser realizada nos seguintes momentos:

- Antes de contato com o paciente;
- Após contato com o paciente;
- Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos; Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico;
- Após risco de exposição a fluidos corporais;
- Após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente;
- Antes e após remoção de luvas.
- Quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos, 2009.

IDENTIFICAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS DE SÍNDROME GRIPAL E DE COVID - 19

Para a identificação de casos suspeitos de síndrome gripal o **ACS deve** questionar se o paciente apresenta sintomas respiratórios, como: tosse, dor de garganta, desconforto ou esforço respiratório com ou sem e febre. Caso a pessoa apresente sintomas respiratórios, forneça uma máscara cirúrgica, oriente higienização imediata das mãos, solicite que evite tocar no rosto e em superfícies e direcione para atendimento do auxiliar ou técnico de enfermagem da unidade de saúde.

O paciente deve aguardar atendimento e ser atendido em uma área separada ou sala específica visando o isolamento respiratório. A sala deve ser mantida com a porta fechada, janelas abertas e ar-condicionado desligado.

Lembre-se: Pessoas acima de 60 anos, imunossuprimidos (HIV+, transplantados, etc), pacientes com doenças crônicas, gestantes e puérperas (até 45 dias após o parto) **TEM PRIORIDADE NO ATENDIMENTO.**

ISOLAMENTO DOMICILIAR

Pacientes com diagnóstico de Síndrome Gripal (SG) sem sinais de gravidade deverão realizar isolamento domiciliar, por 14 dias desde a data de início dos sintomas, conforme indicado pelo médico ou enfermeiro, seguindo as recomendações para cuidados domésticos descritas na tabela 04. Os contatos domiciliares de paciente com SG confirmada também deverão realizar isolamento domiciliar por 14 dias, conforme orientação do médico e/ou enfermeiro seguindo as condutas descritas na tabela 04 - Precauções do cuidador.

O ACS deve reforçar as orientações aos pacientes em isolamento e aos seus cuidadores, assim como, auxiliar a equipe no monitoramento dos pacientes a cada 48 horas, até 14 dias após o início dos sintomas, preferencialmente por telefone, informando ao enfermeiro ou médico de forma imediata caso o paciente refira agravamento dos sintomas ou mudança das condições clínicas (como sintomas novos).



Tabela 04 - Medidas de isolamento domiciliar e cuidados domésticos para todos pacientes com diagnóstico de Síndrome Gripal, Ministério da Saúde, 2020.

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

Fonte: WHO technical guidance - patient management - Coronavirus disease 2019



Tabela 05- Normativa de acompanhamento do paciente em isolamento domiciliar via telefone.

- Anotar o número de contato do paciente e de algum acompanhante (de preferência o cuidador que ficará responsável pelo paciente).
- Realizar a ligação a cada 48 horas para acompanhamento da evolução do quadro clínico.
- Não há necessidade de gravar a conversa.
- Anotar informações sobre a conversa telefônica– quadro clínico autorreferido do paciente, autoavaliação da necessidade de ir algum profissional à residência do paciente ou consulta presencial na UBS com paciente em uso de máscara e horário da ligação e queixas.
- Informar ao médico e/ou ao enfermeiro se o paciente apresentar novos sintomas e/ou piora do quadro.

RECOMENDAÇÕES EM GRUPOS ESPECIAIS

GESTANTES E PUÉRPERAS

Até onde as evidências atuais indicam, gestantes e puérperas não possuem risco individual aumentado para o novo coronavírus. Contudo medidas devem ser adotadas para proteção da criança. Além disso, gestantes e puérperas têm maior potencial de risco para desenvolvimento de Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG por Síndrome Gripal decorrente do vírus da Influenza. Desta forma, importante seguir as recomendações expressas na Tabela 6.

Tabela 06 - Recomendações para gestantes e puérperas com Síndrome Gripal e risco para COVID-19, Ministério da Saúde, 2020

RECOMENDAÇÕES PARAGESTANTES E PUÉRPERAS COM SÍNDROME GRIPAL E RISCO PARA COVID-19

Priorizar o atendimento na unidade de saúde

Orientar:

- Manter a amamentação.
- Manter, preferencialmente, o binômio em quarto separado.
- Manter distância mínima do berço do recém-nascido (RN) e mãe de 1 metro.
- Orientar a realizar etiqueta respiratória.
- Orientar a higienização das mãos após tocar nariz, boca e sempre antes do cuidado com o RN.
- Orientar o uso de máscara cirúrgica durante o cuidado e a amamentação do RN.
- Caso a puérpera precise circular em áreas comuns da casa, utilizar máscara cirúrgica.

Para mais informações consulte os materiais do Ministério da Saúde sobre o COVID-19:

[https:// coronavirus.saude.gov.br/](https://coronavirus.saude.gov.br/)



Ressaltamos que a realidade em situações de epidemia é bastante dinâmica e os processos de trabalho necessitam de constante reavaliação e planejamento em conformidade com os fluxos, protocolos e notas técnicas vigentes, atualizados frequentemente.

As recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao covid-19, podem ser adotadas na íntegra ou adaptadas pelos gestores estaduais e municipais conforme as necessidades e particularidades regionais. Deve, ainda, ser utilizada de forma complementar a outras publicações do Ministério da Saúde, num contexto de integração, em que cada publicação tem sua funcionalidade e contribui para maximizar o potencial de ação do profissional de saúde nas variadas situações que se apresentam no cotidiano da Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS

- 1- SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (Ministério da Saúde). Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. 2020. 33p.
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200320_ProtocoloManejo_ver03.pdf
- 2- Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus. Ministério da Saúde 2020. 3- WHO. Q&A on coronavirus, 2020.
Anexo 01 - FLUXO DO FAST-TRACK PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE- ACS (guia de bolso):
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200323_BOLSO_ver05.pdf
Anexo 02 - FAST-TRACK PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM LOCAIS COM TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200323_FAST_TRACK_ver05.pdf



Documento Assinado Digitalmente por: WASHINGTON LUIS CHAVES DA ROCHA
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 38ff2e0e-ed31-447f-a6c5-2dff4ccee063



