Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

SITUAÇÃO A

Fluxo rápido para pacientes com sintomas respiratórios dentro de Unidades de Urgência não Hospitalar

Acesso principal da unidade

Acolhimento diferenciado

Fluxo regular do serviço de saúde

Fluxo rápido

Pacientes com sintomas respiratórios:

- Fornecer máscara;
- Encaminhar para fluxo diferenciado.

Área exclusiva dentro da unidade de urgência não hospitalar

Espera exclusiva

Ambiente assistencial

Atendimento exclusivo (classificação de risco e consultório médico)

Isolamento domiciliar:

Orientar cuidados domiciliares e contactar Atenção Primária para monitoramento

Posto de Saúde

Residência

Indicação de internação:

Estabilizar em área de observação exclusiva

Encaminhar para hospital de referência.

Hospital

Orientações gerais

- Profissional dedicado para o acolhimento e indicação do fluxo diferenciado para pacientes com sintomas respiratórios
- Equipe exclusiva
- Adaptar estrutura a fim de proporcionar: área exclusiva de atendimento, ambientes ventilados, acesso a lavatórios e banheiros (os ambientes podem ser compartilhados dependendo da estrutura existente)

Banheiro

Lavatório

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

SITUAÇÃO **B**

Fluxo rápido para pacientes com sintomas respiratórios dentro de Unidades de Urgência não Hospitalar (container ou tenda)

Acesso principal da unidade

Acolhimento diferenciado

Fluxo regular do serviço de saúde (área interna da Unidade)

Fluxo rápido

Pacientes com sintomas respiratórios:

- Fornecer máscara;
- Encaminhar para fluxo diferenciado.

Área exclusiva em anexo a unidade de urgência não hospitalar (container ou tenda)

Espera exclusiva (em área anexa)

Ambiente assistencial

Atendimento exclusivo (classificação de risco e consultório médico)

Isolamento domiciliar:

Orientar cuidados domiciliares e contactar Atenção Primária para monitoramento

Posto de Saúde ↔ Residência

Indicação de internação:

Estabilizar em área de observação exclusiva

Encaminhar para hospital de referência.

Hospital

Orientações gerais

- Profissional dedicado para o acolhimento e indicação do fluxo diferenciado para pacientes com sintomas respiratórios
- Equipe exclusiva
- Adaptar estrutura a fim de proporcionar: área exclusiva de atendimento, ambientes ventilados, acesso a lavatórios e banheiros (os ambientes podem ser compartilhados dependendo da estrutura existente)

Banheiro

Lavatório

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

SITUAÇÃO **C**

Fluxo de Pacientes com Sintomas Respiratórios em Unidade de Urgência Hospitalar

Acesso principal da unidade

Acolhimento diferenciado

Fluxo regular do serviço de saúde

Fluxo rápido

Pacientes com sintomas respiratórios:

- Fornecer máscara;
- Encaminhar para fluxo diferenciado.

Área exclusiva dentro da unidade de urgência hospitalar

Espera exclusiva

Ambiente assistencial

Atendimento exclusivo (classificação de risco e consultório médico)

Isolamento domiciliar:

Orientar cuidados domiciliares e contactar Atenção Primária para monitoramento

Posto de Saúde ↔ Residência

Indicação de internação:

Estabilizar em área de observação exclusiva

Encaminhar para leito clínico ou UTI do próprio hospital ou para hospital de referência.

Hospital

Orientações gerais

- Profissional dedicado para o acolhimento e indicação do fluxo diferenciado para pacientes com sintomas respiratórios
- Equipe exclusiva
- Adaptar estrutura a fim de proporcionar: área exclusiva de atendimento, ambientes ventilados, acesso a lavatórios e banheiros (os ambientes podem ser compartilhados dependendo da estrutura existente)

Banheiro

Lavatório

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

SITUAÇÃO **D**

Fluxo de Pacientes com Sintomas Respiratórios em Unidade de Urgência Hospitalar (container ou tenda)

Área exclusiva em anexo a unidade de urgência hospitalar (container ou tenda)

Acesso principal da unidade

Acolhimento diferenciado

Fluxo regular do serviço de saúde (área interna da Unidade)

Fluxo rápido

Pacientes com sintomas respiratórios:

- Fornecer máscara;
- Encaminhar para fluxo diferenciado.

Espera exclusiva (em área anexa)

Ambiente assistencial

Atendimento exclusivo (classificação de risco e consultório médico)

Isolamento domiciliar:

Orientar cuidados domiciliares e contactar Atenção Primária para monitoramento

Posto de Saúde ↔ Residência

Indicação de internação:

Estabilizar em área de observação exclusiva

Encaminhar para leito clínico ou UTI do próprio hospital ou para hospital de referência.

Hospital

Orientações gerais

- Profissional dedicado para o acolhimento e indicação do fluxo diferenciado para pacientes com sintomas respiratórios
- Equipe exclusiva
- Adaptar estrutura afim de proporcionar: área exclusiva de atendimento, ambientes ventilados, acesso a lavatórios e banheiros (os ambientes podem ser compartilhados dependendo da estrutura existente)

Banheiro

Lavatório

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Recomendações gerais

PROPOSTA DO FLUXO RÁPIDO

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

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

ÁREA EXCLUSIVA

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

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

O gestor deve avaliar a estrutura existente no serviço de saúde, identificando possíveis espaços (áreas e ambientes) que possam ser flexibilizados para se transformarem nos ambientes exclusivos de atendimento aos pacientes com sintomas respiratórios.

O ambiente assistencial deve contar com classificação de risco, consultório e área de atendimento com observação para o paciente, podendo coexistir num mesmo ambiente ou estar localizado em ambientes distintos.

ATENDIMENTO

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

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

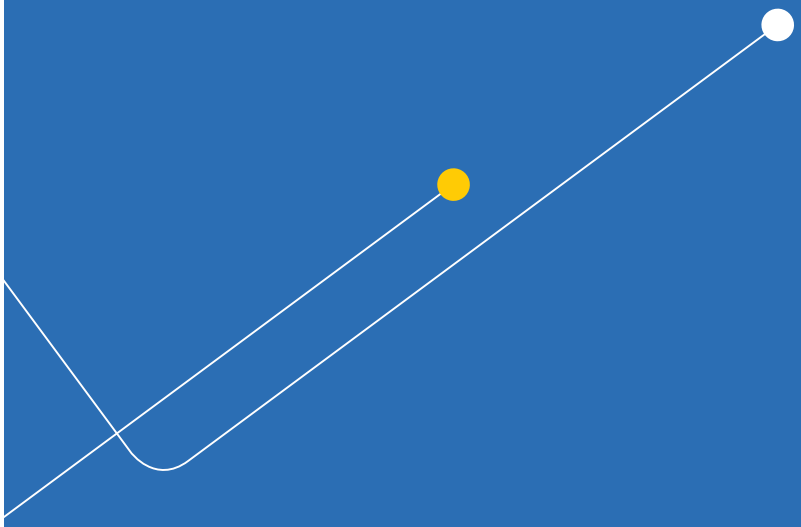
Os Fluxos de Manejo Clínico disponibilizados pelo Ministério da Saúde poderão ser adotados para tomadas de decisão clínica.

*O atendimento de "CHEGADA" no Pronto Socorro da Unidade Hospitalar deve seguir as mesmas orientações citadas acima para as unidades de urgência não hospitalares.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CORONAVÍRUS
COVID-19

GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA
ATENÇÃO ODONTOLÓGICA NO CONTEXTO DA COVID-19



Brasília – DF
2021

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família

CORONAVÍRUS
COVID-19

GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA
ATENÇÃO ODONTOLÓGICA NO CONTEXTO DA COVID-19

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
VENDA PROIBIDA

Brasília – DF
2021

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

2021 Ministério da Saúde.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença CreativeCommons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:bvsms.saude.gov.br.

Tiragem: 1ª edição – 2021 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Coordenação-Geral de Saúde Bucal
Esplanada dos Ministérios, bloco G,
Edifício Sede
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Site: aps.saude.gov.br
E-mail: cosab@saude.gov.br

Coordenação:
Caroline Martins José dos Santos
Renata Maria de Oliveira Costa

Elaboração:
Ana Beatriz de Souza Paes
Ana Clara Ribeiro Bello dos Santos
Caroline Martins José dos Santos
Cleide Felicia de Mesquita Ribeiro
Daniela Pina Marques Tomazini
Eduardo Dickie de Castilhos
Flávia Santos Oliveira de Paula
Heiko Thereza Santana
Laura Cristina Martins de Souza
Letycia Barros Gonçalves
Magda Machado de Miranda Costa
Maria Dolores Santos da Purificação Nogueira
Mariana das Neves Sant'Anna Tunala
Maximiliano Sérgio Cenci
Nicole Aimée Rodrigues José
Renato Taqueo Placeres Ishigame
Rogéria Cristina Calastro de Azevêdo
Sandra Cecilia Aires Cartaxo
Sumaia Cristine Coser
Thais Mazzetti

Organização:
Ana Beatriz de Souza Paes
Caroline Martins José dos Santos
Mariana das Neves Sant'Anna Tunala

Revisão técnica:
Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)
Conselho Federal de Odontologia (CFO)
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)
Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)

Coordenaçaõ editorial:
Júlio César de Carvalho e Silva

Projeto gráfico, diagramação e ilustrações:
Roosevelt Ribeiro Texeira

Normalização:
Luciana Cerqueira Brito – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família.
Guia de orientações para atenção odontológica no contexto da Covid-19 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.
84 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_orientacoes_odontologica_covid19.pdf
ISBN 978-85-334-2886-7

1. Saúde bucal. 2. Covid-19. 3. Infecções por coronavírus. I. Título.

CDU 616-022.6:578.834

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2020/0352

Título para indexação:
Guidance for dental assistance in context the Covid-19

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

LISTA DE SIGLAS

ABENO - Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas
Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS - Atenção Primária à Saúde
BPA-C - Boletim de Produção Ambulatorial - Consolidado
BPA-I - Boletim de Produção Ambulatorial - Individualizado
CBO - Classificação Brasileira de Ocupações
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CFO - Conselho Federal de Odontologia
CGSB - Coordenação Geral de Saúde Bucal
CME - Centro de Material e Esterilização
Covid-19 - Doença pelo Coronavírus 2019
Desf - Departamento de Saúde da Família
EPI - Equipamento de Proteção Individual
ESB - Equipe de Saúde Bucal
Iras - Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)
ITI - Instituto Nacional de Tecnologia da Informação
LRPD - Laboratório Regional de Próteses Dentárias
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
POP - Procedimento Operacional Padrão
PPS - Processamento dos Produtos para a Saúde
Saps - Secretaria de Atenção Primária Saúde
SRAG - Síndrome Respiratória Aguda Grave
Sars-CoV-2 - Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
TIC - Tecnologias da Informação e Comunicação
UBS - Unidade Básica de Saúde
USF - Unidade de Saúde da Família

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 7

1 COVID-19 E A ODONTOLOGIA 9

1.1 Formas de transmissão do Sars-CoV-2 e a Assistência Odontológica 10

1.2 Pessoas e grupos mais expostos às formas graves da doença 12

2 AS NECESSIDADES DE SAÚDE BUCAL E A PRODUÇÃO DO CUIDADO NO CONTEXTO DA PANDEMIA: DEFINIÇÃO DOS TIPOS DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO 13

2.1 Parâmetros para orientação da decisão quanto aos tipos de atendimentos a serem disponibilizados 16

2.2.1 Tipos de atendimento a serem ofertados no contexto da pandemia atendimento restrito às emergências e urgências 20

2.2.2 Atendimento eletivos essenciais e ampliados 21

3 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA 23

3.1 Atenção Primária À Saúde (APS) 23

3.2 A APS em cenário restrito às urgências 24

3.3 Diagnóstico de câncer de boca 27

3.4 Cenários de ampliação do escopo na APS: retomada de eletivos essenciais e ampliados 28

3.4.1 Eletivos essenciais 28

3.4.2 Eletivos ampliados 34

4 ATENÇÃO ESPECIALIZADA 35

4.1 Centro de Especialidades Odontológicas 35

4.2 Serviços de apoio: Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias 36

5 ORGANIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS 39

5.1 Preparo da UBS/USF e dos profissionais 37

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

5.2 Cuidados prévios ao atendimento odontológico 38
5.3 Durante o atendimento odontológico 43
5.3.1 Uso de substâncias antimicrobianas 43
5.3.2 Técnicas terapêuticas 44
6 TELEODONTOLOGIA 45
6.1 Histórico 45
6.2 Possibilidades de aplicação no SUS 46
6.3 Registro das informações da teleconsulta odontológica 50
6.4 Certificação digital/Assinatura eletrônica 50
6.5 Consultório Virtual 51
7 PREVENÇÃO E CONTROLE DAS IRAS E INFECÇÃO POR COVID-19 NA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA 55
7.1 Medidas de precaução para controlar a disseminação de Sars-CoV-2 na assistência odontológica 56
7.2 Equipamentos de Proteção Individual-EPI 57
7.3 Higiene das mãos 61
7.4 Gestão da qualidade do ar 62
7.5 Limpeza e desinfecção de superfícies 63
7.5.1 Desinfetantes 63
7.5.2 Processos de Limpeza 64
7.5.3 Frequência de limpeza e desinfecção 65
7.6 Outras orientações gerais aos profissionais de saúde bucal para diminuir risco de contaminação cruzada em unidades de saúde que compõem a rede de atenção à saúde bucal 66
7.7 Processamento de produtos para a saúde 67
8 TRATAMENTO DE RESÍDUOS 69
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS 70
REFERÊNCIAS 71

ANEXOS 81
Anexo A – Precauções-padrão, precauções de contato e precauções para aerossóis. 81
Anexo B – Como higienizar as mãos com preparação alcoólica. 82
Anexo C – Como higienizar as mãos com água e sabonete líquido. 83
Anexo D – Descontaminação de moldagens 84

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

APRESENTAÇÃO

Este material foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o Conselho Federal de Odontologia (CFO) e pesquisadores colaboradores. Fundamentou-se em recomendações internacionais de diversos órgãos e instituições: American Dental Association, Center for Disease Control and Prevention, National Health Service – NHS. Além disso, foram agregadas informações de banco de dados como PubMed (via Medline), Lilacs e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

Após o surto da Coronavirus disease 2019 (Covid-19), caracterizada como uma infecção respiratória, que em alguns casos pode evoluir para uma síndrome respiratória aguda grave (SRAG), diversas práticas profissionais buscaram a readequação dos processos de trabalho com o objetivo de diminuir a disseminação do severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (Sars-CoV-2) causador da Covid-19.

A área odontológica, conhecida pelo contato próximo profissional-paciente, logo foi identificada como uma área de alto potencial de contaminação pelo Sars-CoV-2 e, portanto, vem sofrendo um grande impacto.

Entendendo a grande extensão do Brasil, bem como as diferenças de vivências locais frente à Covid-19, este guia tem como objetivo orientar gestores e profissionais de saúde quanto à oferta de atenção em saúde bucal no contexto da pandemia da Covid-19, de acordo com a literatura científica.

Os capítulos foram divididos com base em eixos temáticos. Nos capítulos iniciais são apresentados aspectos gerais do Sars-CoV-2, incluindo as rotas de transmissão e sua repercussão sobre a prática odontológica, assim como os grupos de risco para manifestação das formas graves da Covid-19. Na sequência, são apresentadas as necessidades de saúde bucal e a produção do cuidado no contexto da pandemia para a definição dos tipos de atendimento odontológico; os parâmetros recomendados para orientação do cenário de atendimento a ser implementado em cada localidade, para identificação do cenário adequado, os tipos de cenários de atendimento e as ações a serem realizadas; e aspectos a serem observados para a organização de todos os serviços da rede de saúde bucal. Nos capítulos finais do guia, são abordadas estratégias transversais aos cenários de atendimento, tais como a teleodontologia e a prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (Iras).

Este material é um guia orientativo, cabendo aos gestores municipais analisar sua situação frente à Covid-19 para tomada de decisão sobre aspectos da assistência odontológica durante este período, bem como o restabelecimento escalonado ou não dos atendimentos eletivos odontológicos.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

1 COVID-19 E A ODONTOLOGIA

Com a ocorrência dos primeiros casos de Covid-19 por um novo tipo de coronavírus, em dezembro de 2019 na província de Hubei1 (China), e sua progressão e propagação pelo mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, no dia 11 de março de 2020, a caracterização da Covid-19 como pandemia[1]. O Ministério da Saúde, por sua vez, deu início a diversas ações para atenuar a propagação dessa doença no Brasil, e, na segunda quinzena de março, declarou a situação de transmissão comunitária em território nacional, a partir da publicação da Portaria Nº 454/GM/MS, de 20 de março de 2020[2].

Desde então, amplo conhecimento foi sendo produzido e acumulado no Brasil e em todo o mundo, e orientou a adoção de medidas para a vigilância, prevenção e redução da propagação da doença e para o manejo das pessoas com suspeita ou confirmação de Covid-19. Entre os achados acerca da doença, podem ser destacados aspectos como a identificação das vias de transmissão do Sars-CoV-2, a história clínica da doença, os grupos mais expostos à contaminação pelo vírus e as formas mais graves da doença, entre outros fatores.

Frente à miríade de mudanças requeridas pelo cenário de pandemia sobre todos os contextos de produção de saúde, áreas extremamente sensíveis aos riscos individuais e coletivos decorrentes da pandemia e fundamentais à oferta de atenção integral no SUS foram instadas a analisar os conhecimentos acumulados e a produzir orientações específicas para o contexto brasileiro, frente ao conjunto de necessidades de saúde das pessoas e diversidade de cenários epidemiológicos no país.

Considerando esse contexto e todos os aspectos norteadores das estratégias e recomendações do Ministério da Saúde, sob contínua revisão e atualização, é que se justifica a estruturação de parâmetros e recomendações tratada neste guia e voltada à orientação aos envolvidos na produção do cuidado em saúde bucal centrado nas pessoas e coletividades.

Portanto, dada a elevada exposição ao risco de contaminação e disseminação do Sars-CoV-2 no contexto de produção da atenção em saúde bucal, assim como o conhecimento acumulado até o presente momento, e a particularidade do Brasil no tocante à diversidade de momento epidemiológico entre os entes federativos, é que se pretende abordar as especificidades e aspectos gerais a serem considerados e atualizados na organização local da atenção à saúde bucal.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Para saber mais sobre as ações e normativas do MS, clique abaixo:

Coronavírus, o que você precisa saber?[3]
https://coronavirus.saude.gov.br/

Portal da Secretaria de Atenção Primária Saúde (Saps)[4]:
Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde

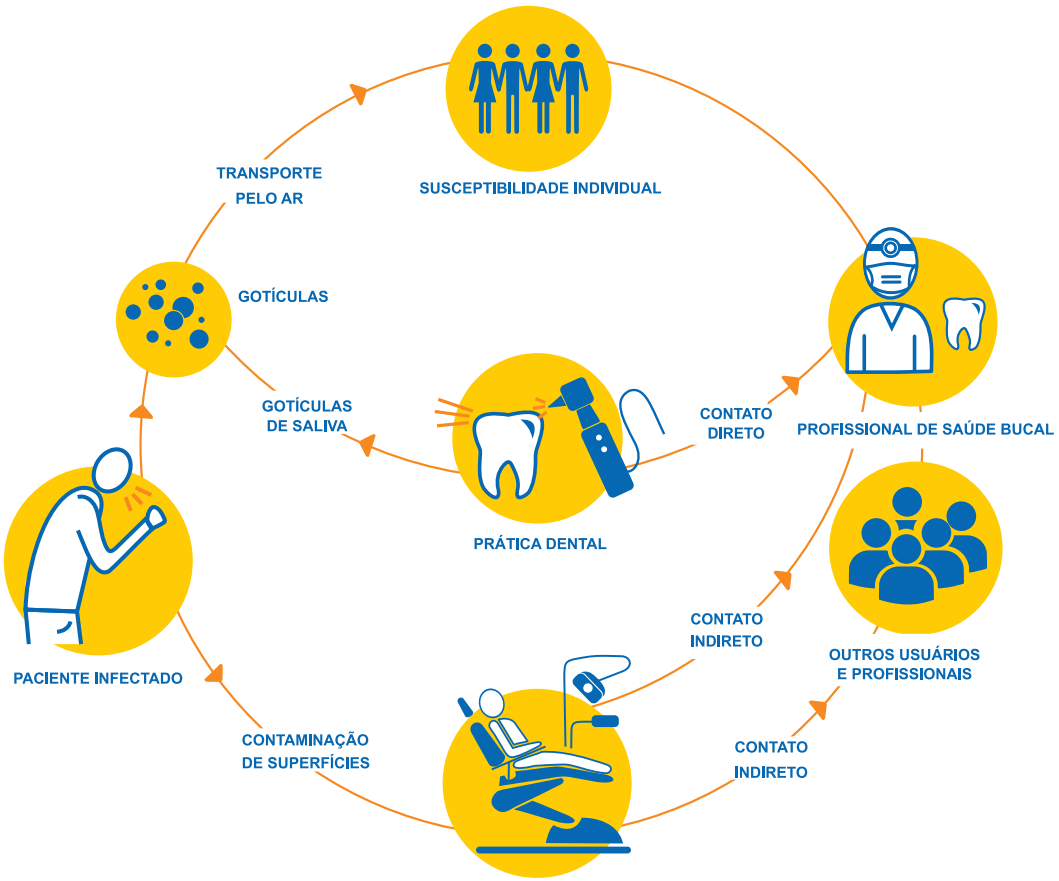
1.1 Formas de transmissão do Sars-CoV-2 e a Assistência Odontológica

A transmissão do Sars-CoV-2 acontece de uma pessoa contaminada para outra por meio de gotículas respiratórias eliminadas ao tossir, espirrar ou falar; de contato direto ou próximo, especialmente pelas mãos não higienizadas; e pelo contato com objetos ou superfícies contaminadas. Evidências atuais sugerem que a maioria das transmissões ocorre de pessoas sintomáticas para outras. Também já é conhecido que alguns pacientes podem transmitir a doença durante o período de incubação, geralmente 1 a 3 dias antes do início dos sintomas, e existe a possibilidade de transmissão por pessoas que estão infectadas e eliminando vírus, mas que ainda não desenvolveram sintomas (transmissão pré-sintomática). Todavia, ainda há controvérsias no tocante à transmissão do vírus por pessoas assintomáticas[5-8]. Quanto à especificidade da atenção em saúde bucal, destacam-se estudos que demonstram que a saliva representa um importante meio na cadeia de transmissão da Covid-19 e que glândulas salivares são grandes reservatórios do vírus Sars-CoV-2[7-8]. A figura 1 demonstra algumas das vias de contaminação no ambiente odontológico.

Portanto, dada a transmissibilidade do Sars-CoV-2, é importante salientar o risco envolvido na produção da assistência odontológica, em razão da clínica de saúde bucal envolver considerável contato com fluidos corporais, como sangue e saliva, além de se caracterizar pela realização de muitos procedimentos que, com a utilização de equipamentos rotatórios, geram aerossóis e gotículas muito pequenas que são capazes de permanecer suspensas no ar por períodos mais longos. Quando tais procedimentos são feitos em pessoas com Covid-19 em unidades de saúde, esses aerossóis podem conter o vírus, que poderão ser inalados por outras pessoas que não estejam utilizando Equipamentos de Proteção apropriado[7-8]. Tais características ampliam o risco aos profissionais de saúde que realizam os atendimentos e, diretamente, às pessoas que utilizam os serviços de saúde bucal, e indiretamente, aos usuários de outros serviços das unidades de saúde. Como ainda não estão totalmente elucidadas as questões de transmissibilidade da Covid-19, os cuidados ligados à biossegurança devem ser rigorosamente observados no atendimento, independentemente da sintomatologia.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Figura 1 – Possibilidades de transmissão do Sars-CoV-2 em ambiente odontológico



Fonte: Adaptação de Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice de Peng et al, 2020[8].

A figura apresentada é meramente ilustrativa, entende-se que podem ocorrer várias formas de transmissão e propagação do vírus no ambiente odontológico. Assim, todos os cuidados de biossegurança devem ser seguidos.

Considerando as características da transmissão do Sars-CoV-2 e dos ambientes de oferta do cuidado em saúde bucal, evidencia-se a repercussão da pandemia sobre a atenção odontológica, dada a necessidade eminente de evitar a propagação do vírus tanto aos profissionais quanto aos usuários.

As medidas a serem revistas na atenção odontológica em razão da pandemia envolvem não somente o reforço a todos os protocolos de biossegurança nos

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

ambientes odontológicos e maior diligência na prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), como também:

a) a reorganização dos serviços, com a definição de um escopo de ações da saúde bucal a serem ofertadas, a partir da categorização das necessidades de saúde bucal associada à análise individual e coletiva dos riscos;

b) mudanças na dimensão da prática clínica, como a utilização de recursos da odontologia de mínima intervenção, redução do número de consultas, otimização do tempo clínico e utilização de ferramentas de atendimento remoto na assistência odontológica. Assim, há de se compreender essas mudanças e incorporá-las com a finalidade de prestar assistência de forma segura e responsável.

1.2 Pessoas e grupos mais expostos às formas graves da doença

Para que seja feita a gestão individual e coletiva dos riscos envolvidos na atenção odontológica no contexto da pandemia, além de conhecer as vias de transmissão da doença, é preciso conhecer seu curso clínico e identificar se há grupos mais expostos à contaminação ou à manifestação das formas mais graves da doença.

O Ministério da Saúde, por meio do Guia de Vigilância Epidemiológica[5], estabelece condições e fatores de risco considerados para possíveis complicações de Covid-19, sendo periodicamente revisado e atualizado na medida em que atualizações científicas sobre o conhecimento da Covid-19 vão ocorrendo. Com base nesse conhecimento, pode-se proceder localmente a uma análise mais criteriosa dos riscos envolvidos no atendimento odontológico e equilibrar o atendimento à demanda com tais riscos, sempre focando na melhor solução para o usuário. São os seguintes condições e fatores de risco às formas graves da doença identificados pelo Ministério da Saúde: idade superior a 60 anos, tabagismo, obesidade, miocardiopatias de diferentes etiologias, hipertensão arterial, pneumopatias graves ou descompensados (asma moderada/grave, DPOC), imunodepressão e imunossupressão, doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5), diabetes melito (conforme juízo clínico), doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica, neoplasia maligna (exceto câncer não melanótico de pele), algumas doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme e talassemia) e gestação. Suas manifestações clínicas podem ser amplas, sendo que os infectados pelo Sars-CoV-2 apresentam comumente sintomas respiratórios[5].

Os profissionais da saúde são apontados com risco potencial aumentado de exposição ao Sars-CoV-2 devido à constante exposição a gotículas e aerossóis[7-8]. Adicionalmente, os profissionais de saúde podem fazer parte dos grupos de risco, por questões relacionadas à saúde e idade, merecendo atenção e orientação especial para que possam exercer suas atividades com segurança.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

2 AS NECESSIDADES DE SAÚDE BUCAL E A PRODUÇÃO DO CUIDADO NO CONTEXTO DA PANDEMIA: DEFINIÇÃO DOS TIPOS DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

Nesta seção apresentaremos uma proposta de categorização das necessidades de atenção em saúde bucal em tipos de atendimento a serem ofertados localmente nos diversos pontos de atenção à saúde bucal, de acordo com o cenário epidemiológico local e outros parâmetros.

Figura 2 – Identificar e organizar os tipos de assistência e locais onde estão sendo disponibilizados

DICA PARA O GESTOR!

- Organize a sua Rede de Saúde Bucal fornecendo infraestrutura para o seguimento das medidas de biossegurança e otimização da oferta de cuidado;
- Qualifique suas equipes sobre ações que colaboram para mitigação do vírus no ambientes das unidades de saúde;
- Instrumentalize suas equipes sobre o uso de tecnologias auxiliares que podem colaborar para oferta do cuidado e proteção para usuários e profissionais.

Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde - Ministério da Saúde.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

As necessidades de atenção em saúde bucal, dadas as restrições e cenários de contenção para seu atendimento integral nesse contexto de pandemia, podem ser organizadas em grupos de condições e situações semelhantes que orientarão a prioridade para o atendimento presencial, desde os cenários epidemiológicos mais restritos aos mais estáveis. O agrupamento das necessidades e condições a serem assistidas considerou fatores como risco à vida, tempo-resposta necessário para sua resolução, condição que limite as atividades habituais das pessoas, risco de agudização ou piora do agravo de saúde bucal, risco de agravamento de condições sistêmicas e oportunidade de intervenção. Desses grupos derivam os tipos de atendimento a serem disponibilizados gradativamente pelos pontos de atenção, em escalonamento que atenda desde cenários de maior restrição de ações aos de escopo mais ampliado. Ressalta-se que a sugestão de priorização considera a possibilidade de oferta de atenção integral que envolva os diversos aspectos da assistência, tais como diagnóstico, realização de procedimentos e intervenções e resolução da necessidade apresentada. Tal ponderação é necessária na medida em que, independentemente do tipo de atendimento adotado localmente, diversas condições podem ser acompanhadas pela saúde bucal com a utilização de outros recursos assistenciais, conforme será visto mais adiante.

Os grandes grupos associados a serem considerados são: emergências, urgências, eletivos essenciais e ampliados. As condições classificadas em cada um desses grupos são sugestivas para a aplicação local de acordo com o cenário epidemiológico, decisões das autoridades locais e juízo clínico dos profissionais, sempre considerando a necessidade das pessoas como centro das decisões e sem prejuízo a outras condições e fatores que possam ser considerados localmente para balizar a classificação de risco que define o escopo dos atendimentos.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Quadro 1 – Classificação do tipo de atendimento odontológico

Necessidade de saúde bucal apresentada	Características da condição/situação	Tipo de atendimento	Local de atendimento
Sangramentos não controlados. Celulite ou infecções bacterianas difusas, com aumento de volume (edema) de localização intraoral ou extraoral, e potencial risco de comprometimento da via aérea dos pacientes. Traumatismo envolvendo os ossos da face, com potencial comprometimento da via aérea do paciente	Risco à vida e/ou condição que exija curto tempo-resposta à condição apresentada	Emergência	Hospitais e UPA tipo 3
Dor aguda decorrente de pulpite	Condições que apresentam potencial de agravamento para situação de emergência e/ou quadro que leva à limitação das atividades habituais do indivíduo	Urgência	Unidades de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde, entre outros estabelecimentos da Atenção Primária Unidade de Pronto Atendimento tipo 3 (UPA)
Dor orofacial			
Ajustes de próteses que estão causando lesão ou desconforto na cavidade oral			
Pericoronarite			
Alveolite			
Gengivite Ulcerativa Necrosante			
Pulpite Ulcerativa Necrosante			
Remoção de sutura			
Abcesso dental ou Periodontal			
Trauma dental			

continua

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

conclusão

Necessidade de saúde bucal apresentada	Características da condição/situação	Tipo de atendimento	Local de atendimento
Cimentação de próteses			
Biópsia e ações de apoio a diagnóstico de câncer de boca			
Cárie extensa			
Mucosite			
Pré-natal odontológico	Condições sem risco de vida iminente, mas cujo adiamento prolongado da assistência pode trazer repercussões sobre a saúde geral	Eletivos essenciais	Unidades de Saúde da Família, Unidade Básica de saúde, entre outros estabelecimentos da Atenção Primária. Centros de Especialidades Odontológicas*
Diabéticos, hipertensos e outras condições sistêmicas			
Pessoas com deficiência			
Outras necessidades de saúde bucal, grupos assistidos	Condições que não apresentam risco de vida ou que o potencializam, e que se adiadas não oferecem grandes prejuízos ao usuário	Eletivos ampliados	Unidades de Saúde da Família, Unidade Básica de saúde, entre outros estabelecimentos da Atenção Primária

Fonte: Adaptado CFO, 2020[9].

2.1 Parâmetros para orientação da decisão quanto aos tipos de atendimentos a serem disponibilizados

No contexto da Covid-19, a atenção em saúde bucal precisou ser reorganizada e adaptada à análise de riscos individuais e coletivos relacionados à produção do cuidado[10]. Para tanto, é preciso que a gestão e os profissionais de saúde associem a avaliação do cenário epidemiológico local às demandas e

*Salienta-se que os Centros de Especialidades Odontológicas não devem ser porta de entrada para atendimentos eletivos. Assim, todos os usuários devem, minimamente, ter um atendimento na AP.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

necessidades de saúde bucal, priorizando e submetendo ao juízo clínico a preservação da saúde dos indivíduos como etapa prévia às decisões envolvidas no atendimento de saúde bucal.

Nas primeiras semanas da pandemia, o Ministério da Saúde (MS) recomendou a suspensão dos atendimentos de saúde bucal eletivos e a manutenção do atendimento às urgências odontológicas em todo o território nacional[10]. Atualmente, observam-se mudanças epidemiológicas em estados e municípios que requerem a proposição de parâmetros que orientem e promovam o retorno gradual e responsável das atividades habituais, a fim de ajustar o momento atual à premissa de garantia do acesso e minimização de danos oriundos do adiamento da atenção à saúde bucal. Assim, por ser esse um momento de transição, pode-se em alguns locais planejar o retorno dos atendimentos eletivos nos diferentes serviços e a ampliação da oferta de cuidado.

Reitera-se neste guia que a análise dos tipos de atendimento a serem implementados parte de uma premissa de análise local para ampliação dos atendimentos já em curso, na medida em que reiteramos a necessidade de manutenção dos atendimentos de urgência em todas as circunstâncias, consideradas as orientações para sua consecução segura.

Quanto aos atendimentos eletivos, para que aconteçam de modo seguro para todos, é preciso que sejam consideradas as recomendações das autoridades locais, fatores atinentes à evolução da epidemia e capacidade de resposta do sistema de saúde, assim como os riscos individuais e coletivos envolvidos. Nesse sentido, **a retomada dos atendimentos odontológicos eletivos deve ocorrer de forma segura, gradativa, planejada, regionalizada, monitorada e dinâmica**.

Para a tomada de decisão pelos gestores em relação ao retorno dos atendimentos odontológicos eletivos, recomenda-se que sejam observadas as seguintes questões[11]:

- **Momento epidemiológico do município:** os municípios deverão observar e avaliar periodicamente, no âmbito locorregional, o cenário epidemiológico da Covid-19 e a capacidade de resposta da rede de atenção à saúde, além dos aspectos socioeconômicos e culturais dos territórios[11]. A observação constante do número absoluto de casos de síndrome gripal por Covid-19, de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) por Covid-19, coeficiente de incidência e mortalidade de ambas condições, além da capacidade instalada local quanto aos leitos hospitalares e aos equipamentos de proteção individual, são alguns dos fatores epidemiológicos a serem observados.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

- **Disponibilidade de EPI:** visto que o atendimento odontológico pode gerar contato com gotículas contaminadas pela própria manipulação de tecidos orais e pelo uso dos instrumentos que geram aerossóis, o uso dos equipamentos de proteção individual (EPI), bem como sua correta paramentação/desparamentação, se torna essencial para manutenção dos atendimentos[12]. Dessa forma, os municípios deverão observar a quantidade e tipo dos EPI disponíveis, cabendo aos gestores locais gerenciar a distribuição dos EPI adequados e necessários ao atendimento odontológico.

- **Qualificação da equipe:** os profissionais inseridos na Unidade de Saúde devem estar qualificados para o manejo das pessoas infectadas ou não, durante o período da pandemia. A percepção e o seguimento de medidas de enfrentamento da Covid-19 podem proporcionar um melhor fluxo de atendimento e diminuição do risco de contaminação. Todos os entes da articulação interfederativa podem desenvolver e promover cursos e ações que colaborem para o aprimoramento dos profissionais que prestam assistência.

Para saber mais:

UNA-SUS
UNA-SUS (Universidade Aberta do SUS oferece cursos online gratuitos sobre a COVID-19[13]

Ministério da Saúde
Orientações para manejo de pacientes com Covid-19[14]

A avaliação associada desses parâmetros à análise de risco individual e coletivo deverá condicionar o escopo assistencial a ser adotado pelos serviços da rede de atenção à saúde bucal.

Um resumo sobre os aspectos que devem ser considerados para a tomada de decisão para o retorno ou não dos atendimentos eletivos pode ser encontrado na figura 3.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Figura 3 – Imagem ilustrativa sobre atender ou não atender os eletivos na Odontologia

Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde - Ministério da Saúde.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Para saber mais:

UNA-SUS:
Especial Coronavírus (Covid-19)[15]

Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps):
Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde[4]

Independentemente da situação dos tipos de atendimentos ofertados, ressalta-se a necessidade de a população estar bem informada sobre a forma de atendimento vigente e organização do acesso à assistência em saúde bucal.

Cabe ao gestor considerar os aspectos locais e adaptar o fluxo de atendimento conforme a condição epidemiológica do município assim como as características de organização dos serviços.

2.2.1 Tipos de atendimento a serem ofertados no contexto da pandemia atendimento restrito às emergências e urgências

Nos municípios que apresentam condições que justificam a manutenção da suspensão dos eletivos, orienta-se que não sejam postergados **atendimentos de urgências**, **exceto** em pacientes com suspeita/confirmação da Covid-19.

Para usuários que tiveram Síndrome Gripal (SG) por Covid-19, orienta-se o isolamento por 10 (dez) dias. Em caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), orienta-se isolamento por 20 (vinte) dias, mediante avaliação médica[5]. Desse modo, deve-se orientar o usuário que remarque seu atendimento odontológico após esse período, e se for preciso, que seja feito o manejo medicamentoso relacionado ao agravo bucal. Para ambos os casos- de usuários com SG e SRAG concomitantes à urgência odontológica- constatando-se que não houve a remissão do quadro agudo odontológico por medicação, recomenda-se que os profissionais realizem atendimento odontológico de urgência, desde que haja previsibilidade de equipamentos de proteção individual. É importante que o cirurgião-dentista avalie qual o grau de contato com caso confirmado, pois há possibilidade de a pessoa ter Covid-19 porém ser assintomática ou pré-sintomática. Em todos os casos, se a pessoa ainda não tiver passado por avaliação médica, recomenda-se que o cirurgião-dentista o encaminhe para tal avaliação.

Em caso de marcação de consulta de possíveis contatos com casos confirmados de Covid-19, deve atentar-se para o período de isolamento recomendado de 14 dias a partir do último contato com a referida pessoa. Neste caso, a consulta

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

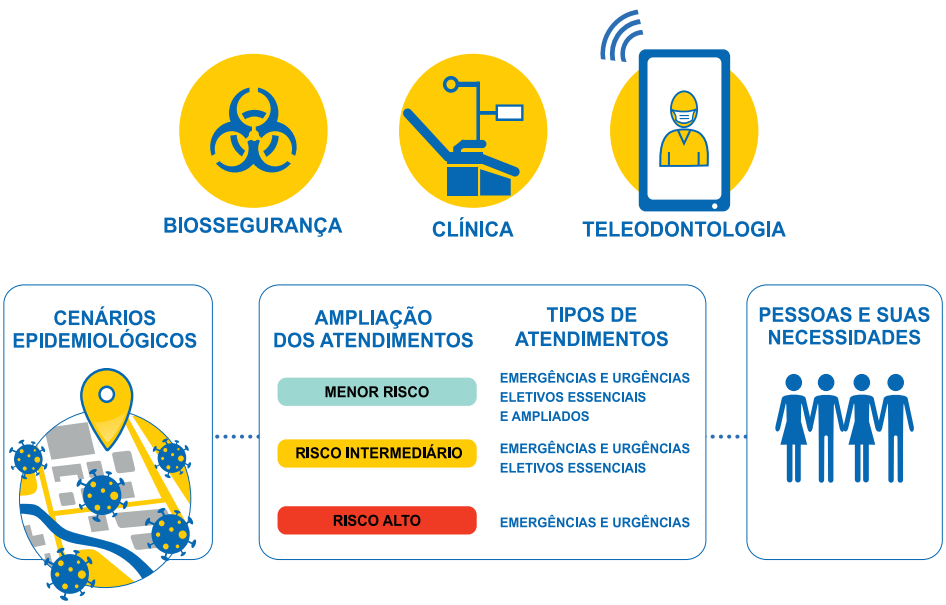
odontológica deve ser remarcada após este período, sendo que, nas últimas 24h deste período, a pessoa deve permanecer afebril sem uso de antitérmico e com remissão de sintomas respiratórios, caso os tenha.

Para todos os cenários de atendimento vigentes na rede, deverão ser observadas as medidas quanto à reorganização do acesso, das agendas, da clínica odontológica, ferramentas de suporte para a complementação e transição do cuidado, e o reforço às medidas de biossegurança.

2.2.2 Atendimento eletivos essenciais e ampliados

Nos municípios que têm condições para o retorno dos atendimentos eletivos, sugere-se avaliar a necessidade de trabalhar com o cenário intermediário, de atendimentos eletivos essenciais, previamente à retomada dos atendimentos eletivos ampliados. Reitera-se que as condições e situações aqui descritas como características de atendimentos eletivos essenciais não são exaustivas e podem ser complementadas com base na classificação de risco local e sempre priorizando o atendimento à necessidade das pessoas. Nesse cenário também deverão ser observadas as medidas quanto à reorganização do acesso, das agendas, da clínica odontológica, das ferramentas de suporte para a complementação e transição do cuidado e do reforço às medidas de biossegurança.

Figura 4 – Organização dos serviços odontológicos na Pandemia



Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Independente do cenário , a prestaçao de serviços de urgencia e emergência odontológica deve ser ofertada, subsidiando o cuidado odontológico.

No que se refere à reorganização do acesso, deve-se orientar os usuários a não chegarem com muita antecedência às unidades, evitando a aglomeração de pessoas na recepção. Assim, pode-se trabalhar com processo de organização da agenda, realizando os agendamentos por meio da teleodontologia e inserindo os usuários na agenda com horário marcado. Nos casos em que houver usuários de demanda espontânea com características de dor ou pertencentes a um grupo de risco para Covid-19, esses devem ser priorizados em relação ao atendimento da demanda programada/agendada.

No que se refere à clínica odontológica, recomenda-se que em todos os atendimentos eletivos sejam adotados parâmetros de otimização do cuidado, que estabelecem tempos de consultas mais prolongados e resolutividade, com maior quantidade possível de procedimentos ou a finalização do tratamento em sessão única, colaborando para a racionalização do uso do EPI e para a diminuição do número de idas daquele usuário à unidade de saúde, com exceção para os casos em que os pacientes são suspeitos ou confirmados de Sars-Cov2, cujo atendimento deve ser adiado.

Além das medidas de organização do serviço e adaptação da clínica, os recursos de telessaúde também podem ser ferramentas de transição do cuidado e complementar para acompanhamento e cuidado dos usuários sob responsabilidade sanitária da saúde bucal, conforme será abordado adiante.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

3 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA

3.1 Atenção Primária À Saúde (APS)

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada de usuários e tem como objetivo melhorar a saúde individual e populacional com práticas baseadas nos princípios da universalidade do acesso, da equidade e da integralidade. Para isso, os serviços da APS devem funcionar adequadamente, aliando alta resolutividade clínica com o compromisso pela saúde da população sob seu cuidado e pela comunicação oportuna dos fatos e eventos que caracterizam a trajetória clínica das pessoas. Visando atingir esses objetivos com a devida qualidade de prestação dos serviços e ações, é essencial que a APS seja organizada com a máxima presença e extensão de suas características operacionais, priorizando os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) nesses processos[16]. Em função da Covid-19, esses processos precisam ser revistos e adaptados conforme as características locais.

As equipes de saúde bucal que atuam na Atenção Primária à Saúde são parte indissociável do trabalho a ser desenvolvido para o alcance dos atributos essenciais da APS, devendo atuar em conjunto com os demais membros da equipe no acolhimento e classificação de risco e com demais processos, visando a um fluxo integrado. Os profissionais de saúde bucal inseridos na ESF devem, diante das necessidades de saúde bucal das pessoas, ofertar o cuidado longitudinal às pessoas sob sua responsabilidade, disponibilizar atenção resolutiva e integral, e ainda, coordenar o cuidado pela rede de atenção.

A Carteira de Serviços da APS[17] apresenta uma relação de ações essenciais a serem oferecidas pelas equipes de saúde bucal, incluindo os atendimentos às demandas programadas, às urgências, assim como as ações de promoção e prevenção em saúde. O escopo das atividades não é exaustivo, e sua realização pelas equipes deve considerar o contexto local, incluindo cenários de emergência de saúde pública, como a que atravessamos neste momento.

A APS, por apresentar esse conjunto de características, constitui-se como lócus privilegiado para a identificação precoce de casos de síndrome gripal e Covid-19, monitoramento dos casos e contatos, manejo terapêutico farmacológico e não farmacológico da Covid-19 e acompanhamento dos casos. As equipes de

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

saúde bucal, enquanto integrantes da APS, vêm contribuindo e aprimorando seus campos de competências comuns e específicas para o enfrentamento da Covid-19 junto às equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária Sendo assim, ressalta-se ser fundamental a colaboração das equipes de saúde bucal para o monitoramento e rastreamento e apoio às demais ações que auxiliem no enfrentamento dessa doença.

Para saber mais sobre o manejo na APS de casos de Covid-19, leia o material Orientações e manejo de pacientes com Covid-19[14].

Considerando as atribuições da APS e a categorização aqui proposta para as necessidades de saúde bucal, recomenda-se que o retorno programado das atividades eletivas ocorra em uma sequência que associe melhoria do cenário epidemiológico ao aumento do escopo de atividades a serem realizadas pelas equipes de saúde bucal.

Conforme sejam evidenciadas melhorias do cenário epidemiológico, as equipes de saúde bucal da APS, podem ir agregando, além do atendimento às urgências já em manutenção, o atendimento de condições eletivas essenciais e ampliadas. Ratifica-se que a reorganização dos atendimentos deverá sempre ser submetida às análises e decisões das autoridades locais quanto ao cenário epidemiológico e capacidade instalada e ao juízo clínico dos profissionais de saúde. Ainda que se estabeleçam no presente guia recomendações, todo processo decisório envolverá as deliberações locais.

Para a ampliação da oferta dos atendimentos odontológicos no contexto pandêmico, recomenda-se analisar as condições a serem retomadas gradativamente e, também, a utilização das orientações contidas neste guia quanto à reorganização do acesso, das agendas, da clínica odontológica, da utilização de ferramentas de suporte para a complementação e a transição do cuidado (teleodontologia) e do reforço às medidas de biossegurança.

3.2 A APS em cenário restrito às urgências

Nos municípios em que a suspensão dos atendimentos odontológicos é mantida, os profissionais de saúde bucal podem auxiliar nas ações como aplicação de testes rápidos 18, coleta de swab[19] com a finalidade de apoiar o diagnóstico da Covid-19, além de desenvolver e se integrar com os processos de monitoramento de casos suspeitos e confirmados, participar da classificação de risco para síndromes gripais e, quando necessário, encaminhar à avaliação médica, de acordo com a organização local.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Independentemente do cenário epidemiológico vivenciado, além da contribuição dos profissionais de saúde bucal junto às equipes para as ações de enfrentamento da Covid-19, os serviços de urgência odontológica devem ser mantidos, resguardando a oferta de acesso a serviços de saúde bucal e evitando agravamentos de quadros agudos, com exceção dessa proposição para casos suspeitos/confirmados de Covid-19, em que se orienta inicialmente realizar o manejo medicamentoso e, caso não haja remissão do quadro, prosseguir para o atendimento, assegurando as medidas de proteção.

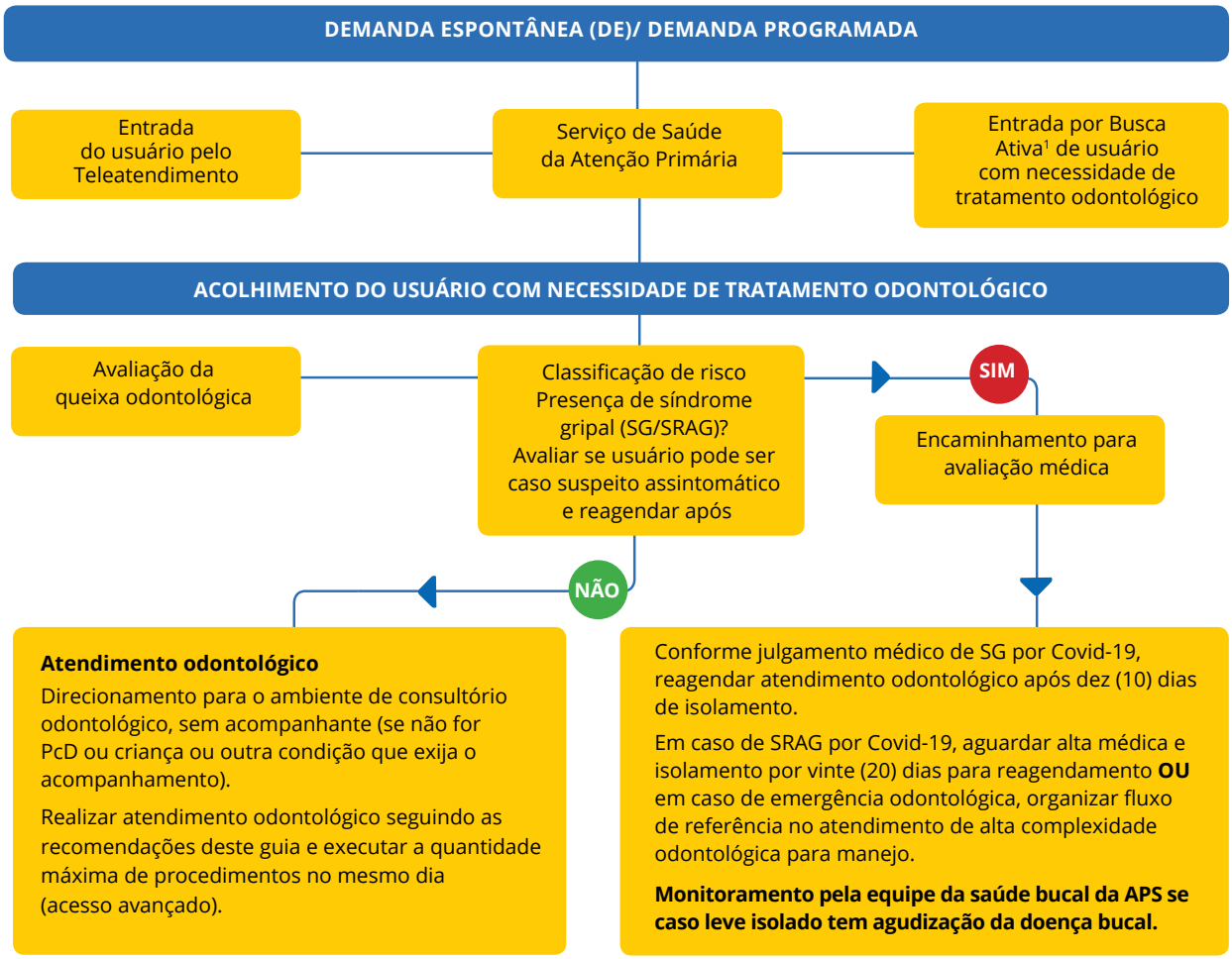
No caso de pacientes com quadros leves de Covid-19, as equipes de saúde bucal devem orientá-los a reagendar a consulta após 10 dias do início dos sintomas. É importante que o cirurgião-dentista avalie o grau de contato com caso confirmado nessa última situação, tendo em vista a possibilidade de a pessoa ser assintomática. Em todos os casos, se a pessoa ainda não tiver passado por avaliação médica, recomenda-se que o cirurgião-dentista a encaminhe para avaliação pela equipe médica.

Para casos moderados e graves de Covid-19 concomitantes à emergência odontológica, recomenda-se que o cirurgião-dentista realize avaliação caso a caso, em conjunto com equipe multiprofissional, para a melhor conduta e definição de melhor momento de intervenção, tanto em unidades de emergência quanto em ambiente hospitalar.

Em caso de marcação de consulta de possíveis contatos com casos confirmados de Covid-19, deve-se atentar para o período de isolamento recomendado de 14 dias a partir do último contato com a referida pessoa. Nesse caso, a consulta odontológica deve ser remarcada após esse período, sendo que, nas últimas 24h desse período, a pessoa deve permanecer afebril sem uso de antitérmico e com remissão de sintomas respiratórios, caso os tenha. Na Figura 5 é apresentado fluxograma para conduta nos atendimentos de urgência.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Figura 5 – Fluxograma de conduta nos atendimentos de urgência odontológica



Observação:

- Orientar os usuários para realização de higiene das mãos, pré e pós atendimento, além disso reafirma-se a necessidade de orientar sobre a utilização da máscara por esses.
- A sala de espera deve ter distanciamento entre usuários de pelo menos 1(um) metro
- É primordial a articulação entre as equipes de Saúde Bucal e de atenção primária para ações de acolhimento e classificação de risco

1) Entrada por Busca Ativa: usuário que foi orientado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou outros profissionais da saúde a procurarem as unidades de atenção primária à saúde (APS) para atendimento odontológico.

2) Os profissionais de saúde bucal devem conversar com outros profissionais da unidade de APS para que as DE sejam avaliadas de acordo com gravidade caso-a-caso, como dor dentária espontânea, fratura dento-alveolar, sangramento espontâneo, presença de abscessos e o que mais a eSB julgar como atendimento prioritário.

Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

3.3 Diagnóstico de câncer de boca

As ações de diagnóstico de câncer de boca e acompanhamento e cuidado de pessoas já diagnosticadas não devem ser postergadas, independentemente da situação epidemiológica do município e da possibilidade de o paciente estar contaminado com Covid-19, visto que a sobrevida dos pacientes está diretamente ligada ao diagnóstico precoce e ao início do tratamento. A inserção desse tipo de condição/necessidade no grupo de atendimentos de urgência decorre da premência de realização do atendimento e de exames para que o diagnóstico e o tratamento sejam iniciados em tempo oportuno, minimizando o agravamento do quadro.

Orienta-se, então, que os pacientes com suspeita de lesões potencialmente malignas, lesões pré-malignas ou lesões sugestivas de câncer de boca sejam assistidos, observando as recomendações para o atendimento e preservando a oportunidade da detecção e intervenção precoce. Desse modo, recomenda-se adicionalmente que os municípios tenham a previsibilidade dos fluxos de referência e contrarreferência no diagnóstico e detecção precoce do câncer de boca na Rede de Atenção à Saúde Bucal local.

O cuidado às pessoas diagnosticadas é essencial e deve ser priorizado, já que muitas delas necessitam de assistência odontológica antes do início do tratamento oncológico, não sendo oportuno postergar a assistência a esse grupo.

Para saber mais sobre câncer de Boca:

INCA - Câncer de Boca[20]
https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-boca

INCA - Relatório sobre o cenário assistencial e epidemiológico do câncer de lábio e cavidade oral no Brasil – 2020[21]
https://www.inca.gov.br/publicacoes/relatorios/relatorio-sobre-o-cenario-assistencial-e-epidemiologico-do-cancer-de-labio-e

APS - Câncer de Boca[22]
https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/cancerboca

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

3.4 Cenários de ampliação do escopo na APS: retomada de eletivos essenciais e ampliados

Entende-se que a retomada dos atendimentos eletivos deve ocorrer de forma ordenada e gradual priorizando grupo e condições que não devem ter seu cuidado postergado. Além disso, ressalta-se que o gestor local deve se fundamentar em questões da sua realidade local para a tomada dessa decisão.

A figura abaixo discorre sobre a diferenciação dos atendimentos eletivos em dois grupos principais - essenciais e ampliados -, veja:

Figura 6 – Eletivos essenciais e ampliados na odontologia

Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

3.4.1 Eletivos essenciais

Mesmo em cenários de restrição do escopo do atendimento odontológico, verifica-se que algumas ações e serviços **são essenciais**, como o **pré-natal odontológico, o atendimento de pacientes com doenças crônicas ou outras condições sistêmicas e de pessoas com deficiência**, e precisam ser mantidos ou adaptados para não causar prejuízos aos usuários. Nesse sentido, considerando o contexto epidemiológico local, pode-se priorizar a retomada desses atendimentos a partir da adoção de medidas adaptadas ao contexto pandêmico.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Na atenção aos grupos mencionados, deve-se compreender também a oportunidade de finalizar tratamentos em curso e efetuar atendimentos que evitem a agudização de problemas de saúde bucal ou repercussão sobre sua condição de saúde geral, com os recursos adequados.

3.4.1.1 Pré-natal Odontológico

O pré-natal é um dos momentos mais importantes da gestação, em que se pode verificar situações da saúde sistêmica da mãe e do bebê. Sabendo que a saúde bucal é parte indissociável do bem-estar e qualidade de vida, deve ser oferecida às gestantes, gerando benefícios para a mamãe e bebê(s)[23].

Como abordado anteriormente, para todos os atendimentos eletivos essenciais, os gestores e profissionais de saúde devem observar o momento epidemiológico da localidade a fim de definir pelo retorno dos eletivos essenciais. No caso de não serem observadas condições para realização da consulta presencial do pré-natal odontológico, esta pode ser adiada. Nesse caso, outras ferramentas complementares e de transição do cuidado, como o teleatendimento[24], podem ser utilizadas para garantia do acesso e promoção de educação em saúde. A **Figura 7** ilustra como essas tecnologias podem auxiliar os profissionais. Caso a gestante tenha uma queixa que se enquadre em urgência odontológica, diferente dos casos em que os pacientes não apresentam essa condição, ela **deve ser atendida no momento da demanda**.

No caso de gestantes que apresentam sinais/sintomas de síndrome gripal por Covid-19, síndrome respiratória aguda grave ou são contatos de casos confirmados, as equipes de saúde bucal devem orientá-las a reagendar a consulta após 10 dias. É importante que o cirurgião-dentista avalie o grau de contato com caso confirmado nessa última situação, tendo em vista a possibilidade de a pessoa ser assintomática. Em casos em que a gestante com suspeita/confirmação para Covid-19, necessita-se do atendimento urgente, e o profissional deve atender a essa urgência com todas as medidas de biossegurança. Essa recomendação difere dos demais grupos, entendendo a complexidade da gestação e a influência de alguns medicamentos no aumento de risco de teratogênese. Para finalidade de monitoramento, o cirurgião-dentista pode utilizar o telemonitoramento com a finalidade de verificar a melhoria ou agravamento do quadro clínico e, caso necessário, fazer uma nova intervenção.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Para a implementação do atendimento de gestantes no cenário de retomada dos casos eletivos essenciais, recomenda-se:

- Planejar, sempre que possível, a consulta odontológica para o mesmo dia em que a gestante estiver agendada para a consulta de pré-natal com médico/enfermeiro, aproveitando seu deslocamento à Unidade de Saúde. É essencial a integração entre a equipe da ESF e ESB, dialogando sobre as necessidades de saúde bucal da gestante e o melhor momento para inserir o atendimento odontológico.
- Deve-se priorizar a consulta odontológica para os horários com menor circulação de pessoas no ambiente da unidade de saúde e observar a descontaminação adequada para prestar a assistência. A **Figura 4** demonstra como criar momentos oportunos para o atendimento das gestantes.
- Recomenda-se o uso da teleodontologia para acompanhar e monitorar as gestantes que estão realizando o pré-natal odontológico, evitando deslocamentos para USF e utilizar essa ferramenta para o agendamento da consulta.
- Reforçar as orientações sobre higiene bucal e alimentação saudável, com menor consumo de alimentos açucarados, durante a gestação.
- Devem-se evitar os atendimentos em grupos (atividades coletivas) nesse momento de pandemia. Para mais informações sobre quando e como usar a teleodontologia, veja o Capítulo 4.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Figura 7 – Pré-natal odontológico com apoio da teleodontologia

ORIENTAÇÕES

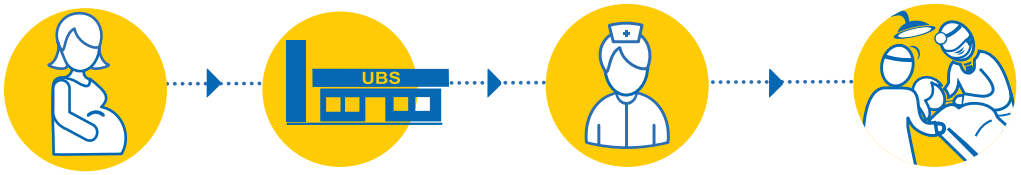
- O cirurgião-dentista poderá realizar o pré atendimento à gestante por meio do uso de equipamentos de comunicação (telefone, videochamada...)
- Monitorar e orientar as gestantes do seus territórios sobre a saúde bucal.
- Realizar agendamento, observando a marcação da consulta presencial paramomentos onde há menor fluxo de usuários no estabelecimento de saúde.

Observação: O Pré-Natal odontológico intermediado por tecnologias não substitui as consultas clínicas, orienta-se o seu uso como medida auxiliar no acesso e acompanhamento em saúde bucal de gestante e demais populações. A realização do Pré-Natal odontológico com o auxílio dateleodontologia não é obrigatório, sendo que sua realização depende da realidade local.

Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Figura 8 – Pré-natal odontológico: como criar momentos de atendimento durante a pandemia



Grávida procura a UBS para realização do pré-natal

Médico/enfermeiro realiza pré-natal e aproveitando aquele momento do atendimento, esses profissionais encaminham a gestante ao atendimento odontológico (1 ° consulta-PNO), após a finalização da consulta

A equipe de Saúde Bucal acolhe a gestante e realiza a 1 ° consulta odontológica

ORIENTAÇÕES

- As equipes (ESF-ESB) deverão avaliar a possibilidade de realizar a integração de agendas. Assim o médico ou enfermeiro encaminhará a gestante antes/ após o agendamento para que minimamente a gestante tenha acesso a 1° consulta e ao cuidado odontológico.
- Caso a ESB verifique uma necessidade urgente no primeiro atendimento, recomenda-se que haja a resolução dessa questão na mesma consulta evitando o agravamento da situação e diminuindo as idas a UBS.
- Se for necessário várias consultas oportunizar o momento onde a USF tenha menor fluxo de pessoas evitando a exposição. Outra possibilidade é aliar com a equipe da saúde da família a realização do atendimento ao usuário no mesmo dia.
- Caso a equipe de Saúde Bucal utilize teleodontologia, a equipe poderá monitorar eorientar a gestante via telefone ou outros meios de comunicação evitando o deslocamento à USF.

Observação: O uso dos recursos da teleodontologia não são obrigatórios, sendo a escolha pelo seu uso da gestão local que deverá se atentar à sua realidade.

Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

O exemplo incluído na imagem é apenas ilustrativo, não devendo ser entendido como um modelo obrigatório.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

3.4.1.2 Pacientes diabéticos, hipertensos e outras condições sistêmicas

A presença de agravos de saúde bucal pode afetar a qualidade de vida do usuário, bem como levar a prejuízos funcionais, podendo agravar a doença sistêmica preexistente. Sendo assim, o atendimento de pacientes com doenças sistêmicas deve ser priorizado, tanto no atendimento de urgências quanto nos atendimentos eletivos.

Para usuários diabéticos, hipertensos e com outras condições sistêmicas que apresentam sintomas e sinais de síndrome gripal por Covid-19, síndrome respiratória aguda grave ou são contatos de casos confirmados, as equipes de saúde bucal devem orientá-los a reagendar a consulta entre 7-10 dias. Aqueles que tiveram contato com pessoa confirmada de Covid-19 devem também aguardar 24h para averiguar aparecimento ou não de sintomas. É importante que o cirurgião-dentista avalie o grau de contato com caso confirmado nessa última situação, tendo em vista a possibilidade de a pessoa ser assintomática. Em casos em que se necessita do atendimento urgente, o profissional pode prescrever e, caso não haja remissão de sintomas, proceder ao atendimento. É primordial o telemonitoramento das questões de saúde com a finalidade de verificar a melhoria ou agravamento do quadro clínico e proceder com maior celeridade.

Para os atendimentos eletivos dessas pessoas, os agendamentos devem ser realizados em momentos em que há menor fluxo de usuários, possibilitando maior seguridade na oferta do cuidado. Pondera-se também sobre a recomendação de evitar aglomerações na recepção e espaços comuns, devendo ser recomendada ao usuário a chegada no momento da consulta agendada.

3.4.1.3 Pessoa com deficiência

O atendimento à pessoa com deficiência está incluído como eletivo essencial, dado que a atenção em saúde bucal para esse grupo não deve ser adiada, tendo em vista o comprometimento da qualidade de vida discorrido do agravamento das condições de saúde bucal. Assim, todos os pontos da rede devem estar adequados e preparados para acolhimento e prestação do cuidado a esse grupo de pessoas.

O uso da teleodontologia para esse grupo pode auxiliar no monitoramento e orientações, além de auxiliar no acesso aos serviços

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

3.4.2 Eletivos ampliados

Nos cenários que indiquem a ampliação do escopo e do público a ser atendido pela APS, a fim de evitar o acúmulo de demanda reprimida por atendimentos, outros fatores de risco devem ser considerados para a retomada do acesso aos atendimentos eletivos, além de observados aspectos como a oportunidade de finalização de tratamentos em curso e a realização de atendimentos que evitem a agudização de problemas de saúde bucal ou repercussão sobre a condição de saúde geral. Para a ampliação da oferta dos atendimentos odontológicos em saúde bucal no contexto pandêmico, recomenda-se analisar as condições a serem retomadas gradativamente e a utilização das orientações contidas neste guia quanto à reorganização do acesso, das agendas, da clínica odontológica, da utilização de ferramentas de suporte para a complementação e transição do cuidado (teleodontologia) e o reforço às medidas de biossegurança.

3.4.2.1 Ações de promoção e prevenção

Em relação às **ações de promoção e prevenção relacionados à saúde bucal** em espaços coletivos/comunitários durante a pandemia, cabe salientar que foi recomendado o seu adiamento ou cancelamento, repercutindo na necessidade de diminuir aglomeração e o fluxo de pessoas em USF/UBS[25]. Considerando que a promoção e prevenção são indissociáveis do cuidado em saúde, as ações dessa natureza e os formatos até agora empregados foram ressignificados. Desse modo, o cirurgião-dentista pode se valer do uso da tecnologia para realizar educação em saúde, com a teleodontologia, por exemplo, por meio da qual o profissional pode orientar sobre hábitos de higiene e alimentares que contribuam para melhoria das condições de saúde bucal e saúde sistêmica, a depender da realidade local.

Além dos espaços de uso comum dos usuários das unidades da saúde, recomenda-se que atividades coletivas em espaços comunitários em creches, escolas ou outros espaços comunitários de convivência sejam suspensas. Contudo, podem ser organizados grupos virtuais para estimulação da troca de experiência coordenados pelo profissional da eSB, como por exemplo, para gestantes. Além disso, o profissional pode tentar se inserir em atividades on-line das escolas da sua área, com intuito de manter o vínculo e realizar atividades de educação em saúde, de acordo com a realidade local.

Baseada em ações de estímulo ao controle da cárie dentária, previamente à pandemia da Covid-19, a utilização de escovódromos para instrução de higiene bucal estava sendo constantemente feita. Com a necessidade de preservar o ambiente de fluidos orais, entendendo que os escovódromos normalmente estão inseridos em áreas comuns de UBS/USF ou escolas, orienta-se a não utilização desses espaços neste momento.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

4 ATENÇÃO ESPECIALIZADA

4.1 Centro de Especialidades Odontológicas

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são fundamentais para a integralidade do cuidado, porém, em razão da pandemia de Covid-19, o seu funcionamento foi alterado, entendendo que o tipo de assistência, eminentemente eletivo, poderia ser adiado[25]. Ademais, pelo fato de serem serviços de retaguarda especializada da APS, compreende-se que a retomada dos atendimentos deverá ser orientada pela retomada da APS.

Todavia, no contexto apresentado por este guia, independentemente do cenário vigente quanto aos tipos de atendimento ofertados pela rede de saúde bucal, algumas especialidades do CEO podem funcionar, mesmo em contextos mais restritos, considerando-se algumas de suas atribuições caracterizadas como atendimentos inadiáveis, como é o caso da especialidade de diagnóstico bucal, e grupos prioritários, como as pessoas com deficiência.

Pode-se utilizar nesses serviços, quando possível, ferramentas como a teleodontologia para verificar condições de saúde prévias do usuário, realizar orientações, monitorar casos atendidos visando à utilização de ferramentas de suporte para a complementação e transição do cuidado que colaborem para seguridade do cuidado bem como auxiliar no acesso e oferta de cuidado.

No momento do acolhimento, assim como nas unidades de saúde da família, devem ser seguidas questões de triagem para verificação de possíveis usuários com síndrome respiratória aguda e prosseguir para o protocolo estabelecido para essa situação, como já elucidado anteriormente.

As medidas de biossegurança devem ser reforçadas, para saber mais sobre essas e outras adequações para o controle de infecções, leia o capítulo: **PREVENÇÃO E CONTROLE DAS IRAS E INFECÇÃO POR COVID-19 NA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA.**

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

4.2 Serviços de apoio: Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias

Os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) são serviços responsáveis por confeccionar as próteses dentárias. Com a pandemia da Covid-19 e as consequentes mudanças na prestação da assistência odontológica à população, esse serviço também foi afetado, tendo suas atividades reduzidas ou até mesmo suspensas[25].

A produção de próteses é um dos procedimentos significativamente afetados frente à pandemia, pois, além de se caracterizar prioritariamente como procedimento eletivo, a população que necessita desse tipo de assistência, muitas vezes, pode ser caracterizada como grupo de risco, por ser, em sua maioria, idosos[26-27].

A decisão sobre a oferta de procedimentos de prótese dentária deverá seguir a decisão para os serviços responsáveis pela parte clínica (UBS/USF ou CEO). Sugere-se que as atividades clínicas, relacionadas à confecção de próteses, procurem resguardar essa população de situações de risco. Alternativas de horários com menor fluxo de atendimento e dias específicos para consulta são exemplos de medidas que podem ser adotadas.

Nos municípios que optarem por continuar com a suspensão de procedimentos relativos à confecção de próteses dentárias, sugere-se que o gestor local organize os serviços de LRPD para proceder a consertos/reparos em próteses que configurem urgências[15]. Próteses defeituosas podem gerar prejuízo na alimentação do usuário e, em alguns casos os reparos não podem ser resolvidos somente pelo cirurgião-dentista na APS ou CEO.

Destaca-se ainda que é de responsabilidade do município, estado ou Distrito Federal definir os acordos no âmbito dos contratos de prestação de serviços com os LRPD terceirizados.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

5 ORGANIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

Nesta seção são apresentadas recomendações transversais a todos os cenários elencados de escopo de atendimento no contexto pandêmico. As recomendações orientam as etapas prévias, concomitantes ao atendimento e pós-atendimento para todos os pontos de atenção da rede. Além disso, são mencionadas as recomendações de uso de ferramentas remotas de apoio para a transição do cuidado, enquanto ações transversais ao cenário de cuidado vigente, e as medidas de biossegurança recomendadas. Para as medidas de transição do cuidado viabilizadas pela teleodontologia e para a abordagem integral das medidas de biossegurança, serão destinadas duas seções do presente guia.

5.1 Preparo da UBS/USF e dos profissionais

Dadas as mudanças a serem adotadas para diminuir o risco de transmissão do Sars-CoV-2 aos usuários e profissionais, é necessário o preparo da UBS/USF e das equipes. Tais procedimentos preparatórios devem ser constantemente observados, de modo dinâmico.

Preparação dos profissionais

- Os profissionais que apresentem sintomas de síndrome gripal[28], com confirmação ou não de Covid-19, devem ser afastados das atividades assistenciais.
- Os profissionais pertencentes a algum grupo de risco para a Covid-19 devem ser alocados para ações que não envolvam contato com pacientes, como apoio ao telemonitoramento relacionado à odontologia e ao monitoramento de contatos de casos de Covid-19, teleorientação, cabendo à gestão local a tomada decisão sobre essa questão.
- Para todos os profissionais deve ser realizada a vacinação contra a gripe sazonal.

Preparação do consultório odontológico:

Os gestores de saúde podem promover adequações na ambiência dos consultórios odontológicos a partir de medidas como: aquisição de filtros de ar, inserção de divisórias em consultórios compartilhados por equipes, aquisição de bombas de alta pressão, entre outros.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

- **Como medidas a serem promovidas no âmbito das unidades de saúde, devem ser removidos** objetos que não sejam necessários no momento da consulta, com o objetivo de reduzir as superfícies que podem ser contaminadas com nuvens de aerossóis e gotículas provenientes do atendimento. Importante que as superfícies fiquem livres para facilitar a descontaminação. Sugere-se que objetos que não possam ser removidos do consultório e/ou que serão tocados frequentemente sejam cobertos com barreiras físicas. Sobre mais questões sobre a preparação do consultório, veja o **Capítulo "Prevenção e Controle das Iras e Infecção por Covid-19 na Assistência Odontológica"** deste Guia.

5.2 Cuidados prévios ao atendimento odontológico

Para permitir a organização dos atendimentos odontológicos, recomenda-se que sejam observadas as seguintes questões[11]:

Articulação com os componentes das equipes:

A Equipe de Saúde Bucal (eSB) deverá estar articulada com as Equipes de Saúde da Família (eSF) e/ou Atenção Primária, colaborando com os processos de trabalhos instituídos na Unidade de Saúde. Nesse sentido, a articulação deve se dar desde o acolhimento, organização de fluxos, classificação de risco e orientações quanto às medidas de distanciamento social, até a interação clínica para suporte ao cuidado.

Organização do acesso para atendimentos de urgência/emergência ou eletivos:

Para organização do acesso presencial, em relação aos atendimentos de urgência e eletivos, orienta-se que:

- O usuário deve ser acolhido, e os profissionais de saúde da unidade devem realizar a classificação de risco na porta de entrada do serviço, encaminhando-o subsequentemente para atendimento, objetivando diminuir o fluxo de pessoas em circulação, o tempo de contato entre usuários e, consequentemente, a disseminação do vírus.
- Em suspeita de síndrome gripal, o usuário deverá ser orientado a ficar em área isolada e aguardar por atendimento, conforme protocolo local.
- Em caso de usuário sem sintomas de Covid-19 e demanda espontânea, este deverá ser encaminhado ao consultório odontológico.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

- Preferencialmente, em um espaço arejado onde não se tenha grande circulação de pessoas[25], o profissional de saúde deve verificar as condições de saúde bucal do usuário, fazendo perguntas que classifiquem sua condição de saúde e atendimento recomendado. Com isso, será possível um correto manejo e oferta de tratamento adequado às condições clínicas.
- Orienta-se que o usuário entre no consultório odontológico somente no momento da realização do procedimento.
- Organização do Acesso por meio de ferramentas remotas (atendimento pré-clínico por telefone, virtual[23]):

Naqueles locais em que for possível, recomenda-se estabelecer via de contato (telefone ou outros meios digitais) com usuários sob responsabilidade dos serviços de modo prévio à sua ida ao serviço. O contato remoto pode ser empregado na identificação das necessidades de saúde bucal, na realização de triagem prévia ao atendimento, da busca ativa para grupos identificados como prioritários, observando-se o cenário de atendimento recomendado/vigente localmente, de agendamento das ações. Essas ferramentas podem ainda ser empregadas para o acompanhamento dos usuários sob responsabilidade das equipes. A ferramenta auxilia a identificação das pessoas que apresentarem sintomas gripais indicativos da Covid-19, que devem ter o cuidado postergado em casos não urgentes (eletivos) odontológicos. O atendimento pré-clínico virtual pode ser uma importante ferramenta no manejo, garantia de acesso e acesso ampliado, além de colaborar com o diálogo entre usuário e profissional de saúde[29]. Durante o atendimento pré-clínico deve-se fazer perguntas para conhecer a necessidade de saúde bucal do paciente e para identificar o risco de o paciente apresentar a doença Covid-19, como sinais e sintomas de síndrome gripal, como perda de olfato (anosmia), perda de paladar (disgeusia), diarreia, coriza, febre, entre outros, e orientá-lo à consulta médica. Caso esse usuário já tenha confirmação por Covid-19 e esteja em seu período de isolamento, a critério médico, a consulta deverá ser agendada após 10 (dez) dias. Ao identificar que o usuário teve contato com "caso confirmado de Covid-19" e relatar aparecimento de sintomas, a pessoa deve ser orientada a buscar consulta médica nos serviços de saúde.

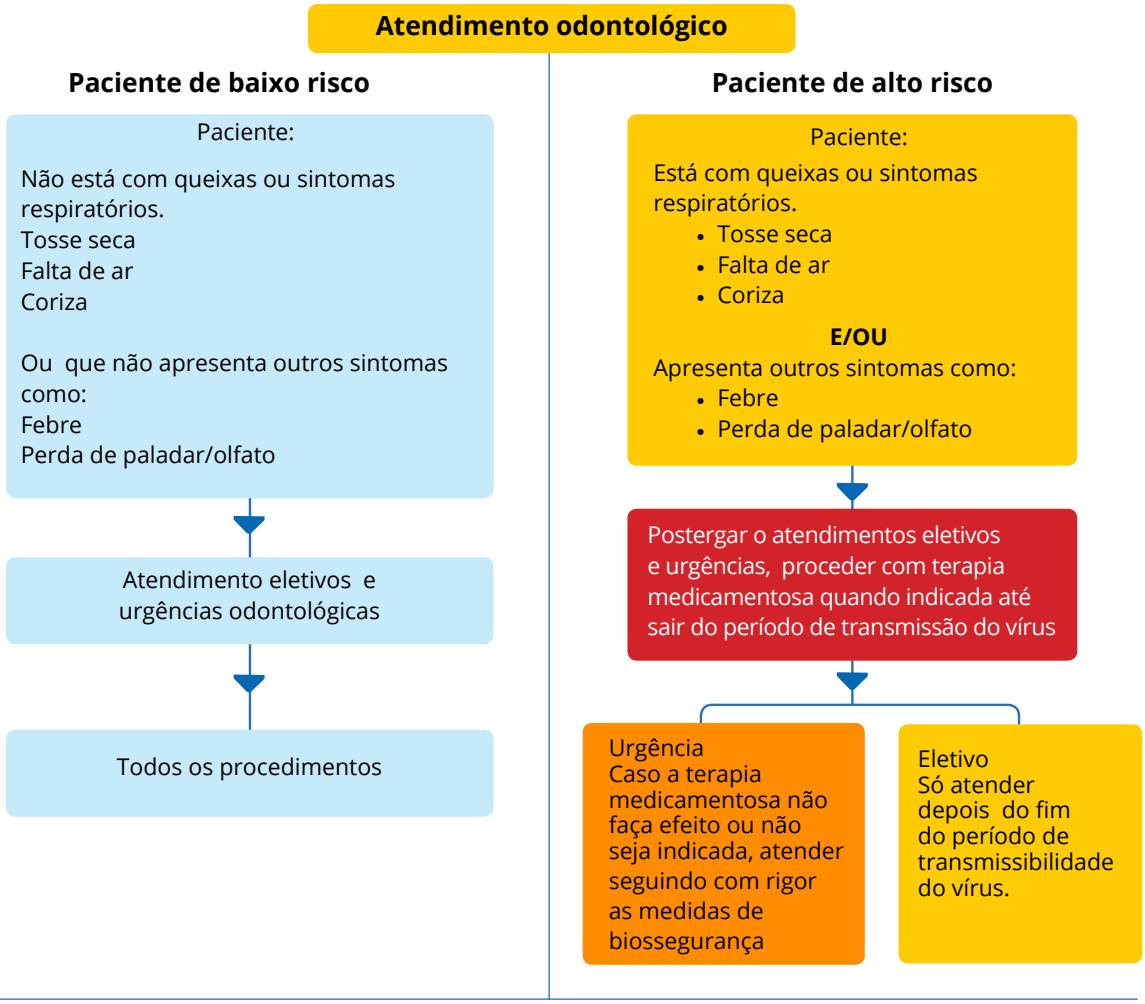
- **Aspectos de biossegurança:** atentar para atendimentos com maiores intervalos de tempo entre as consultas, com vistas a proporcionar maior tempo para adequada descontaminação dos ambientes, conforme Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa Nº 04/2020[12]. Observar outras questões no Capítulo **"Prevenção e Controle das Iras e Infecção por Covid-19 na Assistência Odontológica".**

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Atendendo às recomendações para redução de aglomerações de maneira a reduzir o risco de transmissão do vírus Sars-CoV-2, as medidas a serem adotadas na classificação de risco a usuários assumem fundamental importância, por constituírem um indício da organização e adaptação do serviço ao contexto epidemiológico da Covid-19, trazendo maior segurança aos profissionais e pacientes[29-30]. Dessa forma, essas e outras medidas importantes para o pré-atendimento aos pacientes nos serviços odontológicos podem ser vistas na **Figura 9**[31]:

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Figura 9 – Fluxograma para análise do risco dos usuários no momento da consulta odontológica



Observações:

1. Orienta-se o uso da teleodontologia com a finalidade de colaborar com o monitoramento e orientações em saúde bucal
2. Entende-se que a Unidade de Saúde deve estabelecer um fluxo único de pré-atendimento (Acolhimento e triagem). Assim é importante articulação entre os profissionais de saúde bucal e os demais profissionais da Atenção Primária com finalidade de ter uma uniformidade de recomendação
3. Orientar aos usuários a sentar com pelo menos 1M de distância, usar máscara e evitar levar acompanhantes exceto crianças e portadores de necessidade especiais.

Fonte: Adaptado Guidelines for oral health services at Covid-19 Alert Level 2. Nova Zelândia[31].

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

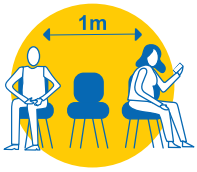
Para saber mais sobre a triagem no momento do atendimento, orienta-se a leitura do seguinte material Orientações para Manejo de Pacientes com Covid-19[14].

Figura 10 – Medidas de segurança no pré-atendimento aos pacientes nos serviços odontológicos

Dar preferência à realização de triagem prévia de pacientes comsíndrome gripal (febre, tosse, dor de garganta, dores musculares), bem como agendamento das consultas, por meio de chamadas telefônicas, aplicativos de mensagens ou videoconferência.

Programar agendamentos espaçados o suficiente para minimizar o possível contato com outros pacientes na sala de espera, além de permitir a execução cuidadosa dos procedimentos preconizados para a prevenção e controle das infecções em consultórios odontológicos.

Orientar que os pacientes não tragam acompanhantes para a consulta, exceto nos casos em que houver necessidade de auxílio (por exemplo, pacientes pediátricos, pessoas com necessidades especiais, pacientes idosos, etc.), devendo nestes casos ser recomendado apenas um acompanhante. Este acompanhante deve permanecer sempre de máscara



Dispor cadeiras na sala de espera com pelo menos 1 metro de distância entre si e, quando aplicável (em grandes espaços), colocar avisos sobre o distanciamento nas cadeiras, de forma intervalada.

Divulgar, junto aos pacientes, de forma a instruí-los, asrecomendações, conhecidas como medidas de precaução para problemas respiratórios (higiene respiratória/ etiqueta da tosse), bem como a utilização de máscara de tecido até o atendimento e após esse, manutenção de distanciamento social apropriado (situado a pelo menos a 1 (um) metro de distância), e demais medidas recomendadas pelas autoridades de saúde pública nacionais e locais, para reduzir o risco de disseminação da Sars-CoV-2

Remover da sala de espera revistas, materiais de leitura, brinquedos e outros objetos que possam ser tocados por várias pessoas e que não possam ser facilmente desinfetados.

Orientar todos os profissionais de saúde bucal a não utilizarem adereços como anéis, pulseiras, cordões, brincos e relógios em horário de trabalho.

Os profissionais que atuam na recepção do serviço, deverão utilizar o EPI adequado, levando em consideração os riscos envolvidos. Devem ser orientados a manter o distanciamento seguro de pelo menos 1 (um) metro e realizar frequentemente a higiene das mãos.

Utilizar barreiras físicas e avisos de distanciamento para a proteção de profissionais que atuam na recepção e acolhimento dos pacientes.

Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

5.3 DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

5.3.1 USO DE SUBSTÂNCIAS ANTIMICROBIANAS

As substâncias antimicrobianas, usadas como bochechos orais e seu impacto na diminuição de micro-organismos no pré-atendimento odontológico têm sido objeto de vários estudos. Até o presente momento, não há consenso sobre nenhuma das substâncias que são comumente utilizadas para bochechos, como peróxido de hidrogênio e gluconato de clorexidina, impactarem em redução da carga viral e/ou diminuição da contaminação dos profissionais que recomendam seu uso ao paciente com Covid-19[32-33].

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Pondera-se sobre o risco do uso de substâncias como peróxido de hidrogênio de forma indiscriminada em conjunto com outras substâncias. Estudos têm apontado desenvolvimento de lesões pré-cancerígenas ou cancerígenas relacionadas ao uso de peróxido de hidrogênio[33]. Assim, recomenda-se cautela no seu uso e, caso seja adotado, deverá ser utilizado somente com a supervisão do profissional com base em evidência científica e indicação clínica, não sendo recomendada a indicação para o uso doméstico pelo paciente.

5.3.2 Técnicas terapêuticas

Algumas alterações nas técnicas terapêuticas realizadas diariamente poderão auxiliar na redução da emissão de aerossóis e, portanto, diminuir as chances de propagação do Sars-CoV-2 no consultório odontológico. Os atendimentos, sempre que possível, devem ser feitos a quatro mãos.

Quando houver a necessidade de intervenção odontológica, recomenda-se que sejam empregadas, sempre que possível, técnicas manuais, evitando-se ao máximo o uso da caneta de alta e baixa rotação, seringa tríplice, jato de bicarbonato e ultrassom, visando à diminuição de ações geradoras de aerossóis[25].

- Para aqueles procedimentos que necessitem do uso de equipamentos que emitam aerossóis, como caneta de alta rotação para acesso à polpa dentária, recomenda-se esterilização desse equipamento antes e após o atendimento. O seu uso deverá ser em conjunto com o sugador de alta potência[12, 25].
- O uso do isolamento absoluto é uma importante medida, sendo recomendado, sempre que possível, para minimizar a propagação de fluidos[12, 25].
- O sugador de alta potência também contribui para diminuição da dispersão de fluidos oriundos da cavidade bucal[12, 25].
- Os profissionais devem optar por utilizar fio de sutura reabsorvível, sempre que possível, para eliminar a necessidade de uma consulta de retorno para remoção da sutura[12, 25].
- Deve-se evitar o uso da seringa tríplice, que libera água em forma de névoa, visto que a pressão de ar em conjunto com água pode colaborar para a disseminação de gotículas com carga viral no ambiente[12, 25].

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

6 TELEODONTOLOGIA

6.1 Histórico

Diante dos avanços tecnológicos acumulados ao longo das últimas décadas, no campo da saúde, as ações de saúde mediadas pelo uso de tecnologias vêm sendo discutidas enquanto ferramentas de apoio ao cuidado. Em 1997, a Organização Mundial de Saúde definiu como telessaúde a oferta de serviços ofertados por profissionais de saúde com o uso de tecnologias de informação e comunicação, e voltados à oferta do cuidado em saúde sobretudo em circunstâncias em que a distância ou isolamento geográfico dificultam o acesso[34]. A utilização de tais recursos pode ser voltada à educação continuada dos profissionais de saúde, para a ampliação das possibilidades de cuidado e para finalidades gerenciais dos serviços de saúde, de modo a sempre priorizar a saúde das pessoas. No contexto de uma pandemia na qual fatores espaciais são fundamentais para a prevenção da disseminação dos vírus, tais como a restrição ao quantitativo de pessoas em certos espaços, aglomerações e medidas de distanciamento social em geral, a telessaúde vem sendo adotada em diversos locais com o papel de apoiar a prestação de informações para as pessoas, a reorganização do acesso, complementação do cuidado e monitoramento das condições de saúde das pessoas.

No Brasil, as ações de telessaúde vêm sendo implementadas desde 2006 e tem agregado consideravelmente na implementação de tecnologias no âmbito da saúde[35-36]. Esse sistema foi importante para a qualificação dos profissionais de saúde, além de envolver ações como as teleconsultorias, telemonitoramento, telediagnóstico, entre outros. Na odontologia, o uso das tecnologias da informação e comunicação (TIC) tem avançado, e a implantação de Núcleos do Telessaúde vem contribuindo para tal avanço. Os Núcleos constituem-se em serviço de suporte remoto* aos serviços de assistência à saúde e possibilitam a interação a distância entre profissionais de saúde ou entre estes e usuários, por meio do uso de tecnologias da informação e comunicação.

***Serviço** é a ação humana de gerar uma utilidade a outrem. **Suporte** é qualquer coisa cuja finalidade é auxiliar, reforçar ou apoiar. **Remoto** é a qualidade do que é distante no espaço.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

6.2 Possibilidades de aplicação no SUS

No que se refere à regulamentação da utilização dessas ferramentas pelos profissionais de saúde bucal, o Conselho Federal de Odontologia elaborou a resolução N° 226/2020[24], que define a teleodontologia e os recursos a serem utilizados dentro de limites estipulados. Portanto, em 2020, e no contexto da pandemia, com base na referida resolução, foi permitido o uso da teleodontologia ou odontologia a distância mediada por tecnologias. Assim, é primordial seu entendimento e as construções derivadas dessa resolução no setor público. No que tange à prestação de assistência, o CFO traz dois conceitos-chaves nessa normativa:

- A teleorientação pode ser entendida pelo ato de orientar por meios digitais ou telefone; esse mecanismo constitui uma forma de coletar informações (questionário pré-clínico) e orientar sobre situações de saúde[24].
- O telemonitoramento permite que o dentista verifique questões de saúde e mantenha contato para verificar a evolução daquela condição do paciente já acompanhado por aquele serviço[24].

Ainda no campo da teleodontologia, o CFO publicou a Resolução nº 228/2020[37], por meio da qual, para fins de adequação ao contexto do SUS (**Figura 11**), é possibilitado que cada localidade utilize sistema/plataforma própria de mediação tecnológica para ofertar a teleconsulta. Dessa forma, os municípios que tiverem seus próprios recursos tecnológicos de mediação podem implementar a teleconsulta[37]. Nessa direção, depreende-se que cada localidade e o próprio Ministério da Saúde podem utilizar sistemas/plataformas para a realização das teleconsultas e suas possíveis derivações, tais como prescrições, atestados e solicitações de exames.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Figura 11 – Teleodontologia e sua oferta de cuidado

Observação:
O cirurgião dentista pode realizar telemonitoramento e Teleorientação que são ofertas de cuidado em saúde de forma remota, constituindo como forma auxiliar de prestação da assistência.

Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

O teleatendimento em odontologia neste período de pandemia contribui para a realização de uma avaliação pré-clínica para identificação da necessidade do paciente e de sua condição de saúde e pode contribuir para a organização e redução do fluxo de pessoas nas Unidades de Saúde e, com isso, para a diminuição da exposição de pacientes e profissionais ao Sars-CoV-2.

A verificação da situação de saúde vem sendo uma das principais estratégias no mundo[29,31,38-40], principalmente no que diz respeito ao atendimento pré-clínico, pressupondo aumento da seguridade clínica.

Além disso, o teleatendimento constitui ferramenta importante na promoção da educação em saúde e monitoramento, principalmente de pacientes com condições crônicas e pertencentes a grupos específicos, como gestantes e crianças (no caso do acompanhamento de crianças, o contato deve ser realizado com o responsável).

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

A Odontologia a distância é uma ação que contribui para a diminuição no fluxo de pessoas em Unidades de Saúde e colabora com os processos instituídos no atendimento, possibilitando a manutenção da assistência de casos não urgentes.

Durante a pandemia, são essenciais questionamentos prévios à consulta bem como recomendações. No quadro 2 estão elencadas sugestões de questões a serem abordadas, por meio da teleodontologia, junto aos usuários:

Quadro 2 – O que pode e o que não pode ser feito através da teleodontologia

O que o cirurgião-dentista pode fazer:	O que cirurgião-dentista não pode fazer:
Solicitar informações aos usuários sobre as queixas odontológicas, como: História odontológica (presença de dor, lesões ou outros sintomas e sinais na cavidade oral). Verificando aqueles que devem ser priorizados no atendimento e monitorados com base seus quadros e condições.	Os profissionais não devem emitir diagnóstico aos usuários por meio da teleodontologia.
Questionar aos usuários sobre presença de sintomas respiratórios que se relacionam à Covid-19: Tosse seca Falta de ar Coriza	O profissional não deve utilizar ou orientar o uso dos usuários de ferramentas automáticas de perguntas e respostas (Chatbot) na teleconsulta odontológica.
Questionar aos usuários sobre a saúde sistêmica, verificando aqueles que são do grupo de risco.	
Questionar aos usuários se há algum fato sobre a condição de saúde geral que queira relatar?	
Orientar o usuário sobre ações prévias à consulta: • No dia do atendimento, o profissional deve orientar o usuário a se deslocar e permanecer na unidade de saúde de máscara até o início do atendimento.	

continua

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

conclusão

O que o cirurgião-dentista pode fazer:	O que cirurgião-dentista não pode fazer:
• Caso apresente sinais ou sintomas de síndrome gripal, o profissional deve reagendar a consulta do usuário e comunicá-lo sobre o adiamento de sua consulta. Em caso de urgência, o profissional deverá solicitar que o usuário se desloque para a unidade para medicá-lo. Naqueles casos em que há o consultório virtual, enviar a receita para o usuário. Se o quadro não tiver remissão, o atendimento deve ser realizado, a exceção para essa proposição são as gestantes que quando citarem algum quadro agudo devem ser imediatamente atendidas e ter a oferta de cuidado necessário. • O profissional deve orientar os usuários a chegar na unidade de saúde somente no horário da consulta, evitando aglomeração de pessoas em recepções ou outros espaços.	
O profissional deve orientar os usuários sobre hábitos saudáveis que devem ser realizados para manutenção da saúde bucal e monitorar condições, informando que, caso alguma condição se agudize, o usuário deve procurar o serviço urgentemente.	
O profissional pode emitir receitas e atestados aos seus usuários por meio da consulta virtual desde que os locais onde es atuam forneça subsídio para instrumentalização dessa questão, além de o profissional estar habilitado para emissão desses documentos. Salienta-se que é necessário o uso racional dos medicamentos, prescrevendo somente para casos em que o usuário está impedido se de deslocar à USF/UBS para realizar o procedimento.	

Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

As informações presentes no quadro são sugestões, podendo ser incorporadas outras questões que o profissional de saúde considere pertinentes.

Caso o dentista utilize esse momento para aplicar o questionário pré-clínico, é importante que as informações coletadas sejam registradas no prontuário do paciente, seja eletrônico ou não.

Salienta-se que as informações devem ser protegidas, conforme os preceitos éticos que regem a profissão, evitando o compartilhamento de informações sem finalidade de tratamento e sem o consentimento do usuário/paciente.

O telemonitoramento e a teleorientação não substituem a consulta convencional, constituindo-se como medidas auxiliares que colaboram para ampliar e organizar o acesso, sendo seu uso dependente da condição do paciente e do juízo clínico do profissional.

6.3 Registro das informações da teleconsulta odontológica

A Portaria n° 526, de 24 de Junho de 2020[18], criou o procedimento de teleconsulta no SUS com habilitação do cirurgião-dentista (CBO 2232), permitindo que esse profissional execute e registre no sistema de informação esse procedimento. Na Atenção Primária, o registro deve ocorrer no PEC, ficha CDS ou outro prontuário que permita envio para o Sistema de Informações da Atenção Básica (Sisab). Na Atenção Especializada, essa informação pode ser inserida no BPAC/BPAI e enviada por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), sendo o código do procedimento na tabela SIGTAP o 03.01.01.025-0 TELECONSULTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA[18].

Para mais informações sobre a estratégia e-SUS acesse[41]:
https://aps.saude.gov.br/ape/esus

6.4 Certificação digital/Assinatura eletrônica

A fim de garantir a segurança e autenticidade da autoria dos atos dos profissionais de saúde, foram desenvolvidas assinaturas eletrônicas específicas para assinatura de documentos como receitas, atestados e encaminhamentos.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

No Brasil, a **Lei nº 14.063, de 23 de setembro de 2020**[42], dispõe sobre o uso de assinaturas eletrônicas em interações com entes públicos, em atos de pessoas jurídicas e em questões de saúde. Nessa legislação há dois tipos de assinatura:

I - Assinatura eletrônica avançada: utiliza certificados não emitidos pela ICP-Brasil ou outro meio de comprovação da autoria e da integridade de documentos em forma eletrônica;

II - Assinatura eletrônica qualificada: utiliza certificado digital disponibilizado pela ICP-Brasil.

Essa legislação estabelece que os receituários de medicamentos sujeitos a controle especial e os atestados em meio eletrônico, previstos em ato do Ministério da Saúde, somente serão válidos quando subscritos com assinatura eletrônica qualificada do profissional de saúde. Ressalta-se que cabe a gestão local a autonomia para adquirir e financiar tal ferramenta digital.

O Ministério da Saúde e/ou Anvisa, de acordo com suas competências, definirá, em ato específico, as hipóteses e os critérios para o uso e validação dos demais documentos eletrônicos emitidos por profissionais de saúde com assinatura eletrônica avançada ou qualificada.

Com o aumento da possibilidade de elaboração e envio de documentos pelos profissionais da saúde que apresentam assinatura eletrônica, amplia-se se o uso da teleodontologia no Brasil, colaborando para ação do profissional em meio à pandemia para realizar ações importantes como prescrever, encaminhar e atestar.

6.5 Consultório Virtual

Para viabilizar um meio de atendimento remoto à população pelos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), o Ministério da Saúde desenvolveu o Consultório Virtual de Saúde da Família em parceria com o Hospital Albert Einstein[43].

O Consultório Virtual é uma plataforma por meio da qual médicos, dentistas e enfermeiros do SUS inseridos na Atenção Primária poderão atender a população adscrita de forma virtual e emitir receitas e outros documentos que necessitam de uma certificação digital.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Essa iniciativa almeja responder às demandas espontâneas e acompanhar casos de maneira mais segura, durante a pandemia da Covid-19.

O uso dessa plataforma não substitui o preenchimento das informações no prontuário do cidadão, ato imprescindível para teleconsultas odontológicas, sendo sua função somente para emissão de documento sobre o atendimento.

O meio como se dará o contato pode ser telefone, videochamada ou outro, caso o profissional visualize a necessidade de emitir um documento digital (atestado, receitas) e esteja devidamente cadastrado e autorizado pelo hospital gerenciador do sistema. Ele entrará na plataforma, preencherá informações básicas e emitirá o documento de escolha.

A assinatura será por meio do ICP*, em que o profissional terá um código único, e sua validação poderá ser consultada por setores externos, como farmácias, verificando a autenticidade do documento.

Os municípios que queiram que seus cirurgiões-dentistas participem do Consultório Virtual deverão seguir o seguinte passos:

O **gestor local** seleciona os profissionais que atendam aos critérios de seleção do Consultório Virtual, sendo esses:

- O cirurgião-dentista deve estar devidamente cadastrado no Conselho Federal de Odontologia (ter uma inscrição ativa no CRO);
- Estar cadastrado no CNES de um estabelecimento de Atenção Primária, compondo uma equipe de Saúde Bucal credenciada pelo MS.

O **gestor local** inscreve os cirurgiões-dentistas no sistema específico hospedado no e-Gestor.

O manual do Consultório Virtual remete às principais considerações de como acessar o sistema e cadastrar os profissionais. Orienta-se a leitura desse documento para elucidar sobre essas proposições:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_consultorio_virtual_saude_familia290420_v2.pdf[44]

*ICP: A Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira – ICP-Brasil é uma cadeia hierárquica de confiança que viabiliza a emissão de certificados digitais para identificação virtual do cidadão.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Após a fase do cadastro, o Albert Einstein verificará as informações fornecidas e confirmará se os inscritos atendem a todos os critérios. O cadastro será validado, e o hospital entrará em contato com os profissionais para realização do curso que possibilitará a emissão de assinaturas digitais para esse profissional no sistema fornecido por esse órgão.

Veja no fluxo abaixo como vai funcionar essa estratégia e o resumo dos passos do Consultório Virtual:

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Fluxo 1 – Fluxograma do cadastro no Consultório Virtual

O Consultório Virtual vai ofertar o meio de comunicar com o usuário?
Não. O meio de comunicação a ser utilizado para efetivar o teleatendimento deverá ser acordado entre profissional, gestor e usuário, seguindo as orientações dispostas na Resolução CFO 226/2020 e 228/2020.

Quem pode estar no Consultório Virtual?
Profissionais de saúde bucal de nível superior (cirurgiões-dentistas) inseridos em equipes de Saúde Bucal vinculadas a equipes de Saúde da Família devidamente cadastradas no CNES, e inscritos no Conselho Regional de Odontologia (CRO) do local onde atua.

O que o Consultório Virtual vai permitir na Odontologia?
A emissão de atestados e receitas com certificação digital.

O Consultório Virtual substitui o registro em prontuários?
Não, esse sistema somente auxilia na emissão de documentos. Todas informações coletadas na teleconsulta odontológica devem ser inseridas no PEC-SUS ou em outro prontuário.

Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

7 PREVENÇÃO E CONTROLE DAS IRAS E INFECÇÃO POR COVID-19 NA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

A ocorrência das **infecções relacionadas à assistência à saúde** (Iras) é um grave problema de saúde pública mundial, acarretando aumento da letalidade, prejuízos financeiros, com o prolongamento do período de internação e danos à imagem das instituições[45-46].

A prevenção e o controle da Iras constitui uma das prioridades do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)[47]. Com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, o PNSP estabelece como um dos pilares para a prevenção desses e demais eventos adversos a adesão às práticas baseadas em evidências[47]. Dessa forma, considerando os riscos envolvidos, os profissionais de saúde bucal devem observar as boas práticas de funcionamento nos serviços odontológicos, de maneira a prevenir e controlar as Iras, promovendo a melhoria da qualidade e segurança da assistência prestada.

A infecção pelo Sars-CoV-2 põe em risco a assistência odontológica segura aos pacientes e salubre aos profissionais, devido à alta carga viral presente nas vias aéreas superiores dos pacientes infectados, além de aumentar a possibilidade de exposição aos materiais biológicos, proporcionada pela geração de gotículas e aerossóis durante os procedimentos odontológicos e pela proximidade que a prática exige entre profissional e paciente[7-8,12].

Tendo em vista o risco de disseminação do Sars-CoV-2 e a segurança da equipe de saúde bucal e dos pacientes, cabe ao cirurgião-dentista/gestor do serviço de saúde avaliar e determinar os procedimentos e fluxos para atendimento aos pacientes nos serviços odontológicos, considerando as recomendações vigentes das autoridades de saúde pública e órgãos competentes, as melhores evidências científicas e as boas práticas de funcionamento nesses serviços, em especial aquelas relacionadas à prevenção e controle de infecção nos serviços odontológicos e a avaliação dos fatores de risco relacionados ao paciente, à estrutura, aos processos de trabalho, aos recursos humanos e aos insumos disponíveis, conforme preconizados pela **RDC Anvisa Nº 63/2011 e RDC Anvisa Nº 36/2013**[12, 48-49].

A instituição de barreiras de segurança (protocolos, normas e rotinas, procedimentos operacionais padrão, fluxogramas, entre outros) constitui uma das principais práticas seguras nos serviços de saúde e figuram, no momento, como

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

importante aliada para a aplicação das boas práticas nos serviços odontológicos. As referidas barreiras de segurança visam padronizar as condutas das equipes de saúde bucal, tornando os processos de trabalho mais seguros, tanto para os profissionais, quanto para os pacientes[50-51].

Com o propósito de orientar os serviços de saúde acerca das medidas de prevenção e controle a serem adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2), a Anvisa publicou a **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020**[12]. O documento também aborda orientações específicas para os profissionais de saúde bucal, com a descrição das medidas de prevenção e controle de infecção pelo Sars-CoV-2 na assistência odontológica. Além disso, a **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 06/2020**[52] trata de Orientações para a Prevenção e o Controle das Infecções pelo Sars-CoV-2 em Procedimentos Cirúrgicos, e a Nota Técnica **GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 07/2020**[53] discorre sobre Orientações para a Prevenção da Transmissão de Covid-19 dentro dos serviços de saúde. Os documentos citados e demais informações sobre a Covid-19 para os serviços de saúde estão disponíveis no hotsite Segurança do Paciente em Covid-19 - ANVISA[54].

Neste documento, visando facilitar a aplicação prática das medidas pelo profissional, serão descritas a seguir, de forma sucinta, as principais medidas para a prevenção e controle de Iras na assistência odontológica, especialmente as que estão relacionadas às formas de transmissão do Sars-CoV-2, envolvendo medidas de prevenção no pré-atendimento aos pacientes, medidas de Precaução, Processamento de Produtos para a Saúde-PPS, limpeza e desinfecção de superfícies e tratamento de resíduos[12].

As evidências científicas disponíveis demonstram, até o momento, que não há uma única medida isolada que seja eficiente em controlar a disseminação de Sars-CoV-2 em serviços de saúde, incluindo aquelas de assistência odontológica[12, 55-56]

7.1 Medidas de precaução para controlar a disseminação de Sars-CoV-2 na assistência odontológica

As precauções correspondem a um **conjunto de medidas** a serem adotadas pelos profissionais no atendimento a pacientes, visando à prevenção da transmissão de agentes infecciosos. Dessa forma, as precauções-padrão se aplicam a todos os pacientes, independentemente do diagnóstico ou da suspeita de infecções, e

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

tendo em vista o risco de exposição a sangue e demais secreções, pele não íntegra e mucosas. Já as precauções específicas são definidas considerando as formas de transmissão envolvidas[57-59].

As medidas de precaução por aerossóis devem ser aplicadas frente a doenças causadas por micro-organismos transmitidos por aerossóis, como é o caso da tuberculose, sarampo, varicela e herpes zoster[58-59]. Importante destacar que as precauções específicas devem sempre ser associadas às precauções-padrão[58-59].

A Anvisa disponibiliza cartazes aos serviços de saúde, contendo orientações sobre as medidas de precauções 58, que podem ser acessados no link: Publicações - ANVISA[54].

Para visualizar figuras sobre precauções-padrão, precauções de contato e precauções para aerossóis para nortear uma boa prática, veja o Anexo A.

Tendo como base o alto risco para a disseminação do Sars-CoV-2 na assistência odontológica, é recomendada a adoção de precauções para contato e para aerossóis, somados às precauções padrão, para todos os pacientes e em todos os atendimentos odontológicos[12].

7.2 Equipamentos de Proteção Individual-EPI

Considerando as medidas de precaução e de proteção profissional a serem adotadas para prevenir a disseminação do Sars-CoV-2 nos serviços odontológicos, o uso de EPI deve ser completo para todos os profissionais de saúde bucal no ambiente clínico 12, de acordo com o atendimento a ser realizado e da realidade local.

- **Luvas**
- **Gorro descartável**
- **Óculos de proteção com protetores laterais sólidos**
- **Protetor facial (face shield):** A indicação do protetor facial é importante porque reduz a contaminação dos EPI utilizados na face (gorro, máscara e óculos de proteção). Após cada atendimento, fazer a limpeza com água e sabão e desinfecção do protetor facial e óculos.
- **Máscara cirúrgica:** Utilizada durante a circulação em áreas adjacentes ao ambiente clínico, os profissionais de saúde bucal devem estar com máscara cirúrgica, além disso, devem manter o distanciamento adequado, pelo menos 1 metro12.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

- **Máscaras N95/PFF2 ou equivalente:** Utilizada em todos os procedimentos odontológicos. Cabe ao cirurgião-dentista/gestor do serviço de saúde a decisão para estender o tempo de uso da máscara baseando-se nas recomendações do fabricante do produto e desde que as máscaras não estejam com sujidades, molhadas ou não íntegras[12]. Instruções sobre colocação das máscaras, bem como testes de vedação da N95/PFF2, necessários para garantir o selamento, estão disponíveis no vídeo Precauções padrão e adicionais - Youtube[12,59]

A máscara N95/PFF2 ou equivalente com válvula expiratória não deve ser utilizada na odontologia, pois ela permite a saída do ar expirado pelo profissional que, caso esteja infectado, poderá contaminar pacientes e o ambiente[12]

No cenário atual da pandemia e em situações de escassez, em que só esteja disponível este modelo de máscara com válvula expiratória no serviço odontológico, também é recomendado utilizar de forma concomitante um protetor facial, de maneira a mitigar esta característica da máscara. A exceção a esta medida é a realização de procedimentos cirúrgicos, quando estas máscaras não devem ser utilizadas, por aumentar os riscos de infecção do sítio cirúrgico[12]

- **Capote ou avental de mangas longas e impermeável:** Deve ter estrutura impermeável e gramatura mínima de 50 g/m2. Em situações de escassez de aventais impermeáveis com gramatura superior a 50 g/m², admite-se a utilização de avental de menor gramatura (no mínimo 30 g/m²), desde que o fabricante assegure que esse produto seja impermeável[12].

A utilização de duas luvas com objetivo de reduzir risco de contaminação no processo de desparamentação não está indicada, pois pode passar uma falsa sensação de proteção, já que é sabido o potencial de contaminação através de microporos da superfície da luva, além de tecnicamente poder dificultar o processo de remoção[12]

Todos os EPIs devem ser utilizados da forma padrão e indicada pelo fabricante, portanto, luvas, gorro, máscaras cirúrgicas e aventais impermeáveis devem ser **descartados imediatamente após o atendimento** em lixo apropriado para material contaminado.

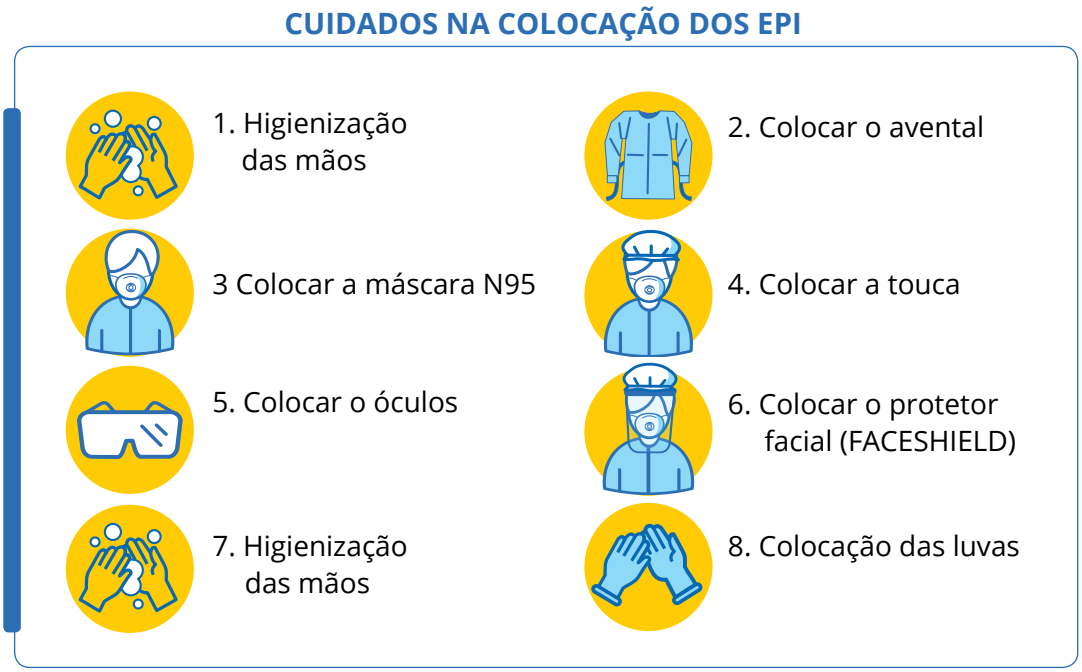
Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Além do uso do EPI, orienta-se que profissional esteja com sapato fechado e adequado para a prática clínica.

Destaca-se que caberá ao gestor local a aquisição e a disponibilização dos EPI adequados para que a prática clínica ocorra de forma segura. Devem ainda ser observadas as condições ideais para o uso, manipulação, acondicionamento, armazenamento e descarte de EPI nos serviços odontológico[12].

Os profissionais de saúde bucal devem aderir à sequência-padrão de paramentação e desparamentação dos EPI (vide precauções a serem adotadas por todos os serviços de saúde durante a assistência). Considerando que uma das principais vias de contaminação do profissional de saúde é no momento da desparamentação, é fundamental que todos os passos de higiene de mãos entre a retirada de cada EPI sejam rigorosamente seguidos[12]. A sequência de paramentação e desparamentação pode ser vista nas **Figuras 12 e 13**.

Figura 12 – Sequência de paramentação-padrão



Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Observação:
Ao realizar o teste de vedação com uma máscara individual já utilizada, deve ser feita a higienização das mãos antes de seguir a sequência de paramentação[12].

Figura 13 – Sequência de desparamentação[12]

Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

Destaca-se a importância da utilização do EPI adequado à execução dos processos de trabalho. Desta forma, para os procedimentos de limpeza e desinfecção e processamento de produtos para a saúde, é recomendado aos profissionais utilizar óculos de proteção ou protetor facial, máscara cirúrgica, avental impermeável, luvas de borracha de cano longo e calçados fechados e impermeáveis[12].

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

7.3 Higiene das mãos

A higienização das mãos é uma das medidas mais importantes para aumentar a segurança do paciente e prevenir as Iras[60-61], além de ser uma das medidas mais importantes na prevenção da disseminação do Sars-CoV-2 e outros micro-organismos[12]. Pode ser realizada com sabonete líquido (associado ou não a antisséptico) e água ou com preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas líquida, gel, espuma entre outras[62-63].

Os pacientes devem ser orientados a higienizar as mãos antes e após os atendimentos odontológicos. Os profissionais de saúde bucal devem fazer a higiene das mãos seguindo os "cinco momentos da higiene das mãos" e usando a técnica adequada[63, 64] Veja os "cinco momentos da higiene das mãos" na **Figura 14** e a sequência de higiene de mãos com preparação alcoólica e sabonete líquido e água nos Anexos B e C.

Figura 14 – Os 5 momentos para higiene das mãos

1. Antes de tocar o paciente
2. Antes de realizar procedimento limpo/asséptico
3. Após risco de exposição a fluidos corporais
4. Após tocar o paciente
5. Após tocar superfícies próximas ao paciente

Fonte: Adaptado OMS, 2014 (tradução de OPAS/OMS e Anvisa), 2014[64].

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

7.4 Gestão da qualidade do ar

Uma das medidas de precaução para geração de aerossóis é a realização preferencial desses procedimentos em uma unidade de saúde com filtro Hepa (High Efficiency Particulate Arrestance)[12].

Quando a unidade de saúde não tiver uma área dita como ideal, com isolamento respiratório com pressão negativa e filtro HEPA, recomenda-se a utilização de sistema de climatização com exaustão e/ou a manutenção das janelas abertas, a fim de garantir a renovação do ar nos ambientes, restringindo ainda o número de profissionais durante estes procedimentos[12].

A **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020**[12] enfatiza a importância de assegurar a qualidade e renovação do ar, de forma a estabelecer ambientes mais seguros, considerando as formas de transmissão da Covid-19 e os protocolos de climatização do ar vigentes na ABNT NBR 7256 - Tratamento de ar em estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) - Requisitos para projeto e execução das instalações[65].

Deve-se ter cautela com as áreas próximas ao consultório, como corredores e áreas próximas às janelas e saídas de ar-condicionado, pois podem ser áreas comuns e com fluxo de pessoas. Recomenda-se verificar essa possibilidade e fazer o isolamento desses locais devido à possível contaminação de outros profissionais e usuários.

Alguns estudos inferem que as gotículas contaminadas pelo Sars-CoV 2 podem ficar nas superfícies dos consultórios após uso de instrumentos que propaguem aerossóis, assim orienta-se para atentar-se para maiores intervalos de tempo entre as consultas, com vistas a proporcionar maior tempo para a adequada descontaminação dos ambientes[25]. **Orienta-se aguardar, pelo menos, 30 minutos após consulta com o uso de equipamentos que gerem aerossol para iniciar a descontaminação do ambiente. Ainda não há precisão do tempo necessário para que o ambiente esteja apto para atendimento com maior seguridade, visto que muitos fatores influenciam no processo de renovação do ar, como janelas, portas, presença de filtros e dimensão dos ambientes. Assim, são necessários estudos com delineamento específico para elucidar essa questão**[66].

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

7.5 Limpeza e desinfecção de superfícies

Durante a execução dos procedimentos, especialmente aqueles que envolvem a produção de aerossóis, muitas superfícies dos serviços odontológicos são contaminadas com sangue, saliva e demais materiais orgânicos[12].

Considerando o já mencionado, de que o Sars-CoV-2 também pode ser transmitido por meio do contato indireto, por meio de superfícies contaminadas, entre outras, e que pode permanecer nos ambientes por longos períodos, variando de 2h a 9 dias[7-8], é indicada a limpeza e desinfecção de todas as superfícies do consultório odontológico[7-8,12]. Assim, orienta-se também que no consultório odontológico permaneçam somente os itens primordiais e necessários para a oferta do cuidado, evitando que no espaço constem outros itens que podem acumular indiretamente em sua superfície o vírus.

Além disso, as descontaminações das moldagens/estruturas protéticas deverão ser realizadas de forma criteriosa e, a cada etapa, com troca entre consultório e laboratório. Segundo o material da Abeno 2020[67], orienta-se que a higienização das moldagens ocorra de forma cuidadosa, em cubas de água, evitando usar o jato da torneira e, assim- propagar gotículas pelo contato da superfície da moldagem com a água. É necessário compreender que a superfície da moldagem pode conter saliva e sangue, ou seja, material biológico que pode estar contaminado. Deverão ser observadas questões sobre a secagem dos materiais bem como seu acondicionamento adequado de acordo com o tipo de material e suas recomendações[68-70].

Para saber mais acesse:

ABENO - Retomada de práticas seguras no ensino odontológico[67]

CFO – Manual de boas práticas em biossegurança para ambientes odontológicos
Biossegurança e Desinfecção de Materiais de Moldagem e Moldes para Profissionais de Prótese Dentária (cirurgiões dentistas e TPD)[72]

7.5.1 Desinfetantes

O Sars-CoV-2 consiste em vírus envelopado e apresenta membrana celular lipídica, facilmente rompida pelos desinfetantes para uso hospitalar[12].

Os desinfetantes com potencial para desinfecção de superfícies incluem aqueles à base de cloro, álcoois, alguns fenóis e iodóforos e o quaternário de amônio. A

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

seleção dos desinfetantes deve considerar as vantagens e desvantagens de cada produto[12,73].

A desinfecção das superfícies deve ser realizada após a sua limpeza. Sabe-se que os vírus são inativados pelo álcool a 70% e pelo cloro. Abaixo trazemos algumas informações sobre esses produtos:

- Álcool (70 %): Ótima ação germicida, age por fricção, nível médio de ação, tem espectro tuberculicida, bactericida, fungicida, virucida, não esporicida, sendo de fácil aplicação, porém volátil[73].
- Hipoclorito de sódio (1%): Age por fricção, nível médio, bactericida, fungicida, virucida e esporicida, de ação rápida, é indicado para superfícies e artigos não metálicos apresentando como desvantagem o fato de ser material termossensível, instável, corrosivo, inativado na presença de matéria orgânica[74-75].

Caso o profissional use composto quaternário de amônio e biguanida ou glucoprotamina, pode proceder diretamente à limpeza e desinfecção simultâneas com esses produtos, em vista de suas características surfactantes.

Portanto, preconiza-se a limpeza das superfícies com detergente neutro, seguida da desinfecção com uma dessas soluções desinfetantes ou outro desinfetante padronizado pelo serviço de saúde, desde que esteja regularizado junto à Anvisa e seguindo as orientações previstas na publicação da Anvisa[20,76]: "Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies", 2012[77].

7.5.2 Processos de Limpeza

A limpeza das superfícies das áreas do consultório odontológico deve ser concorrente, imediata ou terminal[12,77]:

A limpeza concorrente é aquela feita diariamente. A limpeza imediata é aquela realizada em qualquer momento, quando ocorrem sujidades ou contaminação do ambiente e equipamentos com matéria orgânica, mesmo após a limpeza concorrente. E a limpeza terminal é a mais completa, incluindo todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas.

Durante a limpeza concorrente, deve ser dada atenção especial às superfícies potencialmente contaminadas por sangue, saliva e matérias orgânicas, incluindo aquelas próximas ao paciente: refletor e seu suporte, cadeira odontológica,

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

mocho, painéis, mesa com instrumental, acionamento do sugador, mangueiras do sugador, manípulos de torneiras, mangueiras das peças de mão e demais superfícies frequentemente tocadas nos ambientes do consultório/ambulatório, incluindo puxadores de gavetas, maçanetas, superfícies de móveis da sala de espera; interruptores de luz, corrimões e superfícies de banheiros, entre outros.

7.5.3 Frequência de limpeza e desinfecção

É indicada a limpeza e desinfecção concorrente das superfícies do consultório odontológico entre os atendimentos, e, ao final do dia, deverá ser realizada limpeza terminal.

Observações[12]:

O serviço de saúde deve ter protocolos com orientações a serem implementadas em todas as etapas de limpeza e desinfecção de superfícies, que devem ser de conhecimento de todos os profissionais envolvidos.

Recomenda-se que seja feito o monitoramento dos procedimentos executados, bem como a previsão de educação continuada para os profissionais envolvidos e inclusão dos protocolos em cronograma de capacitações para novos funcionários.

Quando realizada a limpeza concorrente, não há consenso sobre o tempo de espera para reutilizar o consultório após o procedimento, porém, se possível, sugere-se que o ambiente seja arejado, ao término de cada atendimento, para renovação do ar, durante todo o tempo de limpeza.

Consultórios Odontológicos Coletivos [12,54]

1. **Devido aos riscos ampliados de uma contaminação cruzada associada aos aerossóis produzidos durante o atendimento simultâneo, recomendamos fortemente que sejam inseridas entre os equipos, divisórias até a altura do teto, de material liso, impermeável e de fácil limpeza e desinfecção. As divisórias devem ser submetidas a processos de limpeza e desinfecção diários.**

2. **A limpeza concorrente e a terminal das superfícies e de todos os ambientes devem ser criteriosas, seguindo os procedimentos recomendados nessa neste material.**

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

3. **Orientamos que quando for impreterível a realização de procedimentos potencialmente geradores de aerossóis, além das medidas citadas para a redução dos aerossóis e renovação do ar, devem ser adotadas, preferencialmente, medidas como o planejamento, para que esses procedimentos sejam os últimos do dia (1 (um) paciente por vez, com a utilização de apenas 1 (um) dos equipos); restrição do número de profissionais durante a realização dos mesmos; procedendo, em seguida, à limpeza e desinfecção terminal de todos os ambientes.**

7.6 Outras orientações gerais aos profissionais de saúde bucal para diminuir risco de contaminação cruzada em unidades de saúde que compõem a rede de atenção à saúde bucal

- Recomenda-se otimização do cuidado, ou seja, que o maior número de procedimentos odontológicos seja feito para diminuir a ida dos usuários a unidade.
- Recomenda-se que o dispensador de materiais odontológicos fique em armários longe das cadeiras odontológicas para que não sejam contaminados por gotículas ou aerossóis.
- Recomenda-se que os planos de tratamento sejam elaborados anteriormente e os materiais odontológicos sejam usados de acordo com a previsão de tratamento a ser aplicado no dia e separados antecipadamente.
- Recomenda-se que não haja dispensador de algodão único e que os materiais odontológicos sejam separados anteriormente aos atendimentos. Algodão, gaze e demais materiais de uso único podem ser previamente separados em porções menores, individuais, conforme o procedimento a ser realizado.
- Recomenda-se que não seja usada espátula que tenha tido contato com fluido salivar para retirada de resina composta das bisnagas, a fim de diminuir risco de contaminação cruzada. A mesma recomendação deve ser adotada na manipulação de outros insumos de uso comum. Por exemplo, é interessante que os profissionais já tenham quantidades destacadas, fracionadas ou porcionadas. Também é importante atentar quanto ao uso de placa de vidro para espatulação de materiais odontológicos; durante a pandemia é recomendável utilizar bloco de papel impermeável descartável específico para espatulação de materiais.
- Recomenda-se que objetos de uso pessoal dos profissionais de saúde bucal não fiquem expostos no consultório.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

- Não se recomenda o uso de adornos como brincos, tanto pelo paciente quanto pelos profissionais, principalmente durante a realização de procedimentos geradores de aerossóis.
- Materiais como lápis e canetas, blocos de receituário, guias de encaminhamento e de solicitação de exames devem permanecer em gavetas ou armários fechados e serem expostos ao ambiente somente quando da utilização pelo profissional.
- Não é recomendado que itens pessoais de higiene bucal sejam acondicionados nas unidades de saúde. Deve-se orientar aos pacientes que façam troca de escova dental caso ele tenha sido confirmado para Covid-19 e que fique acondicionada em local apropriado, afastado de outros membros da família. Também é importante orientar pela troca de escova dentária caso tenha tido contato com a escova de caso confirmado de Covid-19.
- Pacientes que fazem uso de prótese total ou prótese parcial removível devem receber orientação especial quanto ao momento da retirada da prótese da boca para o atendimento clínico tanto no sentido de não tocar com sua saliva as superfícies do consultório quanto para não levar a mão à boca podendo se contaminar. Da mesma forma, ao reinserir a prótese na boca, atentar para a mesma sequência de cuidados.
- Recomenda-se que os pacientes sejam orientados a higienizar as mãos e antebraços antes e após os tratamentos odontológicos, que sejam atendidos com óculos de proteção e que, ao retornarem às suas casas, sejam orientados a retirar e lavar as roupas que usaram durante o atendimento odontológico, principalmente quando tiverem sido submetidos a procedimentos com geração de aerossol. É importante que o usuário seja orientado a usar máscara de uso pessoal antes e após as consultas odontológicas.
- Em caso de atendimento a pessoa com deficiência ou pessoa com necessidade especial que precise de acompanhante, recomenda-se que os profissionais de saúde bucal aconselhem o acompanhante a seguir as mesmas orientações de higiene das mãos e antebraços após os atendimentos, bem como a usar óculos de proteção durante os procedimentos.

7.7 Processamento de produtos para a saúde

O Processamento dos Produtos para a Saúde (PPS) compreende etapas bem definidas, que devem ser cuidadosamente observadas, a fim de mitigar o risco de infecções cruzadas: pré-limpeza, recepção, limpeza, secagem, avaliação

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

da integridade e da funcionalidade, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição para as unidades consumidoras[77-78].

De acordo com a RDC Anvisa n° 15/2012[79], os produtos para saúde críticos são produtos para a saúde utilizados em procedimentos invasivos com penetração de pele e mucosas adjacentes, tecidos subepiteliais e sistema vascular, incluindo também todos os produtos para saúde que estejam diretamente conectados com esses sistemas; produtos para saúde semicríticos, que entram em contato com pele não íntegra ou mucosas íntegras colonizadas; produtos para saúde não críticos, que entram em contato com pele íntegra ou não entram em contato com o paciente.

Há uma grande possibilidade de contaminação de PPS semicríticos durante os procedimentos odontológicos. Dessa forma, recomenda-se que todos os PPS críticos e os semicríticos termoresistentes utilizados em atendimentos odontológicos sejam submetidos à esterilização[80].

Os estudos demonstram que os dispositivos odontológicos conectados ao ar ou às linhas de água, tais como as peças de mão de alta e baixa velocidade, contra- ângulos de profilaxia, pontas ultrassônicas e sônicas, dispositivos de abrasão a ar e as seringas tríplice apresentam um grande risco de contaminação dos componentes internos após o seu uso, devendo ser também ser esterilizados[81-83].

De maneira a prolongar a vida útil das peças de mão, faz-se necessária a atenção aos procedimentos específicos recomendados na literatura para a limpeza e esterilização desses PPS[83-84].

Considerando os riscos de disseminação do Sars-CoV-2 nos serviços odontológicos, salienta-se a importância de cuidados na execução das etapas do reprocessamento, de forma a evitar a contaminação do profissional e garantir um processo adequado[78]. Dessa forma, torna-se essencial a elaboração e instituição de Protocolos e Procedimentos Operacionais Padrão (POP) voltados para o estabelecimento das boas práticas de processamento de PPS nos serviços odontológicos do país[50,52]. Os documentos devem ser elaborados atendendo às evidências científicas e legislações sanitárias vigentes e seguidos por todos os profissionais envolvidos[48, 49, 83].

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

8 TRATAMENTO DE RESÍDUOS

De acordo com o que se sabe até o momento, o Sars-CoV-2 pode ser enquadrado como agente biológico classe de risco 3, segundo a Classificação de Risco dos Agentes Biológicos[80], publicada em 2017, pelo Ministério da Saúde, sendo sua transmissão de alto risco individual e moderado risco para a comunidade. Dessa forma, todos os resíduos provenientes da assistência a pacientes nos serviços odontológicos devem ser enquadrados na categoria A1, conforme Resolução RDC/Anvisa nº 222/18[73], que estabelece os critérios para o acondicionamento, a coleta interna, o transporte interno, transporte externo e o encaminhamento para o armazenamento externo no abrigo para esses resíduos[12].

Observações:

- Ressalta-se que, apesar de a RDC 222/2018[73] definir que os resíduos da categoria A1 tenham que ser acondicionados em saco vermelho, considerando o contexto da pandemia da Covid-19 no país, onde pode haver escassez de insumos, **excepcionalmente** o serviço de saúde poderá utilizar os sacos brancos leitosos com o símbolo de infectante para acondicionar esses resíduos[12].

- Conforme a RDC/Anvisa nº 222/18[73], os serviços de saúde devem elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS, que é o documento que aponta e descreve todas as ações relativas ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, observadas suas características e riscos, contemplando os aspectos referentes à geração, identificação, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, destinação e disposição final ambientalmente adequada, bem como as ações de proteção à saúde pública, do trabalhador e do meio ambiente.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para minimizar a contaminação e propagação do Sars-CoV-2, faz-se necessária a diligência quanto às ações recomendadas no presente guia. Os profissionais de saúde devem estar organizados e trabalhar em sintonia, desde o acolhimento, triagem clínica até a avaliação de sintomas e definição de casos, para que os usuários não sejam desassistidos e não sofram quaisquer riscos inerentes ao Sars-CoV-2. Além disso, deve-se atentar para os processos de desinfecção, esterilização e limpeza dos instrumentais, equipamentos e ambientes.

Compreende-se que o atendimento a essa orientação caberá aos gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal, tendo em vista as particularidades do território brasileiro e as diversas realidades existentes. A Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB/Desf/Saps/MS) se coloca à disposição para dirimir quaisquer dúvidas de gestores e profissionais de saúde.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

REFERÊNCIAS

1. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia**. 2020. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agoracaracterizada-comopandemia&catid=1272&Itemid=836. Acesso em: 29 dez. 2020.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 454/GM/MS, de 20 de março de 2020**. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587. Acesso em: 1 out. 2020.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus, o que você precisa saber?**. 2020. Disponível em: https://coronavirus.saude.gov.br/. Acesso em: 1 out. 2020.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária a Saúde (SAPS)**. 2020. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/. Acesso em: 10 ago. 2020.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo Coronavírus 2019. Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf. Acesso em: 29 dez. 2020.

6. CHEN, N. *et al*. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. **Lancet**, New York, v. 395, n. 10223, p. 507-513, 2020.

7. MENG, L.; HUA, F.; BIAN, Z. Coronavirus Disease 2019 (Covid-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine. **Journal of Dental Research**, Chicago, v. 99, n. 5, p. 481-487, 2020. DOI:10.1177/0022034.

8. PENG, X. *et al*. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. International. **Journal of Oral Science**, Chengdu, Sichuan, v. 12, n. 9, 2020. https://doi.org/10.1038/s41368-020-0075-9

9. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (Brasil). **O que são emergências e urgências odontológicas?**. 2020. Disponível em: https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/03/CFO-URGENCIAS-E-EMERGENCIAS.pdf. Acesso em: 18 ago. 2020.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 9**. Covid -19 e Atendimento Odontológico no SUS. Brasília, DF: MS, 2020.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.565/GM/MS de 18 de junho de 2020. Estabelece orientações gerais visando à prevenção, ao controle e à mitigação da transmissão da Covid-19, e à promoção da saúde física e mental da população brasileira, de forma a contribuir com as ações para a retomada segura das atividades e o convívio social seguro. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 116, p. 64, 19 jun. 2020.

12. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020**. 2020. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28. Acesso em: 10 ago. 2020.

13. UNASUS. **Universidade Aberta do SUS oferece cursos online gratuitos sobre a COVID-19**. 2020. Disponível em: https://www.unasus.gov.br/noticia/universidadeaberta-do-sus-oferece-cursos-online-gratuitos-sobre-a-covid-19. Acesso em: 3 nov. 2020.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações e manejo de pacientes com Covid-19**. Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/Covid19-Orientac--o--esManejoPacientes.pdf. Acesso em: 3 nov. 2020.

15. UNASUS. **Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde-UNASUS. Especial Coronavirus (Covid -19)**. 2020. Disponível em: https://www.unasus.gov.br/noticia/universidade-aberta-do-sus-oferece-cursos-online-gratuitossobre-a-covid-19. Acesso em: 29 out. 2020.

16. STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; MS, 2002.

17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária. **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)**: versão profissionais de saúde e gestores. Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf. Acesso em: 30 dez. 2020.

18. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 526 de 24 de junho de 2020. Inclui, altera e exclui procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 125, p. 49, 2 jul. 2020.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota Informativa nº 1/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS**. Nota Informativa "Coleta de Swab por Cirurgiões-Dentistas no SUS". Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200618_N_SEIMS-0014975480-NI1COVID19COLETASWABSUS_2002239356930452608.pdf. Acesso em: 3 nov. 2020.

20. BRASIL. Ministério da Saúde. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Câncer de boca**. 2020. Disponível em: https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-boca. Acesso em: 2 out. 2020.

21. BRASIL. Ministério da Saúde. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Relatório sobre o cenário assistencial e epidemiológico do câncer de lábio e cavidade oral no Brasil**. 2020. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/relatorios/relatorio-sobre-o-cenario-assistencial-e-epidemiologico-do-cancer-de-labio-e. Acesso em: 2 out. 2020.

22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Brasil Sorridente**: Câncer de boca. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/cancerboca. Acesso em: 2 out. 2020.

23. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: MS, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf. Acesso em: 30 dez. 2020.

24. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (Brasil). **Resolução CFO nº226/2020, de 04 de junho de 2020**. Dispõe sobre o exercício da Odontologia a distância, mediado por tecnologias, e dá outras providências. Brasília, DF: CFO, 2020. Disponível em: http://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%C3%87%C3%83O/SEC/2020/226. Acesso em: 5 jun. 2020.

25. BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 16/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS**. COVID-19 e atendimento odontológico no SUS. Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200618_N_SEIMS-0014813177-NT16COVID19ATENDIMENTOODONTOLOGICONOSUS_6282583358739045095.pdf. Acesso em: 30 dez. 2020.

26. AZEVEDO, J. S. *et al*. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, p. e00054016, 2017.

27. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília, DF: MS, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf. Acesso em: 30 dez. 2020.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

28. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Covid-19 Manejo da infecção causada pelo novo coronavírus**. 2020. Disponível em: https://mooc.campusvirtual.fiocruz.br/rea/coronavirus/modulo2/aula4.html. Acesso em: 10 ago. 2020.

29. CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **COVID-19**: Guidance por Dental Settings. 2020. Disponível em: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/dental-settings.html. Acesso em: 8 ago. 2020.

30. CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Framework for Healthcare Systems Providing Non-Covid-19 Clinical Care During the Covid-19 Pandemic**. 2020. Disponível em: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/frameworknon-Covid -care.html. Acesso em: 14 jul. 2020.

31. NEW ZEALAND. Ministry of health. **Guidelines for oral health services at Covid-19 Alert Level 2**. 2020. Disponível em: https://www.nzda.org.nz/assets/files/Standards__Guidelines/Dental_Council_and_Ministry_of_Health_Guidelines_for_oral_health_services_at_Covid-19_Alert_Level_2.pd. Acesso em: 15 jun. 2020.

32. FRANCO, J. B.; CAMARGO, A. R. de; PERES, M. P. S. M. Cuidados Odontológicos na era do Covid-19: recomendações para procedimentos odontológicos e profissionais. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v. 74, n. 1, p. 18-21, 2020.

33. CONSOLARO, A. Bochechos de água oxigenada são carcinogênicos, e indicados livremente na internet! Ou clareadores dentários são medicamentos, e não cosméticos!. **Revista Dental Press de Estética**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 34-39, jul./set. 2011.

34. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. Telessaúde. *In*: MACEDO, M. C. S. **O que é telessaúde?**. São Paulo: Unifesp, [20--]. Disponível em: https://www.telessaude.unifesp.br/index.php/institucional/oque-e-telessaude. Acesso em: 2 out. 2020.

35. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 452, de 4 de março de 2010**. Institui no âmbito do Ministério da Saúde a Comissão Permanente de Telessaúde. Brasília, DF: MS, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0452_04_03_2010.html. Acesso em: 3 jun. 2020.

36. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.554, de 28 de outubro de 2011**. Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Brasília, DF: MS, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2554_28_10_2011.html. Acesso em: 3 jun. 2020.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

37. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (Brasil). **Resolução CFO n°228/2020**. Regulamenta o artigo 5º da Resolução CFO 226/2020. Brasília, DF: CFO, 2020. Disponível em: http://www.crosp.org.br/uploads/arquivo/9fb935f04d1b8e4d8eed246b9e82aa0f.pdf. Acesso em: 5 jun. 2020.

38. AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. **ADA's interim guidance**. ©2020. Disponível em: https://www.ada.org/~/media/CPS/Files/Covid/ADA_Covid_Int_Guidance_Treat_Pts.pdf?utm_source=adaorg&utm_medium=covidstatement-200401&utm_content=cv-pm-ebd-interim-response&utm_campaign=Covid-19. Acesso em: 2 abr. 2020.

39. CENTER FOR DISEASE AND CONTROL. **CDC Guidance for Providing Dental Care During Covid-19**. 2020. Disponível em: https://www.cdc.gov/oralhealth/infectioncontrol/statement-Covid.html. Acesso em: 27 abr. 2020.

40. NATIONAL HEALTH SERVICE. **Dental practice**. 2020. Disponível em: https://www.england.nhs.uk/coronavirus/primary-care/dental-practice/. Acesso em: 30 dez. 2020.

41. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **e-SUS Atenção Primária**. Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/ape/esus. Acesso em: 3 nov. 2020.

42. BRASIL. **Lei nº 14.063, de 23 de setembro de 2020**. Dispõe sobre o uso de assinaturas eletrônicas em interações com entes públicos, em atos de pessoas jurídicas e em questões de saúde e sobre as licenças de softwares desenvolvidos por entes públicos; e altera a Lei nº 9.096, de 19 de setembro de 1995, a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, e a Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001. Brasília, DF: Presidência da República, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14063.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20uso%20de,e%20a%20Medida%20Provis%C3%B3ria%20n%C2%BA. Acesso em: 30 dez. 2020.

43. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Implementação do Consultório Virtual na APS**. Brasília, DF: MS, 20 maio 2020. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/noticia/8577. Acesso em: 3 nov. 2020.

44. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Consultório virtual de saúde da família**: manual instrutivo de cadastro dos profissionais de saúde no e-Gestor AB. Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_consultorio_virtual_saude_familia290420_v2.pdf. Acesso em: 3 nov. 2020.

45. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde**. Brasília, DF: Anvisa, 2017. 122 p.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

46. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide**. Genebra: WHO, 2011. Acesso em: 14 jul. 2020. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf. Acesso em: 30 dez. 2020.

47. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: MS, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 30 dez. 2020.

48. BRASIL. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução-RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011**. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html. Acesso em: 30 dez. 2020.

49. BRASIL. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução-RDC n°. 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Anvisa, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 30 dez. 2020.

50. BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011.

51. GAMA, Z. A. S.; SATURNO, P. J. A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. *In*: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília, DF: Anvisa, 2013. p. 29-40.

52. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 06/2020**. Orientações para a prevenção e o controle das infecções pelo novo Coronavírus (Sars-CoV-2) em procedimentos cirúrgicos (Complementar à Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020). Brasília, DF: Anvisa, 2020. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-n-06-2020?category_id=244. Acesso em: 30 dez. 2020.

53. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 07/2020**. Orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por Sars -CoV-2 (Covid -19) dentro dos serviços de saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2020. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-n-07-2021?category_id=244. Acesso em: 30 dez. 2020.

54. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Segurança do paciente**. COVID-19-Arquivos. Brasília, DF: Anvisa, 2020. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/category/Covid-19. Acesso em: 10 ago. 2020.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

55. HARREL, S.K.; MOLINARI, J. Aerosols and splatter in dentistry: a brief review of the literature and infection control implications. **The Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 135, n. 4, p. 429-437, 2004.

56. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Novel Coronavirus (2019-nCoV) technical guidance**. Genebra: WHO, 2020. Disponível em: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus2019. Acesso em: 14 jul. 2020.

57. SIEGEL, J. D. *et al*. **Guideline for Isolation Precautions**: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings (2007). Disponível em: https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html. Acesso em: 14 jul. 2020.

58. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Cartaz Precaução Padrão**. Brasília, DF: Anvisa, 2020. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/cartaz-com-todas-as-precaucoes?category_id=184. Acesso em: 14 jul. 2020.

59. PRECAUÇÕES padrão e adicionais. Brasília, DF: Anvisa, 2020. 1 vídeo (8 min 44 s). Publicado pelo canal Youtube. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=G_tU7nvD5BI&feature=youtu.be. Acesso em: 10 ago. 2020.

60. PRICE, L. *et al*. A systematic review to evaluate the evidence base for the World Health Organization's adopted hand hygiene technique for reducing the microbial load on the hands of healthcare workers. **American Journal of Infection Control**, St. Louis, Mosby, v. 46, n. 7, p. 814-823, 2018.

61. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Nota Técnica Nº 01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA**. Orientações gerais para higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2018. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/nota-tecnica-n-01-2018-gvims-ggtes-anvisa-orientacoes-gerais-para-higiene-das-maos-em-servicos-de-saude-2. Acesso em: 30 dez. 2020.

62. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Segurança do paciente em serviços de saúde**: higienização das mãos. Brasília, DF: Anvisa, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf. Acesso em: 30 dez. 2020.

63. BRASIL. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução-RDC n° 42, de 25 de outubro de 2010**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país e dá outras providências. Brasília, DF: Anvisa, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042_25_10_2010.html. Acesso em: 30 dez. 2020.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

64. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Your 5 moments for hand hygiene dental care**. 2012. Disponível em: https://www.who.int/gpsc/5may/dental-care.pdf?ua=1. Acesso em: 10 ago. 2020.

65. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 7256:2005**: Tratamento de ar em estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) - Requisitos para projeto e execução das instalações. Rio de Janeiro: ABNT, 2005.

66. COCHRANE ORAL HEALTH. **Recommendations for the re-opening of dental services**: a rapid review of international sources. Covid -19 Dental Services Evidence Review (CoDER) Working Group. Version 1.3 – 16 th May 2020 includes 16 countries (5 new added). Disponível em: https://oralhealth.cochrane.org/sites/oralhealth.cochrane.org/files/public/uploads/covid19_dental_review_16_may_2020_update.pdf. Acesso em: 2 out. 2020.

67. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO. **Consenso Abeno**: biossegurança no ensino odontológico pós-pandemia da COVID-19. Organização por Fabiana Schneider Pires e Vania Fontanella. Porto Alegre: Abeno, 2020. 86 p.

68. VAN DOREMALEN, N. *et al*. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 382, n. 16, p. 1564-1567, 2020.

69. CHECCHI, V. *et al*., Covid -19 dentistry-related aspects: a literature overview. **International Dental Journal**, London, p. 1-7, ©2020. DOI:10.1111/idj.12601.

70. EPSTEIN, J. B.; CHOW, K.; MATHIAS, R. Dental procedure aerosols and Covid-19. **The Lancet Infectious Diseases**, New York, 10 Aug. 2020. DOI:10.1016/S1473-3099(20)30636-8.

71. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (Brasil). **Manual de boas práticas em biossegurança para ambientes odontológicos**. 2020. Disponível em: https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/04/cfo-lanc%CC%A7a-Manual-de-Boas-Pra%CC%81ticas-em-Biosseguranc%CC%A7a-para-Ambientes-Odontologicos.pdf. Acesso em: 9 ago. 2020.

72. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (Brasil). **Biossegurança e desinfecção de materiais de moldagem e moldes para profissionais de prótese dentária (Cirurgiões Dentistas e TPD)**. 2020. Disponível em: https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Manual-Desinfeccao-2.pdf. Acesso em: 9 ago. 2020.

73. BRASIL. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC nº. 222 de 28 de março de 2018: Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 61, p. 76, 29 mar. 2018.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

74. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Serviços odontológicos prevenção e controle de riscos**. Brasília, DF: Anvisa, 2006. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=271950&_101_type=document. Acesso em: 8 ago. 2020.

75. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, 2008**. 2019. Disponível em: https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/disinfection-guidelines-H.pdf. Acesso em: 8 ago. 2020.

76. BRASIL. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC nº. 222 de 28 de março de 2018. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 61, p. 76, 29 mar. 2018.

77. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Segurança do paciente em serviços de saúde**: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília, DF: Anvisa, 2012. 118 p.

78. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Processamento de produtos para saúde - ensino à distância (EAD)**. Brasília, DF: Anvisa, 2019.

79. BRASIL. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução RDC nº. 15 de 15 de março de 2015**. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Anvisa, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html. Acesso em: 30 dez. 2020.

80. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Serviços odontológicos prevenção e controle de riscos**. Brasília, DF: Anvisa, 2006. Disponível em: https://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/manual_odonto.pdf. Acesso em: 8 ago. 2020.

81. HIN, J. R.; MILLER, C. H.; PALENIK, C. J. Internal contamination of air-driven low-speed handpieces and attached prophy angles. **The Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 137, n. 9, p. 1275-1280, 2006.

82. TURA, F. *et al*. Avaliação da contaminação interna em canetas de alta rotação na prática clínica. **Brazilian Dental Science**, São Paulo, v. 14, n. 3/4, 18-26, 2011.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

83. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Summary of infection prevention practices in dental settings**: basic expectations for safe care. Atlanta, GA: CDC; US Dept of Health and Human Services, Oct. 2016.

84. ALVARENGA, C. F. *et al*. Descontaminação de canetas de alta-rotação: um desafio para o controle de infecção em Odontologia. **Revista da ABO**: Associação Brasileira de Odontologia, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 436-440, 2010.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

ANEXOS

Anexo A – Precauções-padrão, precauções de contato e precauções para aerossóis

Fonte: Anvisa.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Anexo B – Como higienizar as mãos com preparação alcoólica

Fonte: Anvisa; OPAS/OMS, 2020[28].

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Anexo C – Como higienizar as mãos com água e sabonete líquido

Fonte: Anvisa; OPAS/OMS, 2020[29].

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Anexo D – Descontaminação de moldagens

Moldagem/estrutura protética	Descontaminação
Alginato	Utilizar algodão ou gaze embebido em hipoclorito de sódio a 1% utilizando almotolias e acondicionar em saco plástico fechado por 10 minutos
Elastômeros	Devem permanecer imersos durante pelo menos 10 min em hipoclorito de sódio a 1% ou glutaraldeído a 2%
Modelos de gesso	Deverão ser imersos em solução de água de gesso com hipoclorito de sódio a 0,5%, durante 30 minutos e secar naturalmente.
Dispositivos de prova	Orienta-se a imersão em álcool a 70% durante 5 minutos.
Próteses acrílicas	Orienta-se a imersão em solução de hipoclorito de sódio a 1% durante 10 minutos.
Próteses com partes metálicas	Orienta-se a imersão em solução de clorexidina a 0,2% durante 10 minutos.

Fonte: Adaptado do documento ABENO, 2O2O.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. Responda a pesquisa disponível por meio do link: https://ncv.microsoft.com/BazoIU6zAn

ISBN 978-85-334-2886-7

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

DISQUE SAÚDE 136

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br

SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE | PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

CORONAVÍRUS
COVID-19

NOTA INFORMATIVA Nº 17/2020- SE/GAB/SE/MS

ORIENTAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA MANUSEIO MEDICAMENTOSO PRECOCE DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DA COVID-19

ESTA NOTA INFORMATIVA SUBSTITUI A NOTA INFORMATIVA Nº 11/2020-SE/GAB/SE/MS, DE 15 DE JUNHO DE 2020, QUE SUBSTITUIU A NOTA INFORMATIVA Nº 9/2020-SE/GAB/SE/MS, DE 20 DE MAIO DE 2020

O caráter desta nota é informativo. Portanto, informa-se que **não se trata de um protocolo clínico** e que não vincula o prescritor, cabendo ao profissional médico assistente do paciente, avaliar e definir os medicamentos que serão prescritos em cada caso específico (vide Nota Explicativa Nº 27).

2ª Edição

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

CORONAVÍRUS
COVID-19

SUMÁRIO

1 – Apresentação

2 – Orientações do Ministério da Saúde para Manuseio Medicamentoso Precoce de Pacientes Adultos com Diagnóstico da **COVID-19**, conforme a Classificação dos Sinais ou Sintomas

3 – Orientações do Ministério da Saúde para Manuseio Medicamentoso Precoce de Pacientes Pediátricos com Diagnóstico da **COVID-19**, conforme a Classificação dos Sinais ou Sintomas

4 – Orientações do Ministério da Saúde para Manuseio Medicamentoso Precoce de Gestantes com Diagnóstico da **COVID-19**, conforme a Classificação dos Sinais ou Sintomas

5 – Notas Explicativas

6 – Informações Complementares

Referências

Anexo - Termo de Ciência e Consentimento

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

1. APRESENTAÇÃO

1. Considerando que cabe ao Ministério da Saúde acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais, nos termos da Constituição Federal e da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990;

2. Considerando que a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu, em 11 de março de 2020, a **COVID-19** como pandemia;

3. Considerando que o Ministério da Saúde do Brasil reconheceu a existência de transmissão comunitária em todo território nacional, em 20 de março de 2020;

4. Considerando que até o momento não existem evidências científicas robustas que possibilitem a indicação de terapia farmacológica específica para a **COVID-19**;

5. Considerando que a manutenção do acompanhamento da comunidade científica dos resultados de estudos com medicamentos é de extrema relevância para atualizar periodicamente as orientações para o tratamento da **COVID-19**,

6. Considerando que existem muitos medicamentos em teste, com muitos resultados sendo divulgados diariamente, e vários destes medicamentos têm sido promissores em testes de laboratório e por observação clínica, mesmo com muitos ensaios clínicos ainda em análise;

7. Considerando que alguns Estados, Municípios e hospitais da rede privada já estabeleceram protocolos próprios de uso da cloroquina e da hidroxicloroquina para tratamento da **COVID-19**;

8. Considerando a necessidade de uniformização da informação para os profissionais da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

9. Considerando a existência de diversos estudos sobre o tratamento da **COVID-19**;

10. Considerando a larga experiência do uso da cloroquina e da hidroxicloroquina no tratamento de outras doenças infecciosas e de doenças crônicas no âmbito do SUS e a inexistência, até o momento, de outro tratamento eficaz disponível para a **COVID-19**;

11. Considerando a necessidade de orientar o uso de fármacos notratamento precoce da **COVID-19**, no âmbito do SUS pelos médicos;

12. Considerando a necessidade de reforçar que a autoprescrição dos medicamentos aqui orientados pode resultar em prejuízos à saúde e/ou redução da oferta para pessoas com indicação precisa para o seu uso;

13. Considerando a necessidade de avaliação médica adequada dos pacientes por meio de anamnese, exame físico e, quando indicado, exames complementares nos esta-

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

belecimentos de saúde do SUS para que seja feito o diagnóstico clínico;

14. Considerando que o Ministério da Saúde do Brasil classificou como pertencentes ao grupo de risco “Grávidas em qualquer idade gestacional e puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal)”;

15. Considerando que os dados atuais não sugerem um aumento do risco de aborto ou perda precoce da gravidez em mulheres grávidas com **COVID-19**;

16. Considerando que as modificações fisiológicas e os adventos que podem ocorrer na gestação podem dificultar o diagnóstico de **COVID-19**;

17. Considerando que os dados de literatura não apontam que a gestação torne a paciente mais suscetível ao novo coronavírus do que a população geral;

18. Considerando que os resultados das diversas modificações fisiológicas da gestação, podem levar a um risco teórico maior de desenvolver a doença grave por **CO- VID-19**, em particular pneumonia e insuficiência respiratória;

19. Considerando que estudos retrospectivos envolvendo gestantes com **COVID-19** demonstram que suas características clínicas são semelhantes às de mulheres adultas não grávidas;

20. Considerando que não dispomos, até o momento, de tratamento específico para a **COVID-19** em gestantes ou destinado aos pacientes pediátricos;

21. Considerando que o fosfato de Oseltamivir já tem seu uso recomendado em gestantes com síndromes gripais;

22. Considerando que doses baixas de cloroquina são usadas para profilaxia da malária na gravidez;

23. Considerando que diversas instituições, tanto internacionais quanto nacionais, preconizam o uso da cloroquina ou da hidroxicloroquina em pacientes com diagnóstico de **COVID-19**;

24. Considerando que o artigo científico publicado pela Escola de Saúde Pública de Yale (New Haven, Connecticut - EUA), que avaliou cerca de 300.000 doentes infectados, através de 5 estudos, incluindo 2 ensaios clínicos controlados, demonstrou uma eficácia significativa no tratamento ambulatorial com uso de hidroxicloroquina, e concluíram que a hidroxicloroquina deve estar amplamente disponível e distribuída imediatamente para prescrição médica;

25. Considerando que a hidroxicloroquina não apresenta contraindicações absolutas durante a gestação, que vem sendo usada com segurança durante o período gra-

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

vídico no tratamento de doenças autoimunes desde a década de 40 devido à sua ação imunomoduladora, antipirética e anti-inflamatória, e que não há estudos científicos que associam o uso da hidroxicloroquina e cloroquina à presença de malformações fetais;

26. Considerando que, como em toda a prática médica, a análise do risco-benefício individual deve ser cuidadosamente feita antes do uso de agentes terapêuticos, considerando o benefício potencial para a mãe e a segurança do feto;

27. Considerando que a **COVID-19** apresenta-se com um amplo espectro clínico, variando de quadros assintomáticos a graves e que o período de incubação habitual é de 4 a 6 dias, mas pode variar entre 2 a 14 dias;

28. Considerando que os pacientes com **COVID-19** podem apresentar uma rápida deterioração clínica;

29. Considerando que a prescrição de todo e qualquer medicamento é prerrogativa do médico, e que o tratamento do paciente suspeito ou portador de **COVID-19** deve ser baseado na autonomia do paciente ou de seu responsável legal, caso o paciente esteja incapacitado ou seja menor de idade, por meio do termo de consentimento livre e esclarecido, e deve também respeitar a autonomia do médico, com o intuito de qualificar a relação médico-paciente para oferecer o melhor tratamento disponível no momento;

30. Considerando que o Conselho Federal de Medicina recentemente propôs a consideração da prescrição de cloroquina e hidroxicloroquina pelos médicos, em condições excepcionais, mediante o livre consentimento esclarecido do paciente, para o tratamento da **COVID-19** (PROCESSO CONSULTA CFM nº 8/2020 – PARECER CFM Nº 4/2020);

31. O Ministério da Saúde, com o objetivo de ampliar o acesso dos pacientes a tratamento medicamentoso no âmbito do SUS, publica as seguintes orientações para tratamento medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico de **COVID-19**.

2. ORIENTAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA MANUSEIO MEDICAMENTOSO PRECOCE DE PACIENTES ADULTOS COM DIAGNÓSTICO DA COVID-19, CONFORME A CLASSIFICAÇÃO DOS SINAIS OU SINTOMAS

CORONAVÍRUS COVID-19

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

SINAIS E SINTOMAS LEVES	SINAIS E SINTOMAS MODERADOS	SINAIS DE GRAVIDADE
• *Anosmia* • *Ageusia* • *Coriza* • *Diarreia* • *Dor abdominal* • *Febre* • *Mialgia* • *Tosse* • *Fadiga* • *Cefaleia*	• *Tosse persistente + febre persistente diária ou* • *Tosse persistente + piora progressiva de outro sintoma relacionado a COVID-19 (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia) ou* • *Pelo menos um dos sintomas acima + presença de fator de risco*	• *Síndrome Respiratória Aguda Grave – Síndrome Gripal que apresente:* • *Dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no Tórax OU saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada de lábios ou rosto*

Orientação para prescrição em PACIENTES ADULTOS	FASE 1 1º AO 5º DIA	FASE 2 6º AO 14º DIA	FASE 3 APÓS O 14º DIA
SINAIS E SINTOMAS LEVES	***Difosfato de Cloroquina*** *=D1: 500mg 12/12h (300 mg de cloroquina base)* *=D2 ao D5: 500 mg 24/24h (300 mg de cloroquina base)* **+** ***Azitromicina*** *=500mg 1x ao dia, durante 5 dias* *Ou* ***Sulfato de Hidroxicloroquina*** *=D1: 400mg 12/12h* *=D2 ao D5: 400mg 24/24h* *+* ***Azitromicina*** *=500mg 1x ao dia, durante 5 dias*		***Prescrever medicamento sintomático***

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

CORONAVÍRUS
COVID-19

Orientação para prescrição em PACIENTES ADULTOS	FASE 1 1º AO 5º DIA	FASE 2 6º AO 14º DIA	FASE 3 APÓS O 14º DIA
SINAIS E SINTOMAS MODERADOS	***Considerar a Internação Hospitalar*** *- Afastar outras causas de gravidade* *- Avaliar presença de infecção bacteriana* *- Considerar imunoglobina humana* *- Considerar anticoagulação* *- Considerar corticoterapia*		
	Difosfato de cloroquina *=D1: 500 mg 12/12h (300 mg de cloroquina base)* *=D2 ao D5: 500 mg 24/24h (300 mg de cloroquina base)* + ***Azitromicina*** *=500mg 1x ao dia, durante 5 dias* *Ou* ***Sulfato de hidroxicloroquina*** *=D1: 400mg 12/12h* *=D2 ao D5: 400mg 24/24h* + ***Azitromicina*** *=500mg 1x ao dia, durante 5 dias*		

CORONAVÍRUS
COVID-19

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Orientação para prescrição em PACIENTES ADULTOS	FASE 1 1º AO 5º DIA	FASE 2 6º AO 14º DIA	FASE 3 APÓS O 14º DIA
SINAIS E SINTOMAS GRAVES	***Internação hospitalar*** *- Afastar outras causas de gravidade* *- Avaliar presença de infecção bacteriana* *- Considerar imunoglobina humana* *- Considerar anticoagulação* *- Considerar pulsoterapia com corticóide* ***Sulfato de hidroxicloroquina*** *=D1: 400mg 12/12h* *=D2 ao D5: 400mg 24/24h* + ***Azitromicina*** *=500mg 1x ao dia, durante 5 dias*		

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

3. ORIENTAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA MANUSEIO MEDICAMENTOSO PRECOCE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS COM DIAGNÓSTICO DA COVID-19, CONFORME A CLASSIFICAÇÃO DOS SINAIS OU SINTOMAS

SINAIS E SINTOMAS LEVES	SINAIS E SINTOMAS MODERADOS	SINAIS DE GRAVIDADE
• *Anosmia* • *Ageusia* • *Coriza* • *Diarreia* • *Dor abdominal* • *Febre* • *Mialgia* • *Tosse* • *Fadiga* • *Cefaleia*	• *Tosse persistente + febre persistente diária ou* • *Tosse persistente + piora progressiva de outro sintoma relacionado a* **COVID-19** *(adinamia, prostração, hiporexia, diarreia) ou* • *Pelo menos um dos sintomas acima + presença de fator de risco*	• *Taquipneia: ≥ 70 rpm para menores do que 1 ano; ≥ 50 rpm para crianças maiores do que 1 ano;* • *hipoxemia;* • *desconforto respiratório;* • *alteração da consciência;* • *desidratação;* • *dificuldade para alimentação;* • *lesão miocárdica;* • *elevação de enzimas hepáticas;* • *disfunção da coagulação;* • *rabdomiólise;* • *qualquer outra manifestação de lesão em órgãos vitais*

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

CORONAVÍRUS
COVID-19

Orientação para prescrição em PACIENTES PEDIATRICOS	FASE 1 1º AO 5º DIA	FASE 2 6º AO 14º DIA	FASE 3 APÓS O 14º DIA
SINAIS E SINTOMAS LEVES *Somente prescrever se estiverem presentes fatores de risco como: diabetes, hipertensão arterial, obesidade, asma grave, disfunções orgânicas crônicas, cardiopatias congênitas ou adquiridas, pneumopatia crônica, doença neurológica crônica e imunodeficiência.*	***Cloroquina base*** *6 mg/kg/dia de cloroquina base por 5 dias, 1 vez ao dia (máximo de 300 mg cloroquina base)* + ***Azitromicina*** *10mg/kg no 1º dia seguida de 5mg/kg/ dia por 4 dias, limite de 500mg/dia* *Ou* ***Sulfato de hidroxicloroquina*** *6 mg/kg/dia por 5 dias, 1 vez ao dia (máximo: 400 mg/dia)* + ***Azitromicina*** *10mg/kg no 1º dia seguida de 5mg/kg/ dia por 4 dias, limite de 500mg/dia* *Oseltamivir por até 5 dias até exclusão de Influenza*	***Cloroquina base*** *6 mg/kg/dia de cloroquina base por 5 dias, 1 vez ao dia (máximo de 300 mg cloroquina base)* + ***Azitromicina*** *10mg/kg no 1º dia seguida de 5mg/kg/ dia por 4 dias, limite de 500mg/dia* *Ou* ***Sulfato de hidroxicloroquina*** *6 mg/kg/dia por 5 dias, 1 vez ao dia (máximo: 400 mg/dia)* + ***Azitromicina*** *10mg/kg no 1º dia seguida de 5mg/kg/ dia por 4 dias, limite de 500mg/dia*	***Prescrever medicamento sintomático***

CORONAVÍRUS
COVID-19

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

<table>
<tr><th>Orientação para prescrição em PACIENTES PEDIÁTRICOS</th><th>FASE 1
1º AO 5º DIA</th><th>FASE 2
6º AO 14º DIA</th><th>FASE 3
APÓS O 14º DIA</th></tr>
<tr><td rowspan="2">SINAIS E SINTOMAS MODERADOS</td><td colspan="3">Considerar internação hospitalar se saturação de oxigênio for menor que 94% em ar ambiente.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Cloroquina base
6 mg/kg/dia de cloroquina base por 5 dias, 1 vez ao dia (máximo de 300 mg cloroquina base)
+
Azitromicina
10mg/kg no 1º dia seguida de 5mg/kg/ dia por 4 dias, limite de 500mg/dia

Ou

Sulfato de hidroxicloroquina
6 mg/kg/dia por 5 dias, 1 vez ao dia (máximo: 400 mg/dia)
+
Azitromicina
10mg/kg no 1º dia seguida de 5mg/kg/ dia por 4 dias, limite de 500mg/dia

Oseltamivir por até 5 dias até exclusão de Influenza</td><td>Afastar outras causas de gravidade

Avaliar presença de coinfecção bacteriana

Considerar realização de TC e exames laboratoriais

Avaliar necessidade de internação</td></tr>
</table>

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Orientação para prescrição em PACIENTES PEDIÁTRICOS	FASE 1 1º AO 5º DIA	FASE 2 6º AO 14º DIA	FASE 3 APÓS O 14º DIA
SINAIS E SINTOMAS GRAVES	***Internação hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica*** ***Cloroquina base*** *6 mg/kg/dia de cloroquina base por 5 dias, 1 vez ao dia (máximo de 300 mg cloroquina base)* + ***Azitromicina*** *10mg/kg no 1º dia seguida de 5mg/kg/ dia por 4 dias, limite de 500mg/dia* *Ou* ***Sulfato de hidroxicloroquina*** *6 mg/kg/dia por 5 dias, 1 vez ao dia (máximo: 400 mg/dia)* + ***Azitromicina*** *10mg/kg no 1º dia seguida de 5mg/kg/ dia por 4 dias, limite de 500mg/dia* *Oseltamivir por até 5 dias até exclusão de Influenza*		

3.1. Síndrome Inflamatória Multissistêmica em Crianças e Adolescentes provavelmente relacionada à COVID-19 (PMIS-Covid-19)

• Definição de caso provável segundo a OMS:

Crianças e adolescentes de 0 a 19 anos com febre ≥ 3 dias

+

Dois (2) dos seguintes achados:

1. Exantema ou conjuntivite não purulenta bilateral ou sinais de inflamação mucocutânea (orais, mãos ou pés).
2. Hipotensão ou choque.
3. Características de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

anormalidades coronárias (incluindo achados do ecocardiograma ou elevações de troponina/próBNP).

4. Evidência de coagulopatia (TP, TTPA, D-dímero elevado).

5. Problemas gastrointestinais agudos (diarreia, vômito ou dor abdominal).

E

Marcadores de inflamação elevados, como VHS, PCR ou procalcitonina.

E

Nenhuma outra causa de inflamação microbiana, incluindo sepse bacteriana, síndromes de choque estafilocócico ou estreptocócico.

E

Evidência de COVID-19 (RT-PCR, teste antigênico ou sorologia positiva) ou provável contato com pacientes com COVID-19.

Os pacientes descritos na Europa e Estados Unidos apresentaram uma síndrome inflamatória multissistêmica, com manifestações clínicas e alterações dos exames complementares similares às observadas em crianças e adolescentes com síndrome de Kawasaki, Kawasaki incompleto e/ou síndrome do choque tóxico.

Crianças e adolescentes diagnosticadas com este quadro após o início da epidemia de SARS-CoV-2 podem apresentar idade significantemente mais elevada e maiores taxas de envolvimento cardíaco, além de características de síndrome de ativação macrofágica comparados aos pacientes com síndrome de Kawasaki anteriores à pandemia da COVID-19.

Todas as crianças e adolescentes com o referido quadro devem ser tratadas como suspeitos de COVID-19. Os pediatras devem estar alertas para o pronto reconhecimento destes casos, incluindo crianças com febre prolongada e não esclarecida, possibilitando o reconhecimento e o manejo adequado e oportuno, durante a hospitalização nos serviços de emergência, enfermarias e/ou unidades de terapia intensiva.

3.2. Abordagem terapêutica da PMIS-Covid-19

Considerando que os casos relatados ocorreram dias ou semanas após a COVID-19, sugerindo que esta síndrome inflamatória pode ser uma complicação tardia caracterizada por resposta imunológica desproporcional à infecção, e que alguns pacientes relatados apresentaram marcadores de função miocárdica elevados (troponina e pró-BNP), não

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

estaria indicado o uso de medicamentos antivirais a princípio. São considerações importantes quanto à abordagem terapêutica:

- Uso apropriado de equipamento de proteção individual (EPI).
- Atentar para a possibilidade de rápida deterioração e agravamento da inflamação.
- Antibioticoterapia empírica deve ser iniciada de acordo com os protocolos locais de sepse após coleta de hemoculturas.
- Coleta de exames complementares: hemograma completo, urina tipo 1, eletrólitos, coagulograma com fibrinogênio, D-dímero, triglicérides, ferritina, troponina, pró-BNP, CK, sorologias, hemocultura, urocultura.
- Solicitar painel viral respiratório, com pesquisa de SARS-CoV-2 por RT-PCR e sorologia para SARS-CoV-2.
- Discutir precocemente com equipe de emergência pediátrica, medicina intensiva pediátrica, infectologia e reumatologia pediátricas.
- Considerar a infusão de imunoglobulina intravenosa (2g/kg) e ácido acetil-salicílico (80 mg/kg/dia de 6/6 horas, reduzindo para 3 – 5 mg/kg/dia 1 vez ao dia após 48 horas sem febre) nos casos que preencham critérios para síndrome de Kawasaki.

Ponderar também sobre o uso da imunoglobulina intravenosa se forem preenchidos os critérios para a síndrome do choque tóxico.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

4. ORIENTAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA MANUSEIO MEDICAMENTOSO PRECOCE DE GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DA COVID-19, CONFORME A CLASSIFICAÇÃO DOS SINAIS OU SINTOMAS

SINAIS E SINTOMAS LEVES	SINAIS E SINTOMAS MODERADOS	SINAIS DE GRAVIDADE
• *Anosmia* • *Ageusia* • *Coriza* • *Diarreia* • *Dor abdominal* • *Febre* • *Mialgia* • *Tosse* • *Fadiga* • *Cefaleia*	• *Tosse persistente + febre persistente diária ou* • *Tosse persistente + piora progressiva de outro sintoma relacionado a COVID-19 (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia) ou* • *Pelo menos um dos sintomas acima + presença de fator de risco*	• *Síndrome Respiratória Aguda Grave – Síndrome Gripal que apresente:* • *Dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no Tórax OU saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada de lábios ou rosto* • *Hipotensão*

Orientação para prescrição em GESTANTES	FASE 1 1º AO 5º DIA	FASE 2 6º AO 14º DIA	FASE 3 APÓS O 14º DIA
SINAIS E SINTOMAS LEVES	***Difosfato de cloroquina*** *=D1: 500mg 12/12h (300 mg de cloroquina base)* *=D2 ao D5: 500 mg 24/24h (300 mg de cloroquina base)* **+** ***Azitromicina*** *=500mg 1x ao dia, durante 5 dias*		***Prescrever medicamento sintomático***

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Orientação para prescrição em GESTANTES	FASE 1 1º AO 5º DIA	FASE 2 6º AO 14º DIA	FASE 3 APÓS O 14º DIA
SINAIS E SINTOMAS MODERADOS	***Difosfato de cloroquina*** *=D1: 500 mg 12/12h (300 mg de cloroquina base)* *=D2 ao D5: 500 mg 24/24h (300 mg de cloroquina base)* + ***Azitromicina*** *=500mg 1x ao dia, durante 5 dias*		Afastar outras causas de gravidade (Pré-eclâmpsia e HELLP). Avaliar presença de infecção bacteriana. Considerar realização de TC e exames laboratoriais. Avaliar necessidade de internação. Avaliação fetal com Ecografia por risco de Restrição de Crescimento Intra-Uterino. Não há contra-indicação da amamentação (observar cuidados com máscara e lavagem das mãos). Via de parto por indicação obstétrica.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Orientação para prescrição em GESTANTES	FASE 1 1º AO 5º DIA	FASE 2 6º AO 14º DIA	FASE 3 APÓS O 14º DIA
SINAIS E SINTOMAS GRAVES	***Internação hospitalar*** *- Afastar outras causas de gravidade* *- Avaliar presença de infecção bacteriana* *- Considerar imunoglobina humana* *- Considerar anticoagulação* *- Considerar pulsoterapia com corticóide* *- Considerar uso de corticóide para maturação pulmonar conforme protocolos convencionais* *- Se Síndrome respiratória aguda grave, antecipar a resolução do parto (considerar parto instrumental/via alta)* ***Difosfato de cloroquina*** *=D1: 500 mg 12/12h (300 mg de cloroquina base)* *=D2 ao D5: 500 mg 24/24h (300 mg de cloroquina base)* *+* ***Azitromicina*** *=500mg 1x ao dia, durante 5 dias*		

5. NOTAS EXPLICATIVAS

1. Apesar de serem medicações utilizadas em diversos protocolos e de possuí- rem atividade in vitro demonstrada contra o coronavírus, ainda não há meta-análises de ensaios clinicos multicêntricos, controlados, cegos e randomizados que comprovem o beneficio inequívoco dessas medicações para o tratamento da COVID-19. Assim, fica a critério do médico a prescrição, sendo necessária também a vontade declarada do paciente, conforme modelo anexo. No caso de pacientes pediátricos ou de pacientes incapacitados, é necessário o termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelos pais ou responsáveis legais, esclarecendo os possíveis efeitos adversos da medicação.

2. O uso das medicações está condicionado à avaliação médica, com realização de anamnese, exame físico e exames complementares, em Unidade de Saúde.

3. Os critérios clínicos para início do tratamento em qualquer fase da doença não excluem a necessidade de confirmação laboratorial e radiológica.

4. São contra-indicações absolutas ao uso da Hidroxicloroquina: retinopatia/maculopatia secundária ao uso do fármaco já diagnosticada, hipersensibilidade ao fármaco e

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

miastenia grave.

5. Não há necessidade de ajuste da dose de hidroxicloroquina para insuficiência renal (somente se a taxa de filtração glomerular for menor que 15) ou insuficiência hepática.

6. O risco de retinopatia é menor com o uso da hidroxicloroquina. A retinotoxicidade relaciona-se com a dose acumulada. No caso da cloroquina, o risco aumenta de modo significativo quando a dose cumulativa excede 300 gramas. No caso da hidroxicloroquina, há maior risco com doses cumulativas que ultrapassam 1.000 gramas.

7. Não coadministrar hidroxicloroquina com amiodarona e flecainida. Há interação moderada da hidroxicloroquina com: digoxina (deve haver monitoramento), ivabradina e propafenona, etexilato de dabigatrana (reduzir dose de 220 mg para 110 mg), edoxabana (reduzir dose de 60 mg para 30 mg). Há interação leve com verapamil (diminuir dose) e ranolazina.

8. Em crianças, dar sempre prioridade ao uso de hidroxicloroquina pelo risco de toxicidade da cloroquina.

9. Cloroquina deve ser usada com precaução em portadores de doenças cardíacas, hepáticas ou renais, hematoporfiria e doenças mentais.

10. Cloroquina deve ser evitada em associação com: clorpromazina, clindamicina, estreptomicina, gentamicina, heparina, indometacina, tiroxina, isoniazida e digitálicos.

11. Avalie as interações com outros medicamentos, especialmente em pacientes críticos ou oncológicos. Medicamentos que podem prolongar o intervalo QT incluem: azitromicina, voriconazol, ondasetrona, metadona, ciprofloxacina, clorpromazina, cisaprida, risperidona e domperidona. Se QTc for superior a 450 milissegundos, não se deve iniciar a hidroxicloroquina. Se prolongamento do QTc for acima de 25% da linha de base, o tratamento deve ser suspenso.

12. Para pacientes hospitalizados com sinais de gravidade e evidências laboratoriais de “tempestade de citocinas”, considerar anticoagulação e pulsoterapia com corticóide. Antes do primeiro pulso de corticoterapia, realizar profilaxia anti-helmíntica.

13. Para pacientes com sinais e sintomas moderados, considerar anticoagulação profilática se a oximetria estiver abaixo de 95% ou na presença de qualquer sinal ou sintoma respiratório (tosse, dispnéia etc.) quando não for possível realizar a oximetria.

14. Para pacientes hospitalizados, observar e iniciar o tratamento precoce para pneumonia nosocomial, conforme protocolo da Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH) local.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

15. Nos pacientes com deficiência ou presunção de deficiência de vitamina D, considerar a reposição conforme necessidade clínica.

16. Investigar e tratar anemia.

17. Considerar a administração de sulfato de zinco concomitante ao tratamento com cloroquina/hidroxicloroquina + azitromicina.

18. Monitorar o uso de anticoagulantes.

19. Exames laboratoriais de relevância na COVID-19: hemograma completo, TP, TTPA, fibrinogênio, D-dímero, proteína C-reativa (de preferência ultra sensível); AST (TGO), ALT (TGP), Gama-GT, creatinina, uréia, glicemia, ferritina, Desidrogenase Lática, troponina, CK-MB, Pró-BNP, 25 OHVitamina D, íons (Na/K/Ca/Mg), RT-PCR SARS--Cov-2, sorologia ELISA IGM IGG para SARS-Cov-2, teste molecular rápido para coronavírus.

20. Exames complementares de relevância na COVID-19: Eletrocardiograma e Tomografia Computadorizada de TÓRAX.

21. A Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda a realização de Eletrocardiograma (ECG) em adultos no primeiro, terceiro e quinto dias do tratamento com cloroquina ou hidroxicloroquina com associação eventual com azitromicina. Em pacientes pediátricos, realizar ECG antes da introdução de Cloroquina ou Hidroxicloroquina e monitoramento cardíaco durante a hospitalização, com controle do ECG em 48 horas.

22. Cada comprimido de 250 mg de Difosfato de Cloroquina equivale a 150 mg de cloroquina base. A dose máxima diária de cloroquina base não deve exceder 25 mg/Kg.

23. Para crianças com quadro sistêmico grave e que apresentem elevação do Ddímero acima de 3 vezes o valor de referência normal, considerar anticoagulação.

24. Crianças com asma devem manter o seu tratamento ambulatorial (corticosteroides inalados, broncodilatadores de longa ação, imunobiológicos ou imunoterapia).

25. No âmbito do enfrentamento à pandemia, o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS) produz sínteses de evidências científicas para subsidiar a tomada de decisão do gestor federal do Sistema Único de Saúde. Desta forma, cabe destacar que produz os INFORMES DIÁRIOS DE EVIDÊNCIAS - COVID-19 com o objetivo de informar sobre as principais evidências científicas descritas na literatura internacional sobre tratamento farmacológico para a COVID-19. Além de resumir cada estudo identificado, os informes apresentam uma avaliação da qualidade metodológica e a quantidade de artigos publicados, de acordo com a sua classificação metodológica (revisões sistemá-

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

ticas, ensaios clínicos randomizados, entre outros). Os informes são elaborados desde 06 de abril de 2020. Até o momento, foram produzidos 71 informes, o que corresponde a um total de mais de 1000 artigos analisados. Os informes podem ser consultados em, https://coronavirus.saude.gov.br/profissional-gestor. As evidências sobre prevenção e tratamento da COVID-19 são objeto de constante monitoramento desse Departamento, pois trata-se de informação crucial no enfrentamento da pandemia.

26. Em cumprimento à decisão proferida nos autos da Ação Civil Pública nº 5030353-65.2020.4.02.5101/RJ, da 15ª Vara Federal do Rio de Janeiro, conforme Parecer de Força Executória nº 00034/2020/CGJ/PRU2R/PGU/AGU, de 03/07/2020 (http://saude.gov.br/images/pdf/2020/July/16/decisao-judicial.pdf) são partes integrantes do presente documento:

I) Ofício nº 69/2020/VICE-PRES GESTÃO DESENVOL INSTITUCIONAL/ FIOCRUZ, de 08/06/2020:

http://saude.gov.br/images/pdf/2020/July/16/OFICIO-69-2020-VICE-PRES-GESTAO-DESENVOL-INSTITUCIONAL-FIOCRUZ.pdf

II) Nota Técnica nº 102/2020/SEI/GADIP-CG/ANVISA, de 05/06/2020: http://saude.gov.br/images/pdf/2020/July/16/NOTA-TECNICA-102-2020-SEI-GADIP-CG-ANVISA.pdf

27. A conceituação de Nota Informativa consta no Manual de Redação da Secretaria de Vigilância em Saúde como um documento em que se faz a exposição de um assunto específico com dados e análises relevantes do ponto de vista da administração pública, técnico-científico ou jurídico. Notas Informativas podem ser elaboradas por iniciativa do profissional encarregado ou de seus superiores hierárquicos para o esclarecimento de gestores da área da saúde, da imprensa ou do público em geral (BRASIL, 2014). Informações de caráter e objetivos semelhantes já foram veiculadas pelo Ministério da Saúde em oportunidades anteriores, visando potencializar o benefício à população, como pode ser exemplificado na publicação do Manual destinado ao manejo clínico da Chikungunya (Brasil, 2017).

6. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

6.1. Coordenação

Antônio Elcio Franco Filho (Secretaria Executiva - Ministério da Saúde – Brasília, DF)
Arnaldo Correia de Medeiros (Secretário de Vigilância em Saúde - Ministério da

Saúde – Brasília, DF)

Raphael Camara Medeiros Parente (Secretário de Atenção Primária à Saúde - Ministério da Saúde – Brasília, DF)

Luiz Otávio Franco Duarte (Secretário de Atenção Especializada à Saúde - Ministério da Saúde – Brasília, DF)

Mayra Isabel Correia Pinheiro (Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Ministério da Saúde – Brasília, DF)

Robson Santos da Silva (Secretário Especial de Saúde Indígena - Ministério da Saúde – Brasília, DF)

Hélio Angotti Neto (Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde – Ministério da Saúde – Brasília, DF)

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

6.2. Elaboração e Revisão Técnica

Alessandro Glauco dos Anjos de Vasconcelos (Ministério da Saúde – Brasília, DF)
Francisco Eduardo Cardoso Alves (Instituto de Infectologia Emilio Ribas/SES – São Paulo)
Francisco José Costa Eleutério (Universidade Estadual do Ceará; Hospital Geral de Fortaleza – Fortaleza, CE)
Gerlane Baccarin (Instituto de Modernização Pública – Governo do Estado de Roraima)
Hélio Angotti Neto (Ministério da Saúde – Brasília, DF)
João Marcos de Meneses e Silva (Hospital Universitário de Brasília / UnB; Hospital da Região Leste / SES – Brasília, DF)
José Roberto Fioretto (Faculdade de Medicina de Botucatu; Associação de Medicina Intensiva Brasileira – São Paulo, SP)
Juang Horng Jyh (Associação de Medicina Intensiva Brasileira – São Paulo, SP; Hospital Municipal “Dr. Carmino Caricchio” – Tatuapé, SP)
Laura Tiriba Appi (Ministério da Saúde – Brasília, DF)
Lígia Helena Ferreira Melo e Silva (Hospital Materno Infantil de Brasília/SES; Hospital Universitário de Brasília /UnB – Brasília, DF)
Mário Ferreira Carpi (Faculdade IBCMED; Associação de Medicina Intensiva Brasileira; Sociedade Paulista de Terapia Intensiva – São Paulo, SP)
Mayra Isabel Correia Pinheiro (Ministério da Saúde – Brasília, DF)
Thallys Ramalho Suzart (Sociedade Brasileira de Pediatria – Rio de Janeiro, RJ; Hospital Santa Helena de Brasília – Campinas, SP)

6.3. Colaboração

Adelaide Martins Alves
Ana Carolina Menezes da Silva Braga
Bruna Gisele de Oliveira
Camila Ferreira Alves Simões
Demétrio de Lacerda Caetano dos Santos
Etna de Jesus Leal
Evandro Medeiros Costa
Felipe Fagundes Soares

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Fernanda Luiza Hamze
Luana Gonçalves Gehres
Lucas Santos Ávila
Luciana Guilhem de Matos
Mariana de Carvalho e Vasconcelos
Pâmela Moreira Costa Diana
Paulo da Fonseca Valença Neto
Silvia Lustosa de Castro

6.4. Diagramação

Calia, com supervisão do Ministério da Saúde

6.5. Citação Sugerida

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Orientações do Ministério da Saúde para Manuseio Medicamentoso Precoce de Pacientes com Diagnóstico da COVID-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020, 36 p.

REFERÊNCIAS:

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA. Posicionamento da AssociaçãoBrasileira de Nutrologia (ABRAN) a respeito de micronutrientes e probióticos na infeção por COVID-19. Internet, https://abran.org.br/2020/05/01/posicionamento-da-associacao-brasileira-de-nutrologia-abran-a-respeito-de-micronutrientes-e-probioticos-na-infeccao-por-covid-19/
2. BERGHELA, Vincenzo. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Pregnancy issues. UpToDate. Internet, https://www.uptodate.com/contents/coronavirus- disease-2019-covid-19-pregnancy-issues?search=covid%20pregnan-%20cy&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=de-%20fault&display_rank=2#H3682062658
3. BERTSIAS, George K; TEKTONIDOU, Maria; AMOURA, Zahir; et al. Joint European League Against Rheumatism and European Renal Association–European Dialysis and Transplant Association (EULAR/ERA-EDTA) recommendations for the management of adult and paediatric lupus nephritis.Annals of the Rheumatic Diseases, vol. 71(11), 2012, p. 1771– 1782. Internet, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3465859/

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

4. BOELIG, Rupsa C.; MANUCK, Tracy; OLIVER, Emily A.; et al. Labor and Delivery Guidance for COVID-19. American Journalof Obstetrics & Gynecology, vol. 2(2), 2020, p. 1-10. Internet, https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589933320300409?via%3Dihub
5. BOWLING, Brad. Kanski Oftalmologia Clínica. Uma abordagem sistêmica. 8ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016, p. 853.
6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Chikungunya. Manejo Clínico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
7. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Redação da Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Internet, http://www.saude.gov.br/images/pdf/2015/fevereiro/04/Manual-Redacao-Completo.pdf
8. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE. Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada. Internet, https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/14/Protocolo-de-Manejo-Cl--nico-para-o-Covid-19.pdf
9. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS EM SAÚDE. Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da COVID-19. Versão 3. Internet, https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/18/Diretrizes-Covid19.pdf
10. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Guia de Vigilância Epidemiológica. Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. Vigilância Integrada de Síndromes Respiratórias Agudas Doença pelo Coronavírus 2019, Influenza e outros vírus res-piratórios (03/04/2020). Brasília, Distrito Federal: Ministério da Saúde, 2020, p. 8.
11. BROWNING, David J. “Pharmacology of Chloroquine and Hydroxychloroquine”. In: Hydroxychloroquine and Chloroquine Retinopathy. New York, NY: Springer, 2014, p. 35-63. Internet, https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4939-0597-3_2#citeas
12. CARLUCCI, Phillip; AHUJA, Tania; PETRILLI, Christopher M.; et al. Hydroxychloroquine and azithromycin plus zinc vs hydroxychloroquine and azithromycin alone: outcomes in hospitalized COVID-19 patients. medRxiv preprint. Internet, https://doi.org/10.1101/2020.05.02.20080036

13. CHAMIEH, Amanda; AFIF, Claude; EL-HAJJ, Girard; et al. Viral Dynamics Matter in COVID-19 Pneumonia: the success of early treatment with hydroxychloroquine and azithromycin in Lebanon. MedRxiv preprint. Internet, https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.28.20114835v1

14. CHAUHAN, A. & TIKOO, A. The enigma of the clandestine association between chloroquine and HIV-1 infection. HIV Medicine, vol. 16(10), 2015, p.585-590. Internet, https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hiv.12295

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

15. CHEN, Jun; LIU, Danping; LIU, Ping; et al. A pilot study of hydroxychloroquine in treatment of patients with common coronavirus disease-19 (COVID-19). Journal of Zhejiang University, issue 2, 2020, p. 215-219. Internet, http://www.zjujournals.com/med/EN/10.3785/j.issn.1008-9292.2020.03.03

16. CHEN, Zhaowei; HU, Jijia; ZHANG, Zongwei; et al. Efficacy of hydroxychloroquine in patients with COVID-19: results of a randomized clinical trial. medRxiv preprint, Internet, https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.22.20040758v3

17. CHINA. MULTICENTER COLLABORATION GROUP OF DEPARTMENT OF SCIENCE AND TECHNOLOGY OF GUANGDONG PROVINCE AND HEALTH COMMISSION OF GUANGDONG PROVINCE FOR CLOROQUINE IN THE TREATMENT OF NOVEL CORONAVIRUS PNEUMONIA. Expert consensuson chloroquine phosphate for the treatment of novel coronavirus pneumonia. Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi, vol. 43 (3), 2020, p. 185-8. Internet, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32164085/

18. CHIOTOS, Kathleen; HAYES, Molly, KIMBERLIN, David W.; et al. Multicenter initial guidance on use of antivirals for children with COVID-19/SARS-CoV-2. Journal of the Pediatric Infectious Disease Society, publicado em 22 de abril, 2020. Internet, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32318706/

19. COLSON, Philippe; ROLAIN, Jean-Marc; LAGIER, Jean-Christophe; et al. Chloroquine and hydroxychloroquine as available weapons to fight COVID- 19. International Journal of Antimicrobial Agents, vol. 55 (4), 2020, 105932. Internet, https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105932

20. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Processo-Consulta CFM nº 8/2020 – Parecer CFM nº 4/2020. Tratamento de pacientes portadores de COVID-19 com cloroquina e hidroxicloroquina. Internet, http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/Corona/CFM/6.pdf

21. CORRÊA, Thiago Domingos; MATOS, Gustavo Faissol Janot de; BRAVIM, Bruno de Arruda; et al. Recomendações de suporte intensivo para pacientes graves com infeccção suspeita ou confirmada pela COVID-19. Einstein (São Paulo). 29 de maio de 2020. Internet, https://journal.einstein.br/pt-br/article/recomendacoes-de-suporte-intensivo-para-pacientes-graves-com-infeccao-suspeita-ou-confirmada-pela-covid-19/

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

22. CORTEGIANI, Andrea; INGOGLIA, Julia; IPPOLITO, Mariachiara; et al. A systematic review on the efficacy and safety of chloroquine for the treatmentof COVID-19. Journal of Critical Care, vol. 57, 2020, p. 279-283. Internet, https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.03.005

23. CZUPPON, Peter; DÉBARRE, Florence; GONÇALVES, Antonio; et al. Predicted success of prophylactic antiviral therapy to block or delay SARSCoV-2 infection depends on the targeted mechanism. medRxiv preprint, publicado em maio – online. Internet, https://doi.org/10.1101/2020.05.07.20092965

24. DAVIDO, Benjamin; LANSAMAN, Thiebaud; BESSIS, Simon; et al. Hydroxychloroquine plus azithromycin: a potential interest in reducing inhospital morbidity due to COVID-19 pneumonia (HI-ZY-COVID)? medRxiv preprint, publicado em maio – online. Internet, https://doi.org/10.1101/2020.05.05.20088757

25. DEVAUX, Christian A; ROLAIN, Jean-Marc; COLSON, Philippe; RAOULT, Didier. New insights on the antiviral effects of chloroquine against coronavirus: what to expect for COVID-19? International Journal of Antimicrobial Agents, publicado em março – online, 2020, 105938. Internet, https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105938

26. DIVALA, Titus H.; MUNGWIRA, Randy G.; MAWINDO, Patrícia M.; et al. A Randomized, Controlled Clinical Trial of Chloroquine as Chemoprophylaxis or Intermittent Preventive Therapy to Prevent Malaria in Pregnancy in Malawi. Lancet Infectious Diseases, vol. 18 (10), 2018, p. 1097–1107. Internet, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6217965/

27. DONATELLI, Isabella; CAMPITELLI, Laura; DI TRANI, Livia; etal. Characterization of H5N2 influenza viruses from Italian poultry. Journal of General Virolology, vol. 82 (3), 2001, p. 623–30. Internet, https://www.microbiologyresearch.org/content/journal/jgv/10.1099/0022-1317-82-3-623

28. ESCOLA DE MEDICINA FETAL DE BARCELONA. Coronavírus (COVID-19) y embarazo. Internet, https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/covid19-embarazo.html

29. EUROPEAN MEDICINESAGENCY. COVID-19: chloroquine and hydroxychloroquine only to be used in clinical trials or emergency use programmes. Publicado em abril – online. Internet, https://www.ema.europa.eu/en/news/covid-19-chloroquine-hydroxychloroquine-only-be-used-clinical-trials-emergency-use-programmes

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

30. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Protocolo de Atendimento no Parto, Puerpério e Abortamento durante a Pandemia da COVID-19. Internet, https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/covid-19-orientacoes-da-febrasgo-para-avaliacao-e-tratamento-ambulatorial-de-gestantes/

31. FERNANDES, Tadeu Fernando. Suplementação de Nutrientes. Boletim da Sociedade de Pediatria de São Paulo – SPSP, nº 5, 2019, p.4-5. Internet, https://www.spsp.org.br/site/asp/boletins/AtualizeA4N5.pdf

32. FRANCO, Lori; FOLI, Andrea; GROFF, Antonella; et al. Optimal suppression of HIV replication by low-dose hydroxyurea through the combination of antiviral and cytostatic ('virostatic') mechanisms. AIDS, Vol. 19 (11), 2005; p. 1173–81. Internet, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15990570/

33. FREITAS, Daniella Cabral de; GODOY, Henrique; SILVEIRA, Sergio Antônio Dias da. Protocolo Manejo Clínico COVID-19. Material de Apresentação da Prevent Senior. Internet, https://static.poder360.com.br/2020/04/protocolo-Prevent-Senior-tratamento-covid-19.pdf

34. FRIE, Kerstin & GBINIGIE, Kome. Chloroquine and hydroxychloroquine: Current evidence for their effectiveness in treating COVID-19. The Centrefor Evidence-Based Medicine. University of Oxford, 2020. Internet, https://www.cebm.net/covid-19/chloroquine-and-hydroxychloroquine-current- evidence-for-their-effectiveness-in-treating-covid-19/

35. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Nota Técnica Orientações sobre o uso da Cloroquina para tratamento de pacientes infectados com SARS-CoV-2, agente etiológico da Covid-19. Internet, https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/orientacoes_sobre_a_cloroquina_nota_tecnica_.pdf

36. GAO, Jianjun; TIAN, Zhenxue; YANG, Xu. Breakthrough: Chloroquine phosphate has shown apparent efficacy in treatment of COVID-19 associated pneumonia in clinical studies. Bioscience Trends, vol. 14 (1), 2020, p. 72-73. Internet: https://doi.org/10.5582/bst.2020.01047

37. GAUTRET Philippe; LAGIER, Jean-Christophe; PAROLA, Philippe; etal. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. International Journalof Antimicrobial Agents, publicado em março – online, 2020. Internet, https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924857920300996?via%3Dihub

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

38. GORDON, David E.; JANG, Gwendolyn; BOUHADDOU, Mehdi; et al. A SARCoV-2 protein interaction map reveals targets for drug repurposing. Nature, publicado em março – online, 2020. Internet, https://www.nature.com/articles/s41586-020-2286-9_reference.pdf

39. HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ. Estudo clínico randomizado, pragmático, aberto, avaliando Hidroxicloroquina para prevenção de Hospitalização e Complicações Respiratórias em pacientes ambulatoriais com diagnóstico confirmado ou presuntivo de Infecção pelo (COVID-19). Ensaios Clínicos. Internet, http://www.ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-3cbs3w/

40. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Manejo Novo Coronavírus (COVID-19). Material de Apresentação do Hospital Israelita Albert Einstein. Internet, https://bityli.com/4OaZH

41. HOSPITAL ISRAELITAALBERT EINSTEIN. Safety and Efficacy of Hydroxychloroquine Associated With Azithromycin in SARS-CoV2 Virus (Coalition Covid-19 Brasil II). Clinical Trials. Internet, https://bityli.com/3Bkii

42. HUANG, Mingxing; LI, Man; XIAO, Fei; et al. Preliminary evidence from a multicenter prospective observational study of the safety and efficacy of chloroquine for the treatment of COVID-19. medRxiv preprint, publicado em maio - online, 2020. Internet, https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.26.20081059v1

43. JONES, Gareth; WILLETT, Peter; GLEN, Robert C.; et al. Development and validation of a genetic algorithm for flexible docking. Journal of Molecular Biology, vol. 267 (3), 1997, p. 727–48. Internet, https://doi.org/10.1006/jmbi.1996.0897

44. JOSEPH, Tinku. International Pneumologist's Consensus On COVID-19 – 2nd Edition, Published on 22nd april 2020. Internet, https://www.saudedafamilia.org/coronavirus/artigos/international_pulmonologists_consensus.pdf

45. JOSHI, Shashank R.; BUTALA, N; PATWARDHAN, Madura; et al. Lowcost anti- retroviral options: chloroquine based ARV regimen combined with hydroxyurea and lamivudine: a new economical triple therapy. The Journalof the Association of Physicians of India, vol 52, 2004, p. 597–598. Internet, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15645995/

46. KAAPOR, Krishan Mohan & KAAPOR, Aanandita. Role of Chloroquine and Hydroxychloroquine in the Treatment of COVID-19 Infection- A Systematic Literature Review. medRxiv preprint, publicado em março, 2020. Internet, https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.24.20042366v1

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

47. KEYAERTS, Els; LI, Sandra; VIJGEN, Leen, et al. Antiviral activity of chloroquine against human coronavirus OC43 infection in newborn mice.Antimicrobial agents and Chemotherapy, vol. 53 (8), 2009, p. 3416-3421. Internet, https://aac.asm.org/content/53/8/3416

48. KEYAERTS, Els; VIJGEN, Leen, MAES, Piet; et al. In vitro inhibition of severe acute respiratory syndrome coronavirus by chloroquine. Biochemical and Biophysical Research Communications, vol. 323, 2004, p. 264–68. Internet, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15351731/

49. KIM, Min Seo; JANG, Soon-Woo; PARK, Yu-Kyung; et al. Treatment Response to Hydroxychloroquine, Lopinavir–Ritonavir, andAntibiotics for Moderate COVID-19:AFirst Report on the Pharmacological Outcomes from South Korea. MedRvix preprint, maio de 2020. Internet, https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.13.20094193v1

50. KWIEK, Jesse J.; HAYSTEAD, Tymothy A. J.; RUDOLPH, Johannes. Kinetic mechanism of quinone oxidoreductase 2 and its inhibition by the antimalarial quinolines. Biochemistry, vol. 43 (15), 2004, p. 4538–4547. Internet, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15078100/

51. LALLOO, David G; SHINGADIA, Delane; BELL, David J. UK malaria treatment guidelines 2016. Journal of Infection, vol. 72 (6), 2016, p. 635– 649. Internet, https://tinyurl.com/yygfevap

52. LIU, Jia; CAO, Ruiyuan; XU, Mingyue; et al. Hydroxychloroquine, a less toxic derivative of chloroquine, is effective in inhibiting SARS-CoV-2 infection in vitro. Cell Discovery, vol. 6 (1), 2020, p. 16. Internet, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32194981/

53. LIU, Wenzhong & LI, Hualan. COVID-19: Attacks the 1-Beta Chainof Hemoglobin and Captures the Porphyrin to Inhibit Human Heme Metabolism. ChemRxiv, publicado em abril – online, 2020. Internet,
https://chemrxiv.org/articles/COVID-19_Disease_ORF8_and_Surface_Glycoprotein_Inhibit_Heme_Metabolism_by_Binding_to_Porphyrin/11938173

54. LOPES, Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga; OLIVEIRA, Glaucia Maria Moraes de; RIBEIRO, Antônio Luiz Pinho. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Telemedicina na Cardiologia – 2019. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, publicado online, 2019. Internet, https://tinyurl.com/y5anv3lj

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

55. MAHASE, Elisabeth. Covid-19: what treatments are being investigated? British Medical Journal, vol. 368, 2020, m1252. Internet, https://doi.org/10.1136/bmj.m1252

56. MEHRA, Mandeep R.; RUCHITZKA, Frank; PATEL, Amit N. Retraction—Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis. The Lancet, vol. 395(10240), 2020, p. 1820. Internet, https://tinyurl.com/yajr224x

57. MEMBRILLO DE NOVALES, Francisco Javier; RAMÍREZ-OLIVENCIA, Germán; ESTÉBANEZ, Miriam; et al. Early hydroxychloroquine is associated with an increase of survival in COVID-19 patients: an observational study. Preprints, 2020. Internet, https://www.preprints.org/manuscript/202005.0057/v1

58. MILLER, Douglas K & LENARD, John. Antihistaminics, local anesthetics, and other amines as antiviral agents. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, vol. 78 (6), 1981, p. 3605–09. Internet, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6115382/

59. MILLION, Mathieu; LAGIER, Jean-Christophe; GAUTRET, Philippe; etal. Early treatment of COVID-19 patients with hydroxychloroquine and azithromycin: A retrospective analysis of 1061 cases in Marseille, France. Travel Medicine and Infectious Disease, publicado em maio – online, 2020. Internet, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32387409/

58. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Coronavírus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines. Internet, https://tinyurl.com/y5s4t76y

59. OLOFSSON, Sigvard; KUMLIN, Urban; DIMOCK, Ken; et al. Avian influenza and sialic acid receptors: more than meets the eye? Lancet Infectious Diseases, vol 5 (3), 2005, p. 184–88. Internet, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15766653/

60. OTEO, José A.; MARCO, Pedro; LEÓN, Luis Ponce de; ROCENRO, Alejandra; LOBERA, Teófilo; LISA, Valentín. A short therapeutic regimen based on hydroxychloroquine plus azithromycin for the treatment of COVID-19 in patients with non-severe disease. A strategy associated with a reduction in hospital admissions and complications. MedRvix preprint, 12 de junho de 2020. Internet, https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.10.20101105v1

61. PATON, N. I. & ABOULHAB, J. Hydroxychloroquine, hydroxyurea and didanosine as initial therapy for HIV-infected patients with low viral load: safety, efficacy and resistance profile after 144 weeks. HIV Medicine, vol. 6, 2005, p. 13–20. Internet, https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1468-1293.2005.00259.x

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

62. POON, Liona C.; YANG, Huixia; KAPUR, Anil; et al. Global Interim Guidance on coronavirus disease 2019 (COVID-19) during pregnancy and puerperium fromFIGO and allied partners: Information for healthcare professionals. International Journal of Gynecology and Obstetetrics, publicado em abril – online, 2020. Internet, https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.13156

63. RIOU, Bruno; BARRIOT, Patrick; RIMAILHO, Alain; et al. Treatment of Severe Chloroquine Poisoning. The New England Journal of Medicine, vol. 318 (1), 1988, p. 1-6. Internet, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3336379

64. RISCH, Harvey A. Early Outpatient Treatment of Symptomatic, High-Risk Covid-19 Patients that Should be Ramped-Up Immediately as Key to the PandemicCrisis. American Journal of Epidemiology, 27 de maio de 2020. Internet, https://tinyurl.com/yao5pvq7

65. RONGHUA, Jin; WU, Zhong. A prospective, open-label, multiple-center studyfor the efficacy of chloroquine phosphate in patients with novel coronavirus pneumonia (COVID-19). Chinese Clinical Trial Registry, 2020. Internet, http://www.chictr.org.cn/historyversionpuben.aspx?regno=ChiCTR2000031204

66. ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Information for healthcare Professionals. Version 6. Internet, https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-04-03-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy.pdf

67. ROYAL COLLEGE OF PAEDIATRICS AND CHILD HEALTH (2020). Guidance: Paediatric multisystem inflammatory syndrome temporally associated with COVID-19. Internet, https://www.rcpch.ac.uk/sites/default/files/2020-05/COVID-19-Paediatric-multisystem-%20inflammatory%20syndrome-20200501.pdf

68. RUFATTI, Amelia; TONELLO, Marta; HOXHA, Ariela; et al. Effect of Additional Treatments Combined with Conventional Therapies in Pregnant Patients with High-Risk Antiphospholipid Syndrome: A Multicentre Study. Thrombosis and Haemostasis, vol. 118 (4), 2018, p. 639–646. Internet, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29490410/

69. SAHRAEI, Zahra; SHABANI, Minoosh; SHOKOUNI, Shervin; et al. Aminoquinolines Against Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Chloroquine or Hydroxychloroquine. International Journal of Antimicrobial Agents, vol. 55 (4), 2020, 105945. Internet, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32194152/

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

70. SANDERS, James M.; MONOGUE, Marguerite L.; JODLOWSKI, Thomasz Z.; et al. Pharmacologic Treatments for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) A Review. JAMA, vol. 323 (18), 2020, p. 1824-1836. Internet, https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2764727

71. SAVARINO, Adrea; BOELAERT, John R.; CASSONE, Antonio; et al. Effects of chloroquine on viral infections: an old drug against today's diseases.The Lancet Infectious Diseases, vol. 3 (11), 2003, pp.722-727. Internet, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7128816/

72. SAVARINO, Adrea; DI TRANI, Livia; DONATELLI, Isabella; et al. New insights into the antiviral effects of chloroquine. The Lancet Infectious Diseases, vol. 6 (2), 2006, p. 67-69. Internet, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7129107/

73. SAVARINO, Adrea; LUCIA, Mothanje B.; RASTRELLI, Elena; et al. Anti-HIV effects of chloroquine: inhibition of viral particle glycosylation and synergism with protease inhibitors. Journal of Acquired Immune Deficience Syndrome, vol 35 (3), 1996, p. 223–32. Internet, https://tinyurl.com/y6ove9gc

74. SCHWARTZ, David A.; GRAHAM, Ashley L. Potential Maternal and Infant Outcomes from (Wuhan) Coronavirus 2019-nCoV Infecting Pregnant Women: Lessons from SARS, MERS, and Other Human Coronavirus Infections. Viruses, vol. 12(2), 2020, p. 194. Internet, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32050635/

75. SHIBATA, Motohiro; AOKI, Hiizu; TSURUMI, Tatsuya; et al. Mechanism of uncoating of influenza B virus in MDCK cells: action of chloroquine.Journal of General Virology, vol. 64 (5), 1983, p. 1149–56. Internet, https://www.microbiologyresearch.org/content/journal/jgv/10.1099/0022-1317-64-5-1149

76. SILVA, Adriana P. R.; VITOLO, Márcia Regina; ZARA, Luis Fabrício; et al. Effects of zinc supplementation on 1- to 5-year old children. Jornal de Pediatria, vol. 82 (3), 2006, p. 227-231. Internet, https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572006000300013&script=sci_arttext&tlng=en

77. SINGH, Awadhesh Kumar; SINGH, Akriti; SHAIK, Altamash, et al. Chloroquine and hydroxychloroquine in the treatment of COVID-19 with or without diabetes: A systematic search and a narrative review with a special reference to India and other developing countries. Diabetes & Metabolic

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Syndrome: Clinical Research & Reviews, vol. 14(3), 2020, p. 241-246. Internet, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102587/

78. SMITH, E. Reed; KLEIN-SCHWARTZ, Wendy. Are 1–2 dangerous? Chloroquine and hydroxychloroquine exposure in toddlers. The Journalof Emergency Medicine, vol. 28 (4), 2005, p. 437- 443. Internet, https://tinyurl.com/y6xyj5qn

79. SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. Recomendaciones del Comité Respiratorio en el Contexto de Infección por SARS--COV2 (COVID 19).

80. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE INFECTOLOGIA. DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE REUMATOLOGIA. Síndrome inflamatória multissistêmica em crianças e adolescentes provavelmente associada à COVID-19: uma apresentação aguda, grave e potencialmente fatal. Nota de Alerta, 20 de maio de 2020. Internet, https://tinyurl.com/yyhffqcq

81. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE PNEUMOLOGIA. COVID-19 em crianças: envolvimento respiratório. Nota de Alerta, 02 de abril de 2020. Internet, https://tinyurl.com/y4sanqun

82. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE TERAPIA INTENSIVA. COVID-19: Protocolo de Diagnóstico e Tratamento em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Nota de Alerta, 20 de maio de 2020. Internet, https://tinyurl.com/y667bjvw

83. TANG, Wei; CAO, Zhujun; HAN, Mingfeng; et al. Hydroxychloroquine in patients mainly with mild to moderate COVID–19: an open–label, randomized, controlled trial. medRxiv preprint, maio, 2020. Internet, https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1849

84. THE LANCET EDITORS. Expression of concern: Hydroxychloroquineor chloroquine with or without a macrolide for treatmentof COVID-19: a multinational registry analysis. Internet, https://tinyurl.com/y6g8frdr

85. TINKU, Joseph (organizador). International Pulmologist'sConsensus On COVID-19 – 2nd Edition, 22 de abril 2020. Internet, https://www.saudedafamilia.org/coronavirus/artigos/international_pulmonologists_consensus.pdf

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

86. VINCENT, Martin J.; BERGERON, Eric; BENJANNET Suzanne; etal. Chloroquine is a potent inhibitor of SARS coronavirus infection and spread. Virology Journal, vol. 2 (1), 2005, p. 69. Internet, https://virologyj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1743-422X-2-69

87. WANG, Manli; CAO, Ruiyuan; ZHANG, Leike; et al. Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-nCoV) in vitro. Cell Research, vol. 30, 2020, p. 269–271. Internet, https://www.nature.com/articles/s41422-020-0282-0

88. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents temporally related to COVID-19. Internet, https://tinyurl.com/ybjjq9vd

89. WU, Chaomin; CHEN, Xiaoyan; CAI, Yanping; et al. Risk Factor Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 PneumoniainWuhan,china.JAMAInternalMedicine,13demarçoonline,2020.Internet, https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2763184

90. YAO, Xueting; YE, Fei; ZHANG, Miao; et al. In vitro antiviral activity and projection of optimized dosing design of hydroxychloroquine for the treatmentof severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). Clinical Infectious Disease, publicado em março – online, 2020, ciaa 237. Internet, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7108130/

91. YU, Bo; WANG, Dao Wen; LI, Chenze. Hydroxychloroquine application is associated with a decreased mortality in critically ill patients with COVID-19. medRxiv preprint. Internet, https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.27.20073379v1

92. ZAHN, Zahng. Therapeutic effect of hydroxychloroquine on novel coronavirus pneumonia (COVID-19). Chinese Clinical Trial Registry. Publicado em abril – online, 2020. Internet, http://www.chictr.org.cn/showprojen.aspx?proj=48880

93. ZHAO, Xiaouxuan; JIANG, Yuepeng; ZHAO, Yang; et al. Analysis of the susceptibility to COVID-19 in pregnancy and recommendations on potential drug screening. European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases, publicado em abril - online, 2020, p. 1-12. Internet, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7178925/

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

ANEXO:
Termo de Ciência e Consentimento (0014934764)

Brasília, 30 de julho de 2020.

Termo de Ciência e Consentimento

Hidroxicloroquina/Cloroquina em associação com Azitromicina para COVID 19

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações médicas ou laboratoriais revelaram possibilidade ou comprovação de diagnóstico:

COVID 19 causada pelo coronavírus SARS-COV 2

E com base neste diagnóstico me foi orientado o seguinte tratamento/procedimento:

Cloroquina ou Hidroxicloroquina em associação com Azitromicina

OS PROCEDIMENTOS, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), que:

1. A cloroquina e a hidroxicloroquina são medicamentos disponíveis há muitos anos para a prevenção e tratamento da malária e também para o tratamento de algumas doenças reumáticas como artrite reumatoide e lúpus. Investigadores chineses demonstraram a capacidade destas drogas de inibir a replicação do coronavírus em laboratório *(in vitro)*. Um estudo francês mostrou que a eliminação do coronavírus da garganta de portadores da COVID-19 se dão de forma mais rápida com a utilização da combinação de hidroxicloroquina e o antibiótico azitromicina, quando comparados à pacientes que não usaram as drogas. Entretanto, não há, até o momento, estudos suficientes para garantir certeza de melhora clínica dos pacientes com COVID-19 quando tratados com cloroquina ou hidroxicloroquina;
2. A Cloroquina e a hidroxicloroquina podem causar efeitos colaterais como redução dos glóbulos brancos, disfunção do fígado, disfunção cardíaca e arritmias, e alterações visuais por danos na retina.

Compreendi, portanto, que não existe garantia de resultados positivos para a COVID-19 e que o medicamento proposto pode inclusive apresentar efeitos colaterais.

Estou ciente de que o tratamento com cloroquina ou hidroxicloroquina associada à azitromicina pode causar os efeitos colaterais descritos acima e outros menos graves ou menos frequentes, os quais podem levar à disfunção de órgãos, ao prolongamento da internação, à incapacidade temporária ou permanente e até ao óbito.

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO — HIDROXICLOROQUINA/CLOROQUINA COVID-19

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Também fui informado(a) que, independente do uso da cloroquina ou hidroxicloroquina associada à azitromicina, será mantido o tratamento padrão e comprovadamente benéfico para minha situação, que pode incluir medidas de suporte da respiração e oxigenação, ventilação mecânica, drogas para sustentar a pressão e fortalecer o coração, hemodiálise e antibióticos, entre outras terapias oferecidas a pacientes que estão criticamente doentes.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão autorização voluntária para que os medicamentos sejam utilizados da forma como foi exposto no presente termo.

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s).

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura.

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas, reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

_____, ____ de _____ _____ _____ (HH:MM)

☐ Paciente ☐ Responsável

Nome: _____

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s)/procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado.

_____, ____ de _____ de 20____ _____ (HH:MM)

Nome do Médico: _____ CRM: _____

Assinatura: _____

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

CORONAVÍRUS
COVID-19

Documento assinado eletronicamente por **Arnaldo Correia de Medeiros**, **Secretário(a) de Vigilância em Saúde**, em 04/03/2021, às 17:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Rodrigo dos Santos Santana**, **Secretário(a) Especial de Saúde Indígena substituto(a)**, em 04/03/2021, às 17:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Hélio Angotti Neto**, **Secretário(a) de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde**, em 04/03/2021, às 17:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Mayra Isabel Correia Pinheiro**, **Secretário(a) de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**, em 04/03/2021, às 17:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Raphael Camara Medeiros Parente**, **Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 04/03/2021, às 17:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Luiz Otavio Franco Duarte**, **Secretário(a) de Atenção Especializada à Saúde**, em 04/03/2021, às 19:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Antônio Elcio Franco Filho**, **Secretário(a)-Executivo**, em 04/03/2021, às 20:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0019379216** e o código CRC **CDA94725**.

Referência: Processo nº 25000.070255/2020-12 SEI nº 0019379216

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Referência: Processo nº 25000.070255/2020-12
SEI nº 0015987248

***EM SUBSTITUIÇÃO A NOTA INFORMATIVA Nº 11/2020-SE/GAB/SE/MS, QUE SUBSTITUIU A NOTA INFORMATIVA Nº 09/2020-SE/GAB/SE/MS PARA INCLUSÃO DO SUBITEM 26 NO ITEM 5. NOTAS EXPLICATIVAS, EM CUMPRIMENTO À DECISÃO JUDICIAL PROFERIDA NOS AUTOS DA AÇÃO CIVIL PÚBLICA nº 5030353-65.2020.4.02.5101/RJ, DA 15ª VARA FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, CONFORME PARECER DE FORÇA EXECUTÓRIA Nº 00034/2020/CGJ/PRU2R/PGU/AGU, DE 03/07/2020.**

CORONAVÍRUS
COVID-19

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

DISQUE SAÚDE 136

SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

CORONAVÍRUS
COVID-19

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

ORIENTAÇÕES PARA MANEJO DE PACIENTES COM COVID-19

DISQUE SAÚDE 136
SUS
MINISTÉRIO DA SAÚDE
PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

CORONAVÍRUS
COVID-19

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

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

COORDENAÇÃO:

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

ORGANIZAÇÃO:

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

REVISÃO TÉCNICA:

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

COLABORAÇÃO:

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

CORONAVÍRUS
COVID-19

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **5**

OBJETIVOS **6**
- Gerais 6
- Específicos 6

CARACTERÍSTICAS GERAIS SOBRE A INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS – SARS-CoV-2 ..... **6**
- Diagnóstico 6
  - Diagnóstico clínico 6
  - Diagnóstico laboratorial 7
- Notificação 8
- Sinais e sintomas 8
- Condições e fatores de risco a serem considerados para possíveis complicações da síndrome gripal 10
- Exames laboratoriais e complementares relevantes na COVID-19 10

ORGANIZAÇÃO E CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA CUIDADOS AO PACIENTE COM COVID-19 ..... **11**
- Características dos serviços disponíveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme pontos da Rede de Atenção à Saúde 12

CONDUTA CLÍNICA CONFORME A GRAVIDADE **14**
- CASOS LEVES 15
  - Monitoramento clínico no âmbito da Atenção Primária à Saúde 15
  - Teleatendimento 16
  - Consultório Virtual de Saúde da Família 17
  - Estratégias tecnológicas para esclarecimento de dúvidas sobre a COVID-19 para a população 17
  - Estratégias tecnológicas de suporte às equipes de saúde – Telessaúde para Atenção Primária e Especializada 17
    - Teleconsultoria para Atenção Primária 17
    - Teleconsultoria para Atenção Especializada 18
    - Teleatendimento para suporte psicológico aos profissionais de saúde 18
- CASOS MODERADOS 20
- CASOS GRAVES 20
  - MANEJO CLÍNICO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA POR SARS-CoV-2 20
  - Terapia e monitoramento precoces 20
  - Indicações de admissão na UTI 21
  - Tratamento da insuficiência respiratória hipoxêmica 22
  - Contraindicações à ventilação não invasiva (VNI) 24
  - Critérios para desmame de ventilação mecânica 27
  - Critérios de sucesso após TRE 27
  - Sedação e analgesia 27
  - Manejo hemodinâmico 28
  - Prevenção de complicações 30

CORONAVÍRUS
COVID-19

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA CRIANÇAS 31
- Indicação de admissão na UTI Pediátrica 32
- Alocação (isolamento) 32
- Suporte de oxigênio e ventilação mecânica 32
- Particularidades do procedimento de intubação orotraqueal (IOT) no CTI Pediátrico 33
- Indicação de terapias de resgate nos casos não responsivos 34
- Recomendações específicas em pediatria 34

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA GESTANTES 35
- Recomendações no manejo clínico de gestantes suspeitas de síndrome respiratória aguda por SARS-CoV-2 35
- Manejo obstétrico de gestantes com COVID-19 suspeita ou confirmada 36
- Fluxo de atendimento às gestantes em centro obstétrico 36

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS 37
- Saúde indígena 37
- Recomendações quanto à organização e estruturação do trabalho em serviços de saúde para proteção dos profissionais de saúde e preservação da força laboral 37
- Medidas de prevenção e controle 39
- Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus – COVID-19 40

REFERÊNCIAS 40

ANEXOS 44

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

CORONAVÍRUS
COVID-19

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

OBJETIVOS

Geral

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

Específicos

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

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

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

Diagnóstico

Diagnóstico clínico

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

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

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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

Diagnóstico laboratorial

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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

Observações:

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

Notificação

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

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

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

Sinais e sintomas

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

CORONAVÍRUS COVID-19

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Classificação dos sinais e sintomas por grupo	Leve	Moderado	Grave
Adultos e gestantes	*Síndrome gripal: tosse, dor de garganta ou coriza seguido ou não de:* *– Anosmia (disfunção olfativa)* *– Ageusia (disfunção gustatória)* *– Coriza* *– Diarreia* *– Dor abdominal* *– Febre* *– Calafrios* *– Mialgia* *– Fadiga* *– Cefaleia*	*- Tosse persistente + febre persistente diária* **OU** *- Tosse persistente + piora progressiva de outro sintoma relacionado à COVID-19 (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia)* **OU** *- Pelo menos um dos sintomas acima + presença de fator de risco*	Síndrome respiratória aguda grave – síndrome gripal que apresente: Dispneia/desconforto respiratório **OU** Pressão persistente no tórax **OU** Saturação de O_2 menor que 95% em ar ambiente **OU** Coloração azulada de lábios ou rosto ***Importante: em gestantes, observar hipotensão.**
Crianças			– Taquipneia: ≥ 70 rpm para menores do que 1 ano; ≥ 50 rpm para crianças maiores do que 1 ano; – Hipoxemia; – Desconforto respiratório; – Alteração da consciência; – Desidratação; – Dificuldade para se alimentar; – Lesão miocárdica; – Elevação de enzimas hepáticas – Disfunção da coagulação; rabdomiólise; – Qualquer outra manifestação de lesão em órgãos vitais

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

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

CORONAVÍRUS
COVID-19

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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

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

Exames laboratoriais e complementares relevantes na COVID-19

- **Laboratoriais**

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

- **Complementares**

Oximetria de pulso, eletrocardiograma e tomografia computadorizada de tórax.

CORONAVÍRUS
COVID-19

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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

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

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

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

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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

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

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

CORONAVÍRUS COVID-19

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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

APS: Atenção Primária à Saúde; UPA: Unidade de Pronto Atendimento; HPP: hospital de pequeno porte
(*) Melhor em Casa/ Serviços de Atenção Domiciliar (SAD): Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar e de Apoio (EMAD). Vide Nota Técnica nº 9, sobre recomendações da Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar em relação à atuação dos SAD/ Programa Melhor em Casa na pandemia do coronavírus (COVID-19). Disponível em: portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/20/doc-nota-tecnica-covid19---1-.pdf
(**) Consultório na Rua, Equipes de Saúde da Família, Equipes de Atenção Primária à Saúde, Equipes de Saúde Ribeirinha, Unidade Básica de Saúde Fluvial, Saúde na Hora, Equipe de Atenção Básica Prisional, Centros de Atendimento para Enfrentamento da COVID-19, Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da COVID-19 e outros serviços existentes a nível local.

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

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

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

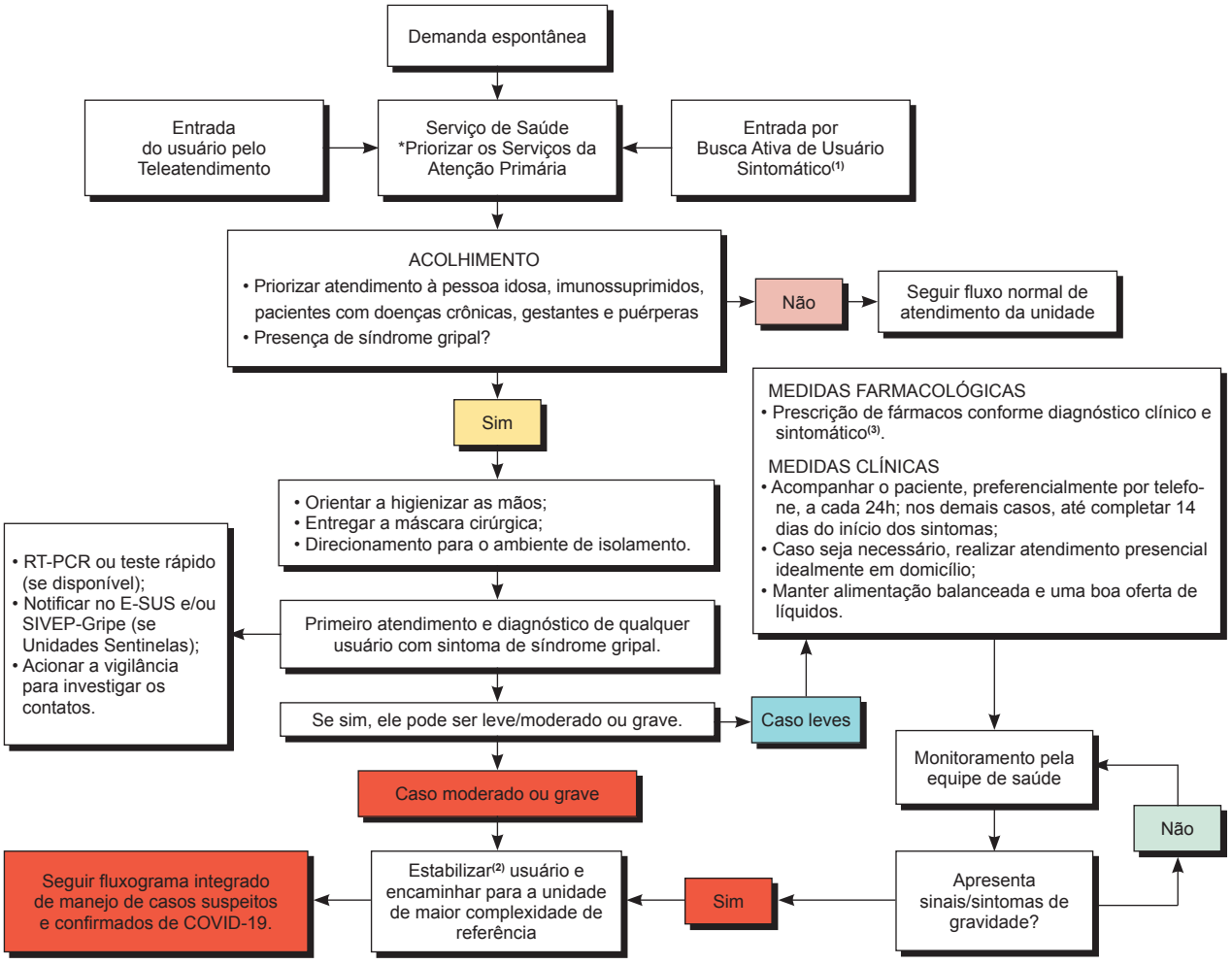
- Atendimento seguindo as recomendações de precaução de contato e respiratório (gotículas, aerossóis ou em caso de procedimentos que gerem aerossóis);
- Coletar informações sobre a história pregressa e antecedentes de risco do paciente;
- Realizar exame físico, obter dados vitais, oximetria de pulso;
- Realizar o diagnóstico clínico;
- Avaliar a necessidade de testagem para COVID-19;
- Avaliar necessidade de solicitar exames de sangue (hemograma, coagulograma, função hepática e renal, ionograma, LDH, PCR, D-Dímero e gasometria se saturação O_2 < 95%);
- Avaliar necessidade de exames de imagem e exames complementares: radiografia ou tomografia computadorizada (TC) de tórax e eletrocardiograma;
- Realizar prescrição de acordo com o quadro clínico do paciente;
- Encaminhar para alta e monitoramento domiciliar ou serviço de maior complexidade, conforme diagnóstico.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

CORONAVÍRUS
COVID-19

CONDUTA CLÍNICA CONFORME A GRAVIDADE

Fluxograma para casos leves



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

(2) Caso o atendimento ocorra na APS, estabilizar o usuário para transporte: garantir estabilidade ventilatória e hemodinâmica, se necessário fornecendo cateter com O_2 e soro endovenoso.

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

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Casos leves

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

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

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

Monitoramento clínico no âmbito da Atenção Primária à Saúde

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

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

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

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

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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

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

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

Teleatendimento

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

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

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

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

I. Dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchidos em cada contato com o paciente;

II. Data, hora, tecnologia da informação e comunicação utilizada para o atendimento; e

III. Número do Conselho Regional Profissional e sua unidade da federação.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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

Consultório Virtual de Saúde da Família

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

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

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

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

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

- **Teleconsultoria para Atenção Primária**

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

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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

- **Teleconsultoria para Atenção Especializada**

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

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

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

CORONAVÍRUS COVID-19

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

LEGENDA
Casos leves
Casos moderados
Casos graves

Sinais/sintomas de síndrome gripal

SINAIS DE GRAVIDADE?
- Dispneia.
- Sat02 < 95% em ar ambiente.
- Desconforto respiratório.
- Piora das condições clínicas de base.

Não → Classificação leve → Seguir fluxograma para casos leves

Sim → Internação

Acionar a vigilância para investigar os contatos se cenário 1*

LEMBRAR DE:
- Notificação SIVEP-Gripe;
- Coletar amostra respiratória e enviar para LACEN;
- Prescrever suporte terapêutico, conforme protocolo adotado.

- Reavaliar terapêutica após resultado de RT-PCR;
- Registrar o resultado laboratorial no SIVEP-Gripe;
- Caso confirmado COVID-19, acionar a vigilância para investigar os contatos se cenário 2**.

Internação → Presença de algum desses sinais/sintomas?

- Choque (hipertensão sem resposta a fluidos);
- Insuficiência respiratória;
- Necessidade de O2 > 5L/min (para SatO2 92%);
- FR>28 irpm;
- Retenção de CO_2 ($PaCO_2$ > 50 mmHg e/ou pH < 7,25).

SIM → Clasificação grave → Internação em leito de terapia intensiva

- Suporte intensivo em leito de isolamento privativo ou coorte;
- Manejo de verificação mecânica conforme fluxogramas;
- Hidratação venosa, se hipotensão;
- Exames complementares;
- Vasopressor quando o choque persistir (PAS < 90mmHg PAM < 65mmHg) durante ou após a ressuscitação volêmica;
- Antibiótico apenas se indícios de infecção bacteriana.

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

Sinais de insuficiência respiratória?
- Uso de musculatura acessória;
- Necessidade de O2 > 5L/min via cateter nasal para sustentar SatO2 > 92%; e/ou
- FR > 28 irpm; e/ou
- Retenção de CO_2 ($PaCO_2$ > 50mmHg e/ou pH<7,25).

Sim → Suporte ventilatório
- Prosseguir com IOT sequência rápida;
- Pré-oxigenação por 5 min. com máscara com reservatório;
- Ventilação mecânica protetora;
- Utilizar linhas para sucção em sistema fechado e filtro HME/MHEF no circuito;
- Veja fluxograma de insuf. respiratória.

Não → Observar sinais de deterioração clínica; Monitorização. → Melhora → Não / Sim → Avaliar alta da UTI

NÃO → Classificado Moderado → Internação em leito crítico
- Acompanhamento clínico em leito de isolamento privativo ou em coorte;
- Oxigenoterapia, se sat < 95% monitoração de SatO2;
- Exames complementares;
- Hidratação venosa, se necessário.

piora clínica? → Sim → Suporte ventilatório

piora clínica? → NÃO → Avaliar alta hospitalar e acompanhamento pela Atenção Primária ou Serviços de Atenção Domiciliar (SAD)/ Melhor em Casa.

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

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

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

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

*Cenário 1 - apenas casos importados (local de infecção fora do seu município de residência), casos autóctones esporádicos ou clusters localizados.
**Cenário 2 - transmissão comunitária.

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

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

CASOS MODERADOS

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

Caso o atendimento de um paciente classificado como “caso moderado” ocorra na APS, este deverá ser estabilizado para transporte a serviço de maior complexidade. Deve-se garantir estabilidade ventilatória e hemodinâmica, se necessário fornecendo cateter com O_2 e administração de solução fisiológica endovenosa.

CASOS GRAVES

MANEJO CLÍNICO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA POR SARS-COV-2

Terapia e monitoramento precoces

• Administre oxigenoterapia suplementar imediatamente a pacientes com dificuldade respiratória, hipoxemia ou choque com alvo em SpO_2 92-96%.

> *Adultos com sinais de emergência (obstrução ou ausência de respiração, desconforto respiratório grave, cianose central, choque, coma ou convulsões) devem receber manejo das vias aéreas e oxigenoterapia durante a abordagem para atingir SpO_2 entre 92-96%. Inicie a oxigenoterapia a 5L/min e avalie as taxas de fluxo para atingir a meta SpO_2 ≥ 92%; ou use máscara facial não reinalante com bolsa reservatório (de 10-15L/min), se o paciente estiver em estado grave. Assim que o paciente for estabilizado, a meta é SpO_2 92 a 96%.

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

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

• Não administre rotineiramente corticosteroides sistêmicos para tratamento de pneumonia viral ou insuficiência respiratória, a menos que sejam indicados por outro motivo, como uso crônico.

• Monitore de perto os pacientes com insuficiência respiratória quanto a sinais de complicações clínicas em decorrência do agravamento da condição pulmonar, como piora do nível de consciência e/ou dos parâmetros hemodinâmico, como alterações da frequência cardíaca e/ou dos níveis pressóricos, os quais podem ter progressão rápida, consequentemente necessitando de intervenções de suporte imediatamente.

* Os pacientes hospitalizados com insuficiência respiratória requerem monitoramento regular dos sinais vitais e, sempre que possível, utilização de escores de alerta que facilitam o reconhecimento precoce e a intensificação do tratamento do paciente em deterioração.

* Os exames laboratoriais de hematologia e bioquímica, gasometria, raio X de tórax e o ECG devem ser realizados na admissão e conforme indicação clínica para monitorar as complicações, como lesão hepática aguda, lesão renal aguda, lesão cardíaca aguda, piora da oxigenação ou instabilidade hemodinâmica. Exames de coagulação, como D-dímero, TP e TPPA, devem ser solicitados nos casos mais graves, bem como ecocardiograma e tomografia de tórax (quando disponíveis e possíveis).

* A aplicação de terapias de suporte oportunas, eficazes e seguras é o pilar da terapia para pacientes que desenvolvem manifestações graves da COVID-19.

• Entenda as comorbidades do paciente para atendimento individualizado e prognóstico. Mantenha uma boa comunicação com o paciente e seus familiares.

• Determine quais terapias crônicas devem ser continuadas e quais devem ser interrompidas temporariamente. Monitore interações medicamentosas.

Indicações de admissão na UTI

É necessário apresentar pelo menos um dos critérios abaixo:

- Insuficiência respiratória aguda, com necessidade de ventilação mecânica invasiva ou
- Insuficiência respiratória aguda com necessidade de ventilação não invasiva (principalmente quando houver necessidade de FiO2 > 50%, ou IPAP > 10cmH_2O ou EPAP > 10cmH_2O para manter SpO2 > 94% e/ou FR ≤ 24 rpm).
- $PaCO_2$ ≥ 50mmHg e pH ≤ 7,35.

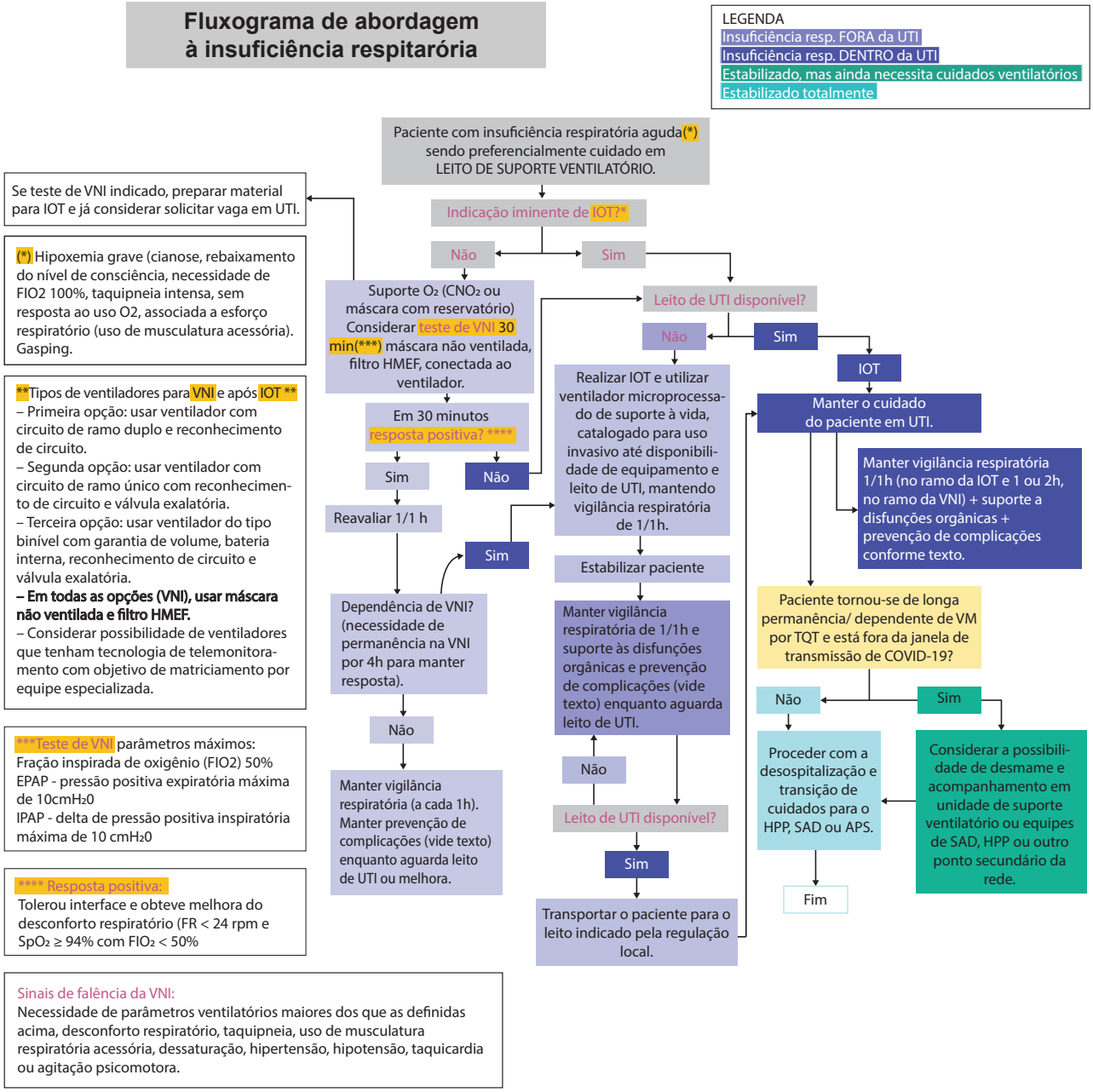
Pacientes com instabilidade hemodinâmica ou choque, definidos como hipotensão arterial (PAS < 90mmHg ou PAM < 65mmHg).

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

CORONAVÍRUS
COVID-19

Tratamento da insuficiência respiratória hipoxêmica

Fluxograma de abordagem à insuficiência respiratória



1. Indispensável uso de EPI (isolamento de contato e respiratório). Internação em leito privativo ou coorte de suspeitos/confirmados.

2. Requisitos mínimos ventiladores (conforme nota técnica AMIB/2020): modos VCV e/ou PCV; controle de delta de pressão (sobre a PEEP) em modo PCV (de 5 a 30cmH_2O) e controle de volume corrente inspirado no modo VCV (de 50 a 700mL); controle de FiO_2 (21 a 100%); PEEP (0 a 20cmH_2O); controle de tempo inspiratório (no modo PCV) em segundos (0,3-2s) e fluxo inspiratório (no modo VCV, até 70L/min); controle de frequência respiratória, de 8 a 40 rpm; medida de pressão de vias aéreas (manômetro analógico ou digital); medida de volume corrente expirado sempre que possível; alarme de pressão máxima em vias aéreas, vazamento e queda de rede de gases; possibilidade de anexar filtro tipo HEPA de alta capacidade (N99 ou N100) no ramo expiratório; e, se possível, possui bateria com, pelo menos, 2 horas de capacidade.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

- Reconheça a insuficiência respiratória hipoxêmica grave quando um paciente com dificuldade respiratória estiver com falha na oxigenoterapia padrão e prepare-se para fornecer suporte avançado de oxigênio/ventilação.

- Preferencialmente, este paciente deve estar em estabelecimento que disponibilize minimamente **leito de suporte ventilatório**, como Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), hospitais de pequeno porte (HPP), hospitais de campanha ou hospitais gerais e de referência para COVID-19. Tais leitos devem contar com ventiladores e monitores adequados.

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

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

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

  1. Dispositivo pronto para uso imediato na Unidade;
  2. Equipe treinada/experiente;
  3. Ter EPI suficientes para procedimentos geradores de aerossóis.

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

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

- Teste de VNI terá duração de 30 minutos e poderá ser realizado com parâmetros máximos de: fração inspirada de oxigênio (FiO2) 50% ou pressão positiva (PP) com delta de 10cmH_2O e pressão positiva expiratória na via aérea (EPAP) 10cmH_2O. Recomenda-se a utilização de máscara orofacial ocluída (sem válvula exalatória).

  *Critério de sucesso na VNI: tolerar interface, melhora do desconforto respiratório (FR < 24 irpm e $SpO_2 \geq 94\%$ com $FiO_2 \leq 50\%$) após 60 minutos de VNI, sem dependência (tolera ficar 2h ou mais fora da VNI, para manter $SpO_2 \geq 94\%$). Considerar intubação orotraqueal imediata nos casos de insucesso.

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

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

Contraindicações à ventilação não invasiva (VNI):

- Rebaixamento nível consciência.
- Aumento secreção pulmonar com necessidade de aspiração frequente.
- Risco de vômitos e aspiração.
- Hemorragia digestiva alta (HDA).
- Mal acoplamento da máscara (p. ex., em caso de deformidades, cirurgia ou trauma de face).
- Falta de colaboração do paciente.
- Instabilidade hemodinâmica.
- Obstrução das vias aéreas.
- Parada cardiorrespiratória.
- Taquipneia progressiva intensa > 35-40 irpm.
- Hipoxemia grave (PaO_2/FiO_2 < 150-200).
- Hipercapnia $PaCO_2$ > 60 mmHg.
- Queda pH progressiva (pH < 7.20-7.25).

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

- Dependência de VNI será considerada quando o paciente não tolerar permanecer fora da VNI por pelo menos 2h (em período de 6 horas), com os seguintes parâmetros: FR ≤ 24-28 irpm, SpO2 ≥ 92%, sem esforço significativo. Em pacientes caracterizados como dependentes de VNI, a intubação orotraqueal é recomendada.
- Na VNI e/ou mesmo em cateter nasal, pode ser tentado alternar o decúbito do paciente para decúbitos laterais e **posição prona** para tentar, assim, evitar a necessidade de intubação orotraqueal.

  *Caso esses pacientes necessitem de O_2 via cateter nasal maior que 5L/minuto para sustentar SpO_2 > 92% (92 a 96%) e/ou tenham frequência respiratória > 28 irpm (principalmente associada a uso de musculatura acessória) ou retenção de CO_2 ($PaCO_2$ > 50mmHg e/ou pH < 7,25) e/ou rebaixamento do nível de consciência, pacientes dependentes de VNI ou que não adaptaram também devem ser intubados e ventilados mecanicamente imediatamente.

  *Os pacientes com insuficiência respiratória aguda, especialmente as crianças pequenas ou pessoas que são obesas ou estão grávidas, podem dessaturar rapidamente durante a intubação. Pré-oxigene com FiO_2 a 100% durante 5 minutos através de uma máscara facial com bolsa reservatório. A ventilação com dispositivo válvula-máscara-reservatório (popularmente, Ambu) deve ser evitada pelo risco de produção de aerossol e contaminação do ambiente.

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

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

• O paciente submetido à intubação orotraqueal deverá ser ventilado a partir de uma estratégia protetora, no modo volume ou pressão controlada (VCV ou PCV) com volume corrente igual a 6mL/kg de peso predito (fórmula abaixo) e pressão de platô menor que 30cmH_2O, com pressão de distensão ou *driving pressure* (= pressão de platô menos a PEEP) menor que 15cmH_2O, e com frequência respiratória entre 20-24 rpm para manter pCO_2 normal (volume minuto entre 7-10L/min).

Fórmula de peso predito ideal:

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

• O ajuste da PEEP ideal ainda permanece não totalmente elucidado. Para PEEP baixa, a tabela PEEP/FIO_2 da ARDSNet é aplicável na maioria dos casos:

FiO_2	0.3	0.4	0.4	0.5	0.5	0.6	0.7	0.7	0.7	0.8	0.9	0.9	0.9	1.0
PEEP	5	5	8	8	10	10	10	12	14	14	14	16	18	18-24

A tabela PEEP/FiO_2 da ARDSNet para PEEP alta pode ser utilizada em casos de hipoxemia persistente (relação PaO_2/FiO_2 < 150):

FiO_2	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.5	0.5	0.5-0.8	0.8	0.9	1.0	1.0
PEEP	5	8	10	12	14	14	16	16	18	20	22	22	22	24

• Em casos selecionados (hipoxemia persistente, PaO_2/FiO_2 < 150, padrão sugestivo de colapso em bases em pacientes bem sedados, com bloqueio neuromuscular e não hipovolêmicos), a PEEP pode ser aumentada para 25cmH_2O, mantendo delta de pressão de 15cmH_2O, durante 5 minutos.

- **Posição prona** se PaO_2/FiO_2 < 150: manter em posição prona por 16 horas. Prioritária é a segurança (atenção relacionadas ao tubo endotraqueal, cateteres e úlceras de pressão. Cuidados com a paramentação adequada - contato e aerossóis - para toda equipe assistente que irá realizar a rotação. Prover adequada sedoanalgesia e, se preciso, curarização). O paciente poderá permanecer em decúbito supino se, após a monobra de prona, permanecer com PaO_2/FIO_2 > 150 (preferencialmente, com FiO_2 < 60%. Do contrário, pode-se considerar novo ciclo em posição prona – AMIB, 2020).

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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

Critérios para desmame de ventilação mecânica – Anexos 4 e 5

• Melhora da doença de base, paciente estável hemodinamicamente (sem uso de DVA, ou noradrenalina < 0,2mcg/kg/min e em ritmo de queda), em modo de ventilação com pressão de suporte de ≤ 10cmH_2O, PEEP ≤ 10cmH_2O, FiO_2 < 45%, mantendo SpO2 > 94% por mais de 24 horas seguir para teste de respiração espontânea (TRE: PS 5 a 7cmH_2O, PEEP = 8cmH_2O, FiO_2 < 40%, por 30 a 120 min).

Critérios de sucesso após TRE

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

Sedação e analgesia – Anexos 2 e 3

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

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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

- Alvo sedação durante as primeiras 48 horas de VM: RASS -5.
- Alvo sedação após as primeiras 48 horas de VM: caso relação PaO_2/FiO_2 > 250, PEEP ≤ 15cmH_2O e FiO_2 ≤ 50% = RASS -3 a 0. Caso relação PaO_2/FiO_2 ≤ 250 e PEEP > 15cmH_2O = RASS -4 a -5.
- Controle de agitação: propofol: 10 a 40mg (1 a 4mL) em bólus; midazolam: 3 a 5mg (5 a 8mL) em bólus.
- Controle de dor (analgesia): fentanil em bólus: 50mcg; associação com analgésico comum com objetivo de poupar opioide.
- Recomenda-se utilização de cisatracúrio 0,15mg/kg em bólus seguido de infusão em BIC de 1-4mcg/kg/min quando houver: dissincronia paciente-ventilador grave e persistente, caracterizada por piora da oxigenação e da ventilação após ajuste da VM e ajuste de sedação, em pacientes com relação PaO_2/FiO_2 entre 150 e 200, ou relação PaO_2/FiO_2 < 150 com PEEP >15cmH_2O. Se BNM iniciado, manter por 48h (preferencialmente associado à monitorização com train-of-four/TOF). Pacientes em uso de BNM (após 48h de uso): se relação PaO_2/FiO_2 > 200, PEEP 7,30 e relação PaO_2/FiO_2 > 200, tentar trocar midazolam por propofol. Se relação PaO_2/FiO_2 > 300, tentar suspender propofol (ou trocar por dexmedetomidina 0,3 a 1,3mcg/kg/h, se disponível) e tentar reduzir progressivamente fentanil concomitantemente.
- Se durante tentativa de diminuição da sedação paciente apresentar assincronia com queda da SpO_2 e/ou instabilidade hemodinâmica, propofol: 10 a 40mg (1 a 4mL) em bólus; fentanil: 25 a 50mcg em bólus; considerar dose de neuroléptico (seroquel 25 a 50mg via SNE ou, alternativamente, risperidona 0,5 a 1mg ou haloperidol EV). Caso não se resolva após 20 minutos, repetir o bólus e aprofundar a sedação diminuindo em -2 na escala de RASS ou até RASS -5 (reavaliar após 24 horas). Caso necessite de mais de dois bólus em 6 horas, considerar aprofundar sedação (reavaliar em 24 horas).

Manejo hemodinâmico

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

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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

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

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

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

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

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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

Prevenção de complicações

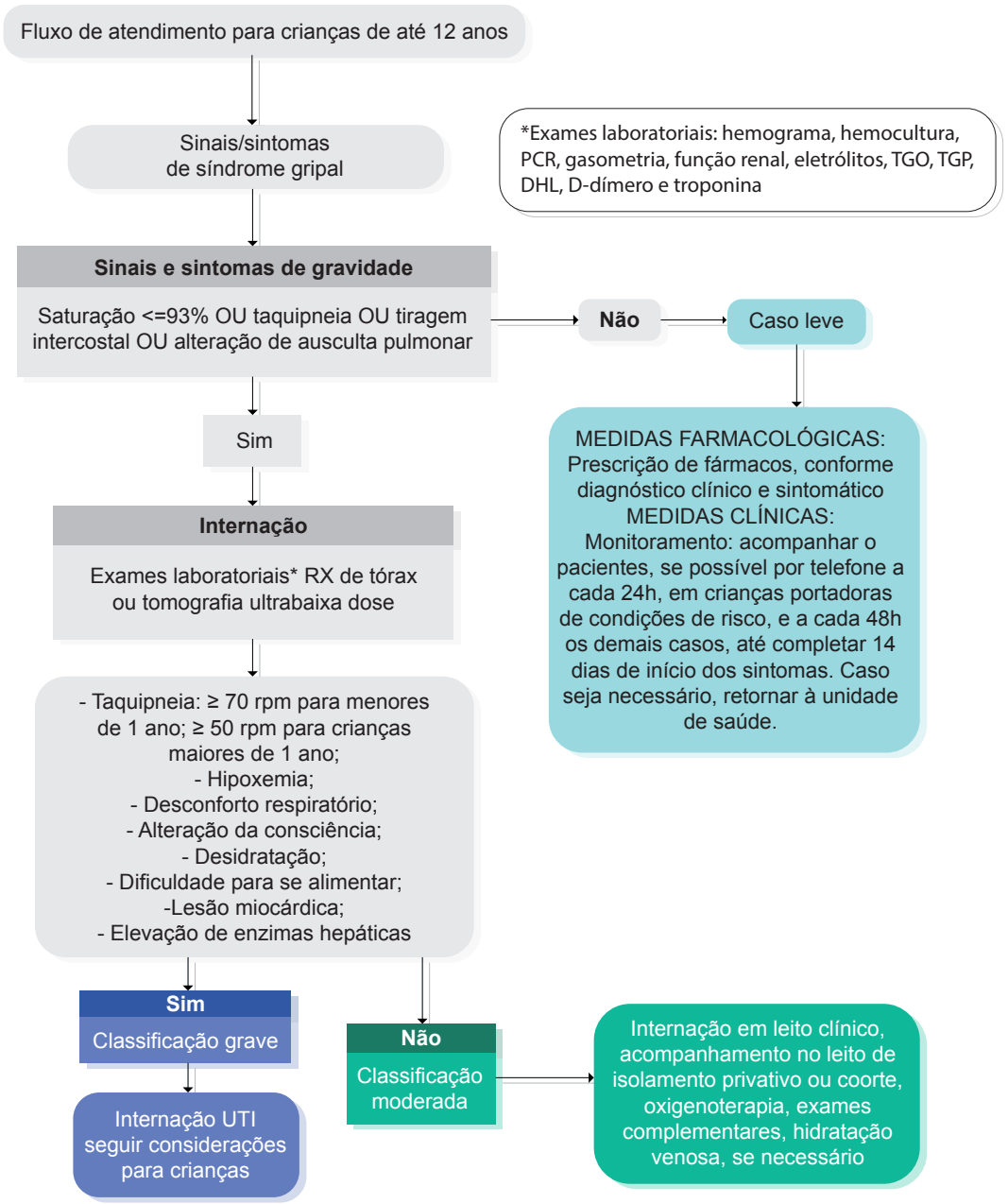
Intervenções a serem implementadas para evitar complicações/agravos do paciente:

Resultado antecipado	Intervenções
Reduzir dias de ventilação mecânica invasiva	Utilizar protocolos de desmame que incluam avaliação diária da capacidade respiratória espontânea. Minimizar a sedação, contínua ou intermitente, visando a pontos finais de titulação específicos ou com interrupções diárias de infusões sedativas contínuas.
Reduzir incidência de pneumonia associada à ventilação	Prefira intubação oral à nasal, realize higiene oral regularmente e mantenha pressão de *cuff* (balonete) controlada: entre 18 e 22mmHg ou 25 e 30cmH_2O Mantenha o paciente em posição semirreclinada (cabeceira elevada entre 30° e 45°). Use sistema de sucção/drenagem fechado; drene periodicamente e descarte o condensado em tubulação. Utilize um novo circuito de ventilação para cada paciente; realize a troca sempre que estiver sujo ou danificado, mas não rotineiramente. Troque o umidificador quanto houver mau funcionamento, sujidades ou a cada 5-7 dias, seguindo as recomendações do fabricante e de acordo com os protocolos definidos pela CCIH do serviço de saúde. Reduza o tempo de ventilação mecânica invasiva.
Reduzir incidência de tromboembolismo venoso	Use profilaxia farmacológica em pacientes sem contraindicação. Caso haja contraindicações, use profilaxia mecânica.
Reduzir incidência de infecção sanguínea por cateter	Inserção do dispositivo: higiene de mãos, utilização de barreira máxima, antissepsia da pele e evitar punção femoral de rotina. Adote uma lista simples de verificação para lembrete das medidas de prevenção de infecção (curativo limpo e seco, prazo de troca adequado, proteção do curativo durante o banho, equipos com data de troca adequada, avaliação diária da necessidade de manutenção do cateter venoso central). É preconizada a desinfecção dos conectores com álcool 70% (gaze ou swab alcoólico) por 5 a 15s, além da higiene de mãos imediatamente antes da administração de medicação."
Reduzir incidência de infecção do trato urinário associada à sonda vesical de demora (SVD)	Evitar uso desnecessário de SVD (condom e cateterização intermitente como opções); técnica asséptica para inserção e uso de sistema fechado; manutenção adequada (bolsa sempre abaixo do nível da bexiga, esvaziar regularmente, troca apenas em caso de mau funcionamento ou desconexão); remoção oportuna da sonda (verificação diária da possibilidade); assegurar treinamento periódico da equipe.”

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA CRIANÇAS



Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Indicações de admissão na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

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

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

Alocação (isolamento)

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

Suporte de oxigênio e ventilação mecânica

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

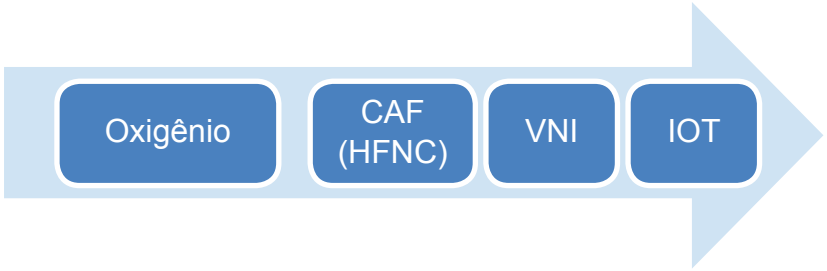


Figura: Progressão de suporte para insuficiência respiratória em crianças.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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

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

Premissas do Protocolo

1. Priorizar experiência individual no cuidado de via aérea
(cautela com procedimentos recém-descritos para adultos x risco EAG).

2. Emergência: equilíbrio entre cuidado do paciente e dispersão.

Particularidades do procedimento de IOT no CTI Pediátrico:

1. Priorizar experiência individual no cuidado de via aérea (cautela com procedimentos recém-descritos para adultos);

2. O procedimento deverá, sempre que possível, ser realizado pelo médico mais experiente presente na unidade;

3. Todo o cenário deve ser preparado para o procedimento, com preparo dos materiais e medicações adequados, incluindo presença no local de maleta com materiais para a via aérea difícil (VAD);

4. Quando montagem de ventilador pela equipe, utilizar filtro HEPA no ramo expiratório do circuito;

5. Instalar, previamente à intubação, o dispositivo de aspiração fechada (Trachcare^{R});

6. Evitar uso de bolsa-valva-máscara, contudo, caso seja necessária ventilação com o dispositivo, instalar filtro no sistema;

7. O material para a laringoscopia deve ser escolhido conforme preferência do profissional que executará o procedimento. Sugerimos a utilização, quando disponível, do videolaringoscópio;

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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

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

Indicação de terapias de resgate nos casos não responsivos

VAFO e ECMO seguem indicações habituais.

Recomendações específicas em pediatria – COVID-19

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

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

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA GESTANTES

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

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

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

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

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

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

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

CORONAVÍRUS COVID-19

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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

GESTANTE COVID-19 (suspeita ou confirmada)		
IDADE GESTACIONAL	**CASOS LEVES**	**SRAG**
< 24 semanas	– Cuidados clínicos maternos; – Não fazer cardiotocografia; – Manter a gestação.	– Cuidados clínicos maternos; – Não fazer cardiotocografia; **– Considerar resolução da gestação, conforme gravidade materna.**
24 a 34 semanas	– Cuidados clínicos maternos; – Cardiotocografia (≥ 26 semanas); – Considerar corticosteroide (maturação pulmonar fetal); – Manter a gestação se estabilidade clínica.	– Cuidados clínicos maternos; – Cardiotocografia (≥ 26 semanas); **– Considerar resolução da gestação, conforme gravidade materna**.
> 34 semanas	– Cuidados clínicos maternos; – Cardiotocografia; – Manter a gestação se estabilidade clínica.	– Cuidados clínicos maternos; – Cardiotocografia.
Medidas de suporte e farmacológicas, conforme protocolos locais vigentes.		

Fluxo de atendimento às gestantes em centro obstétrico:

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

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS

Saúde indígena

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

- Caso o indígena com diagnóstico laboratorial ou clínico epidemiológico de COVID-19 esteja fora da aldeia, recomenda-se manter o tratamento fora da aldeia até a cura;

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

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

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

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

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

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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

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

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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

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

Medidas de prevenção e controle

A implementação de precauções padrão, contato e respiratória (gotículas e aerossóis) constituem a principal medida de prevenção da transmissão entre pacientes e profissionais de saúde e deve ser adotada no cuidado de todos os pacientes (antes da chegada ao serviço de saúde, na chegada, triagem, espera e durante toda assistência prestada), independentemente dos fatores de risco ou doença de base, garantindo que as políticas e práticas internas minimizem a exposição a patógenos respiratórios, incluindo o SARS-CoV-2

Sendo assim, é necessário que os serviços de saúde adotem medidas de prevenção e controle durante toda a assistência prestada aos casos suspeitos ou confirmados da COVID-19. Para subsidiar todos os serviços de saúde, a Anvisa disponibilizou a Nota Técnica nº 4/2020 com orientações mínimas pautadas em evidências disponíveis e que serão atualizadas à medida que surjam novas informações. Pode ser consultada pelo link: portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28

CORONAVÍRUS
COVID-19

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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

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

REFERÊNCIAS

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Nota Técnica nº 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Atualizada em 31 mar. 2020. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28. Acesso em: mar. 2020.

2. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 07/2020 – Orientações para a prevenção da transmissão de COVID-19 dentro dos serviços de saúde (08.05.2020). Disponível em: portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/NOTA+T%C3%89CNICA+-GIMS-GGTES-ANVISA+N%C2%BA+07-2020/f487f506-1eba-451f-bccd-06b8f1b0fed6

3. ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). Nota técnica sobre características de aparelhos ventiladores artificiais no suporte ao paciente com COVID-19. Abril de 2020. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/26/Nota_te__cnica_sobre_caracteri__sticas_de_aparelhos_ventiladores_artificiais_no_suporte_ao_paciente_com_COVID-19.pdf. Último acesso em 28/05/2020.

4. ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). Orientações sobre o manuseio do paciente com pneumonia e insuficiência respiratória devido a infecção pelo Coronavírus (SARS-CoV-2). Versão n. 3, 2020. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/ user_upload/amib/2020/marco/29/Orientacoes_sobre_o_manuseio_do_paciente_com_ pneumonia_e_insuficiencia_respiratoria_devido_a_infeccao_pelo_Coronavirus_SARS-CoV-2_-_Versao_n.032020.pdf. Acesso em: mar. 2020.

5. ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. Orientações sobre o manuseio do paciente com pneumonia e insuficiência respiratória devido a infecção pelo coronavírus (SARS-CoV-2) – Versão n.06/2020* Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/Orientac__o__es_para_o_Manuseio_do_paciente_com_coronavirus_-V6_Junho_2020.pdf

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

6. ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA – AMIB, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE EMERGÊNCIA – ABRAMEDE, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA CARDIORRESPIRATÓRIA E FISIOTERAPIA EM TERAPIA INTENSIVA – ASSOBRAFIR E SOCIEDADE BRASILEIRA PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE – SOBRASP. Sobre o uso de cápsula acrílica e sobre o uso de dispositivos acessórios, câmara, tendas e boxes, para proteção da equipe multiprofissional no atendimento a pacientes com suspeita ou confirmação de infecção por coronavírus (SARS-CoV-2) em ambientes hospitalares. https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/15/posicionamento-amib-material-o2_associacoes2.pdf

7. ALMEIDA JFL, TERRA CM. Cuidados em Terapia Intensiva Pediátrica para Pacientes com Síndrome Gripal suspeito ou confirmado pelo COVID-19. Protocolo Assistencial HIAE, 2020.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. Classificação de risco dos agentes biológicos. 3. ed. Brasília, DF: MS, 2017.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico, n. 1, Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde SVS/MS-COE, jan. 2020. Disponível em: http:// portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/28/Boletim-epidemiologicoSVS-28jan20. pdf. Acesso em: mar. 2020.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de tratamento de influenza: 2017. Brasília, DF: MS, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_tratamento_ influenza_2017.pdf. Acesso em: mar. 2020.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais. Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/16/01-recomendacoes-de-protecao.pdf

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 8 (09 de abril de 2004) e 14 (27 de abril de 2020). Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/09/be-covid-08-final-2.pdf. Último acesso em 20/05/2020. https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/27/2020-04-27-18-05h-BEE14-Boletim-do-COE.pdf

13. BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica sobre Hospitais de Campanha (19 de maio de 2020). Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/22/3.%20b)%20APRESENTA%C3%87%C3%83O_HOSPITAIS_CAMPANHA_MS%20II.pdf. Último acesso em 27/05/2020.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 9, sobre Recomendações da Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar em relação à atuação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) – Programa Melhor em Casa na pandemia do Coronavírus (COVID-19). Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/20/doc-nota-tecnica-covid19---1-.pdf

15. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica – Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional pela doença pelo Coronavírus 2019. Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/20/doc-nota-tecnica-covid19---1-.pdf

16. BRASIL. Ministério da Saúde. Cuidados no ambiente hospitalar ao paciente com suspeita ou diagnóstico de COVID-19. https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/12/Cuidados-COVID-MS-05-05-2020.pdf

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

17. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 1.514, DE 15 DE JUNHO DE 2020. Define os critérios técnicos para a implantação de Unidade de Saúde Temporária para assistência hospitalar – HOSPITAL DE CAMPANHA voltadas para os atendimentos aos pacientes no âmbito da emergência pela pandemia da COVID-19. Diário Oficial, Brasília, DF. 16 de jun.2020. p. 34. Disponível em: http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.514-de-15-de-junho-de-2020-261697736

18. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 1.521, DE 15 DE JUNHO DE 2020. Autoriza a habilitação de leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar para atendimento exclusivo dos pacientes da COVID-19. Diário Oficial, Brasília, DF. 16 de jun.2020. p. 34. Disponível em: http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.521-de-15-de-junho-de-2020-261697745

19. CASTAGNOLI R, VOTTO M, LICARI A, et al. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection in Children and Adolescents: A Systematic Review. JAMA Pediatr. Published online April 22, 2020. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.1467.

20. CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Known or Patients Under Investigation for 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) in a Healthcare Setting, 2020. Disponível em: https://www.cdc. gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control.html. Acesso em: mar. 2020.

21. DAY, Michael. COVID-19: four fifths of cases are asymptomatic, China figures indicate BMJ 2020; 369:m1375.

22. FIOCRUZ. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Coronavírus e Gestação. 2020.

23. GAO J, Tian Z, Yang X (2020) Breakthrough: Chloroquine phosphate has shown apparent efficacy in treatment of COVID-19 associated pneumonia in clinical studies. Biosci Trends 4:72–73.

24. GUAN, W. et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. New England Journal of Medicine, 2020. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2002032?articleTools=true. Acesso em: mar. 2020.

25. HUANG, C. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. The Lancet, London, 2020. Disponível em: https://www.thelancet.com/action/showPdf?pi i=S0140-6736%2820%2930183-5. Acesso em: mar. 2020.

26. INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE. Implementação de protocolo gerenciado de Sepse: Protocolo Clínico. 2018. Disponível em: https://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ ferramentas/protocolo-de-tratamento.pdf. Acesso em: mar. 2020.

27. LIANG H, Acharya G. Novel corona virus disease (COVID-19) in pregnancy: What clinical recommendations to follow? Acta Obstet Gynecol Scand. 2020; 99: 439□ 442.

28. LAJOS G J, LUZ A G, VALLE C R. Manejo clínico de gestantes com suspeita ou confirmação de COVID-19. Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti CAISM/UNICAMP. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Protocolo-Manejo-Gestante-e-Covid-UNICAMP.pdf Acessado: 01/06/2020.

29. Novel coronavirus disease (COVID-19) in pregnancy: What clinical recommendations to follow? Vol. 99, Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. United States; 2020. p. 439–42.

30. Practice recommendations for the management of children with suspected or proven COVID-19 infections from the Paediatric Mechanical Ventilation Consensus Conference (PEMVECC) and the section Respiratory Failure from the European Society for Paediatric and Neonatal Intensive Care (ESPNIC) – a consensus statement. Published April, 2020. https://espnic-online.org/News/Latest-News/Practice-recommendations-for-managing-children-with-proven-or-suspected-COVID-19.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

31. Protocolo de Manejo Clínico de gestantes com COVID-19/CASIM/Unicamp, disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-manejo-clinico-de-gestantes-com-suspeita-ou-confirmacao-de-covid-19/

32. SIMPSON S, KAy FU, ABBARA S, et al. Declaração de consenso de especialistas da Sociedade Radiológica da América do Norte sobre o relato de achados de TC de tórax relacionados à COVID-19 Endossado pela Sociedade de Radiologia Torácica, pelo American College of Radiology e pela RSNA. Radiologia: Imagem Cardiotorácica 2020. Copyright © 2020 Radiological Society of North America. Disponível em: https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/ryct.2020200152 (Acesso em 6 de abril de 2020).

33. SurvivingSepsisCampaign.COVID-19 Guidelines. Published March 20, 2020. https://www.sccm.org/SurvivingSepsisCampaign/ Guidelines/COVID-19

34. WEI WE, LI Z, CHIEW CJ, YONG SE, Toh MP, Lee VJ. Transmissão pré-sintomática da SARS-CoV-2 – Cingapura, 23 de janeiro a 16 de março de 2020. MMWR Morb Mortb Wkly Rep 2020; 69: 411–415. DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6914e

35. WEISS, S. L. et al. Surviving sepsis campaign international guidelines for the management of septic shock and sepsis-associated organ dysfunction in children. Intensive Care Medicine, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00134-019-05878-6. Acesso em: mar. 2020.

36. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Advice on the use of masks the community, during home care and in health care settings in the context of the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak Interim guidance, 29 Jan. 2020. WHO/nCov/IPC_Masks/2020.1. Disponível em: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance. Acesso em: mar. 2020.

37. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: Interim guidance. Jan. 2020. Disponível em: https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acuterespiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected. Acesso em: mar. 2020.

38. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: Interim guidance. Mar. 2020. V. 1.2. Disponível em: https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratoryinfection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected. Acesso em: mar. 2020.

39. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Novel Coronavirus (2019-nCoV) technical guidance. 2020. Disponível em: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019. Acesso em: mar. 2020.

40. WU C, CHEN X, CAI Y, XIA J, ZHOU X, XU S, et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. JAMA Intern Med. 2020 Mar

41. XU Y, LI X, ZHU B, et al. Characteristics of pediatric SARS-CoV-2 infection and potential evidence for persistent fecal viral shedding. Nat Med. Published online March 13, 2020. doi:10.1038/s41591-020-0817-4

42. ZHU N, ZHANG D, WANG W, et al; China Novel Coronavirus Investigating and Research Team. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. N Engl J Med. 2020; 382(8):727-733. doi: 10.1056/NEJMoa2001017.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

CORONAVÍRUS
COVID-19

ANEXOS

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

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

NOTAS:
§ A inclusão em um relatório de itens anotados entre parênteses na coluna “Idioma de notificação” sugerido pode depender de suspeita clínica, prevalência local, status do paciente como PUI e procedimentos locais relacionados à notificação.
§ A CT não substitui a RT-PCR; considere o teste de acordo com as recomendações e procedimentos locais e a disponibilidade da RT-PCR.
Fonte: Simpson S, Kay FU, Abbara S, et al. Declaração de consenso de especialistas da Sociedade Radiológica da América do Norte sobre o relato de achados de TC de tórax relacionados ao COVID-19 endossado pela Sociedade de Radiologia Torácica, pelo American College of Radiology e pela RSNA. Radiologia: Imagem Cardiotorácica 2020. Copyright © 2020 Radiological Society of North America. Disponível em: https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/ryct.2020200152 (acesso em 6 de abril de 2020). Reproduzido sob os termos da Creative Commons Attribution License.

CORONAVÍRUS
COVID-19

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Anexo 2 – Sedação e analgesia para IOT

Para IOT

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

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

Sedação inicial

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

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

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

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

Sedação manutenção

• Alvo de sedação após as primeiras 48 horas de VM:
Relação PaO_2/FiO_2 > 250 e PEEP ≥ 15 cmH_2O e FiO_2 ≤ 50% RASS -3 a 0
Relação PaO_2/FiO_2 > 250 e PEEP ≥ 15 cmH_2O: RASS -4 a -5

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

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

Bloqueador neuromuscular (BNM)

• Iniciar cisatracúrio 0,15 mg/kg em bólus + infusão 1-4 mcg/kg/min em BIC quando houver: assincronia grave persistente (piora da oxigenação e da ventilação após ajustes da VM e da sedação) em pacientes com relação PaO_2/FiO_2 entre 150 e 200 ou PaO_2/FiO_2 < 150 com PEEP > 15cmH_2O

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

• Se iniciou BNM, manter por 48h

• Se paciente em uso de BNM (após 48h de uso) + PO_2/FiO_2 > 200 + PEEP < 20cmH_2O --> suspender BNM e reavaliar em 24h

Desmame

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

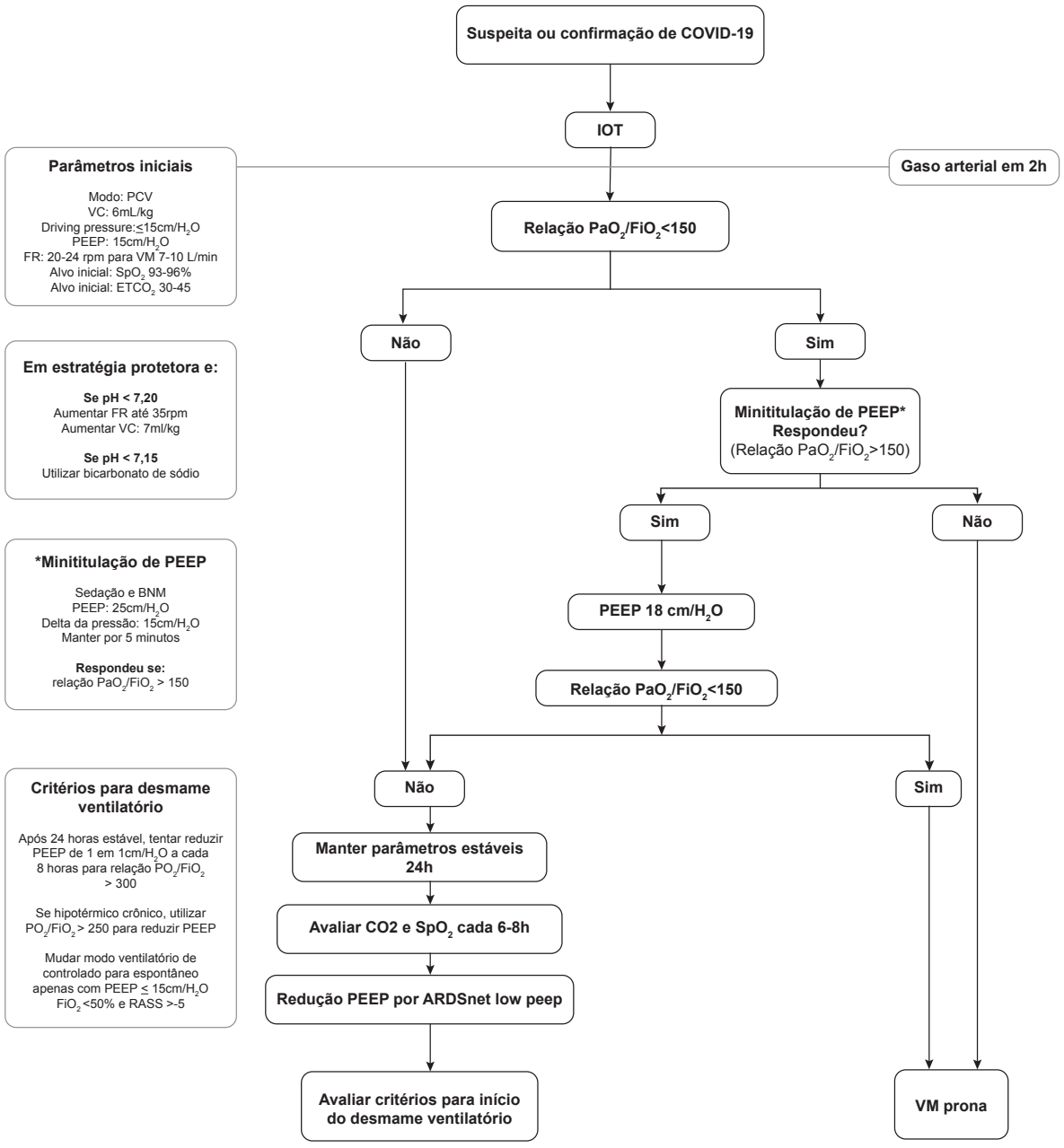
• Se assincronia durante o desmame + queda da SpO_2 e/ou instabilidade hemodinâmica:
Propofol: 10 a 40mg (1 a 4mL) em bólus
Fentanil: 25 a 50 mcg em bólus (0,5 a 1mL)
Administrar neuroléptico (seroquel 25-50 mg via SNE ou risperidona 0,5-1mg ou haloperidol EV)
Sem melhora em 20 minutos --> aprofundar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

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

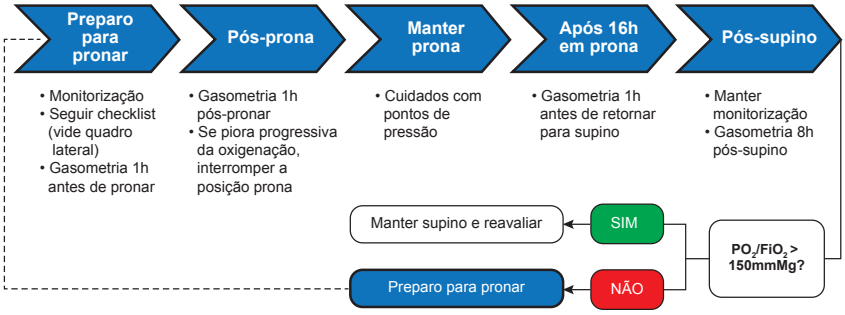
Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

CORONAVÍRUS
COVID-19

Anexo 3 – Técnicas para resgate e manejo da hipoxemia



Ventilação em posição prona



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

Posição prona entre 16-21h

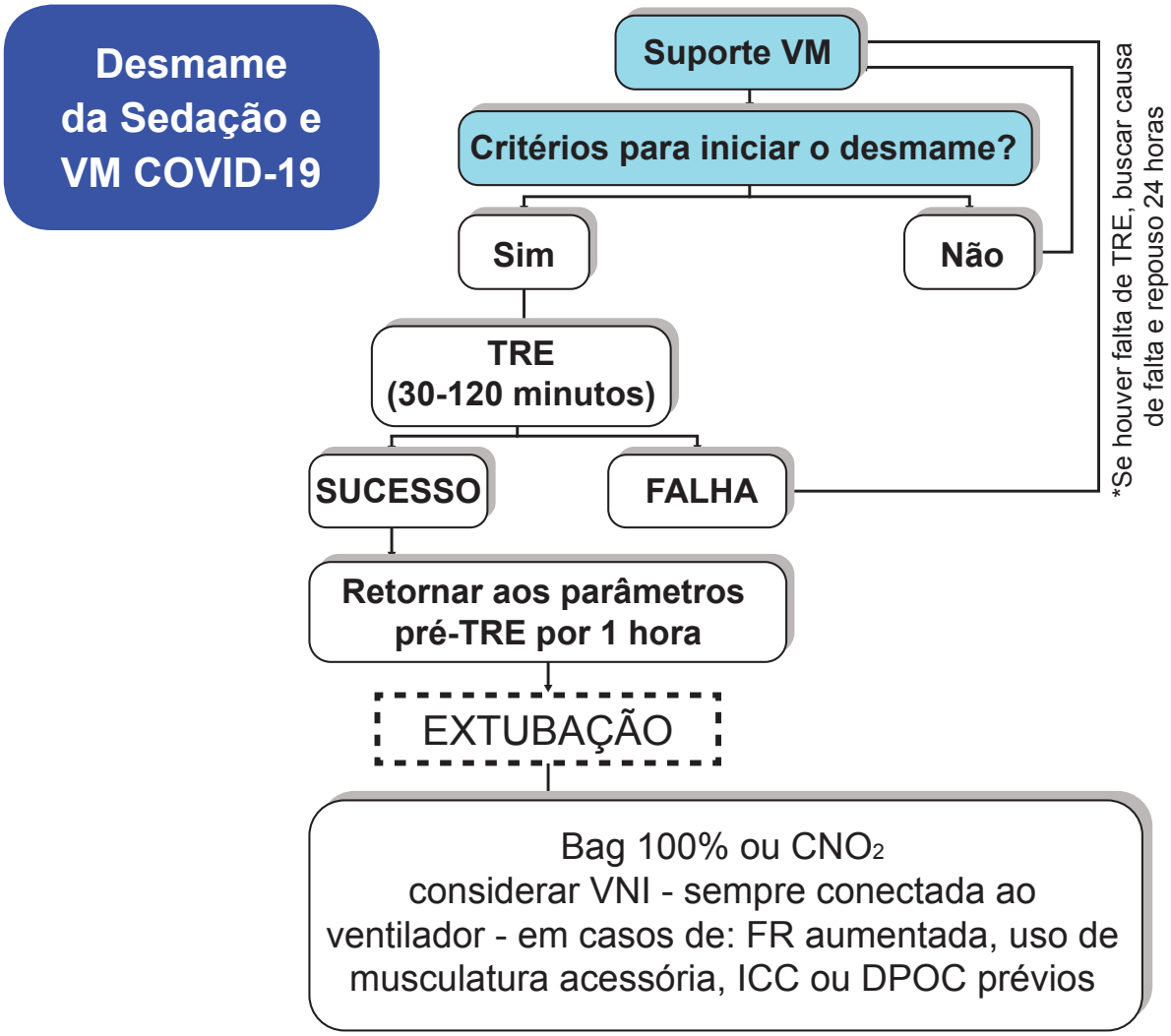
Respondedor: aumento da PaO_2/FiO_2 > 20% ou da PaO_2 > 20mmHg + aumento da complacência pulmonar e redução da pressão do platô

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

CORONAVÍRUS
COVID-19

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Anexo 4 – Desmame da sedação e ventilação mecânica



Parâmetros de TRE
- PS 5 a 7 cmH_2O.
- PEEP = 10 cmH_2O (pacientes com contraindicação de VNI PEEP = 8).
- FiO2 ≤ 40%.

Critérios de sucesso do TRE
- Troca gasosa (SpO_2 ≥ 90% com FiO_2 ≤ 50% aumento ≤10 mmHg $PaCO_2$ basal).
- Hemodinâmica (FC ≤ 120-140 ou aumento < 20% da FC inicial PA estável).
- Conforto respiratório (FR ≤ 35 rpm e/ou aumento de FR ≤ 50% basal; sem uso de musculatura acessória).

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

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

CORONAVÍRUS COVID-19

Anexo 5 – Cuidados para extubação

Cuidados para extubação

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

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

CORONAVÍRUS
COVID-19

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

DISQUE SAÚDE 136

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2081-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

CORONAVÍRUS
COVID-19

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

Brasília - DF
Maio de 2020

DISQUE SAÚDE 136

SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE | PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-4[illegible]-fee3b4db1d1e

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

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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 Menegueti – 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 – EBSERH – 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.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etcce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7e3f60a0-2682-47cf-a7dc-feeb4dbxd1e

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.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etcdoc.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2686-47ea-7dfee2e44dbd1e

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

O SARS-CoV-2 tem mostrado comportamento incomum, com alta transmissibilidade e letalidade[1]. 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 respiratórias[2].

Em Wuhan, China, o período médio de incubação observado foi de 5,2 dias com o tempo máximo de 12,5 dias[3] 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 estudos que indicam que a transmissão pode ocorrer antes do aparecimento dos sintomas[1]. 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 dispneia e, em menor frequência, cefaleia ou tonturas, diarreia, náuseas e vômitos[3] 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-19[4]. 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 possível[5].

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-

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 imunológico[6]. 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-COEcorona-SVS-13fev20.pdf

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). [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/April/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

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7d0-fe3b4db1d1e

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etcetce.go.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60d0-2682-47cf-a7dc-fee3b4d0d1e

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 Saúde[1].

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 consequentemente 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;

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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 e 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: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a8-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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 os demais pacientes do serviço[1].

De acordo com o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco[2], 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.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

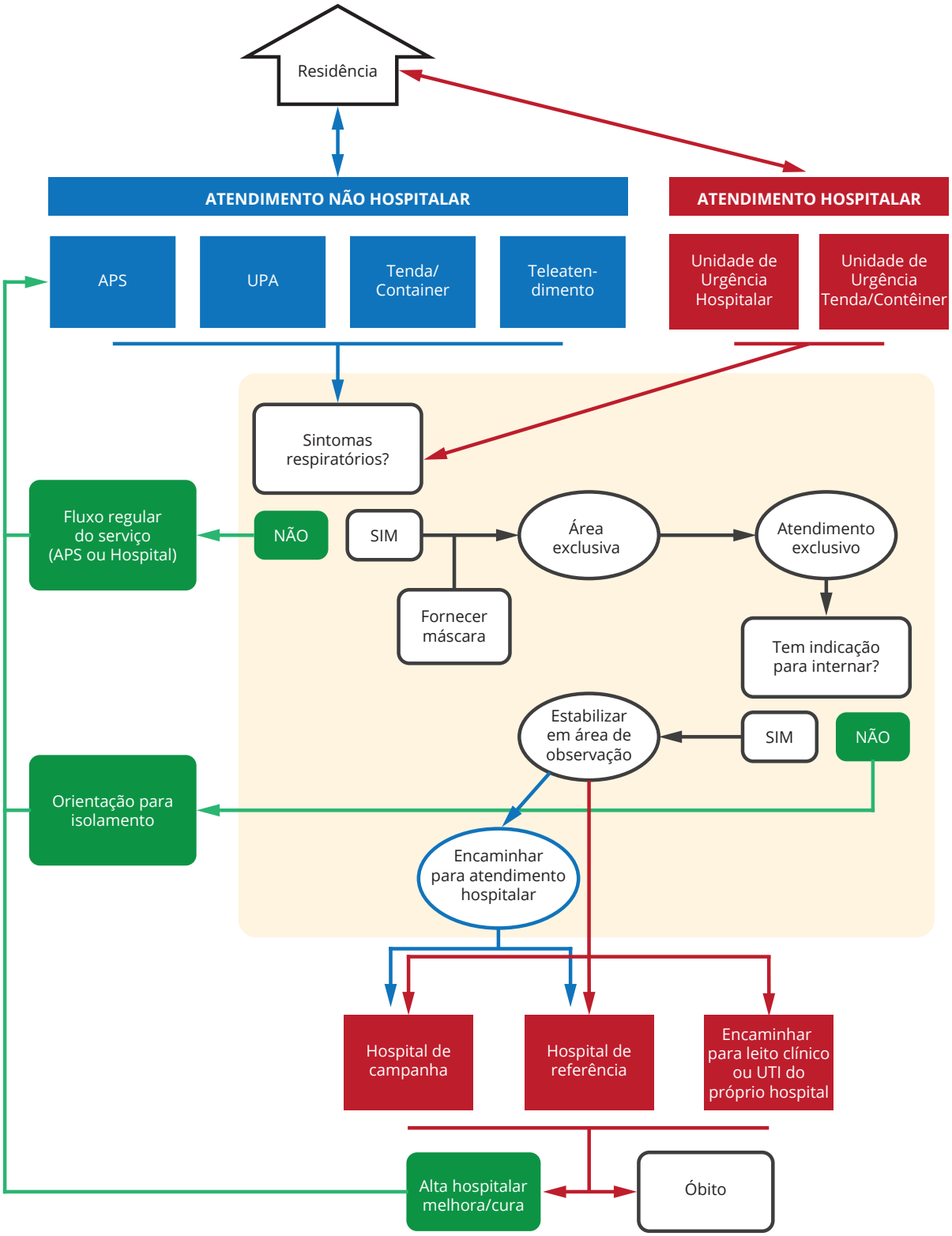


Figura 1. Fluxograma de atendimento a pacientes com suspeita de COVID-19 nos diferentes níveis de atenção do Sistema de Saúde.
Fonte: Adaptado pelos autores de Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Fluxograma COVID-19[3].

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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 anteriormente[2].

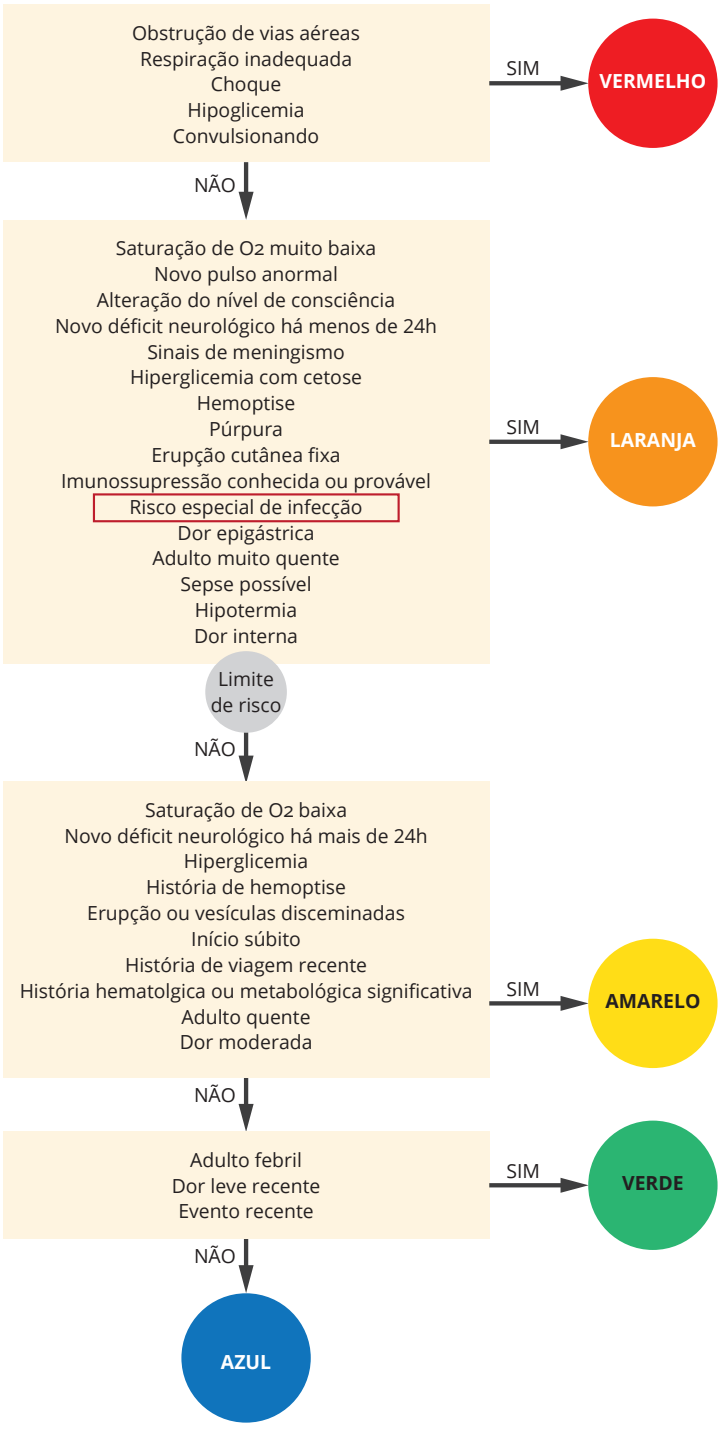


Figura 2. Fluxograma de Manchester para adultos com mal-estar. Fonte: Adaptado de GBCL, 2020[2].

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etd.ctce.ua.gov.br/ep/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f6000-2682-4704-a7dc-fee3f4db1d1e

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 risco[1].

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.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0a268217cf47dcdee3b4db1d1e

5. Medidas de segurança recomendadas aos profissionais de saúde para o cuidado de paciente com suspeita ou diagnóstico de COVID-19

5.1 Norma Regulamentadora NR 32

Medidas de segurança devem ser seguidas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e todos os outros profissionais que atuam em instituições de saúde, inclusive por trabalhadores de gestão, administrativo e apoio, pois estão expostos a riscos ocupacionais (biológicos, físicos, químicos, ergonômicos, psicossociais e de acidentes) devido às especificidades das atividades desenvolvidas e ao ambiente de trabalho. A Norma Regulamentadora - NR 32 estabelece as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral[1].

Dentre as medidas preventivas do adoecimento dos profissionais de saúde pelo trabalho, destaca-se a necessidade da imunização dos trabalhadores de saúde (vacina contra hepatite A e B, contra difteria, tétano e coqueluche, varicela, influenza, antimeningocócica C conjugada e tríplice viral), a execução de técnicas seguras de trabalho (para qual a capacitação do profissional é essencial), uso rigoroso das Precauções Padrão que incluem a higienização das mãos, uso adequado de EPI, bem como sua retirada, armazenamento e descarte, além do descarte adequado de material perfurocortante.

Considerando a alta transmissibilidade do SARS-CoV-2 por gotículas, aerossóis e contato, os profissionais de saúde devem realizar práticas adequadas de trabalho que assegurem a prevenção do risco biológico (vírus). Além disso, estratégias de enfrentamento ao estresse são aconselhadas uma vez que, na crise ora vivenciada, ele interfere nos processos mentais e nas dinâmicas relacionadas à saúde mental.

Referências

1 Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a norma regulamentadora nº 32 (Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde) [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília(DF); 2005 Nov 11 [Acesso 2020 Abr 05]. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_32.pdf

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f6000-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1f1e

5.2 Evidências científicas sobre as técnicas seguras de trabalho e o uso de Equipamentos de Proteção Individual recomendados para a assistência de pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de COVID-19

A revisão integrativa da literatura objetivou sintetizar as técnicas seguras no uso de EPI recomendados para a assistência de pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado pelo novo coronavírus. O processo de busca a artigos, editoriais e cartas ao editor foi amplo e realizado nas principais bases de dados eletrônicas da área da saúde: Central (Cochrane Central Register of Controlled Trials) disponível em *The Cochrane Library*, *Cinahl* (*Cumulattive Index to Nursing and Allied Health Literature*), Embase (Excerpta medica), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Pubmed (*US National Library of Medicine*), Scopus e *Web of Science*. Utilizou-se o vocabulário controlado e seus sinônimos: "Coronavirus" OR "COVID-19" OR "COVID-19 pandemic" OR "2019-nCoV infection" OR "2019 novel coronavirus infection" OR "coronavirus disease-19" OR "2019-nCoV disease" AND "Personal Protective Equipment" OR "Personal Protective Equipment" OR "Eye Protective Devices" OR "Head Protective Devices" OR "masks" OR Donning[All Fields] OR Doffing OR Coveralls OR hood OR "surgical masks" OR "Aprons" OR "Inner gloves" OR "Outer gloves". A busca foi realizada em abril de 2020, sem limite de data ou língua da publicação.

A síntese das evidências obtidas

A resposta à pandemia de COVID-19 envolve estratégias voltadas para o uso adequado de EPI; reduzir a transmissão da doença e promover a prontidão, mantendo um ambiente seguro.

A síntese do conhecimento pautada nas evidências identificadas na literatura é oriunda de 16 publicações[1-16]. Ressalta-se que, dentre essas, a maioria tem um nível de evidência baixo, pois são estudos que não testaram a técnica segura ou a efetividade de EPI para a proteção do profissional de saúde. Identificou-se apenas um ensaio clínico randomizado que recomenda que o uso de vídeo para treinamento de paramentação e desparamentação tem o mesmo resultado que o treinamento presencial[1].

Há atitudes inovadoras compartilhadas nas experiências dos países que têm enfrentado a pandemia para o uso adequado do EPI e minimizar a exposição do profissional como o deslocamento das bombas de infusão e visor dos ventiladores mecânicos para fora do quarto[2].

O uso de uma pessoa dedicada para observar o profissional a se desparamentar é vital; essa pessoa não apenas ajuda a garantir que as etapas adequadas sejam seguidas na ordem correta, mas também pode atuar como um conjunto de olhos para monitorar o risco de exposição acidental. A supervisão do desempenho dos profissionais pode ser de acordo com listas de verificação[1-2,6]. Além disso, quando disponível, o estudo propõe o uso de equipamentos eletrônicos sem fio para comunicação a distância e alertar qualquer erro no processo[16].

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.ice.pergov.br/epp/validaDocSeam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47c0a7dc-fee3b4dbd1e

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 desparamentação antes que o enfermeiro/profissional da saúde saia da enfermaria[2]. 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 beleza[11].

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. A 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-estabelecidos[6].

Estudo propõe o uso de EPI empregados em outros serviços, como os protetores faciais utilizados em siderúrgicas durante a soldagem[11].

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.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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 proctetive cloting*) 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.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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 e elásticos para vedação; capuz com máscara cirúrgica acoplada; máscaras FFP1; 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 estrita 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%.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etcetce.pe.gov.br/ejpp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Estudo/ País de Origem	Técnicas Seguras	EPI mencionados nos estudos
Sorbello M et al., 2020[6] Itália	A paramentação e desparamentação repetidas gera desgaste físico, além do tempo com EPI causar restrições físicas à rotina. O desafio do estabelecimento de comunicação com o uso de EPI e as mudanças na prática clínica padrão geram encargos psicológicos a equipe. A orientação e coordenação de equipes, atribuição de tarefas, treinamento de equipes, uso de listas de verificação e auxílios cognitivos são cruciais para reduzir a carga de trabalho física e cognitiva. Para reduzir riscos físicos, é imprescindível a consideração de projetos de ergonomia pré-estabelecidos. Um observador externo deve supervisionar o desempenho dos profissionais de acordo com listas de verificação sobre o uso do EPI.	Os níveis de proteção para o manejo das vias aéreas em pacientes COVID-19 adotados na maioria dos hospitais da Itália são de EPI de segundo ou terceiro nível, preferindo o uso de EPI de nível aéreo para procedimentos geradores de aerossóis em cuidados intensivos, e incluir capacetes, ou capuzes; óculos ou protetores faciais, máscaras FFP3 ou FFP2 N95 (se não houver capacete); roupas de proteção ou macacões de mangas compridas resistentes a umidade; luvas duplas (possivelmente de cores diferentes).
Zhong Q et al., 2020[7] China	Não são apresentados tais resultados.	Quarenta e quatro anestesistas manejaram pacientes com COVID-19, sendo que 37 (84,1%) usaram EPI nível 3 (máscara N95, ou outra similar, roupa de proteção química totalmente fechada e luvas internas e externas resistentes), os demais utilizaram nível de proteção 1 (máscara cirúrgica, gorro, luvas e aventais). A infecção por COVID-19 foi confirmada por PCR em 5/44 (11,4%) dos anestesistas, sendo: 1 dos 37 (2,7%) que usou EPI nível 3; e 4 dos 7 (57,1%) que usaram EPI nível 1. Redução de Risco (RR) = 95,3% (IC95% 63,7-99,4%; p<0,01).

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.ice.pe.gov.br/epvalidaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2680-47df-a7dc-fce3b40b1d1e

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 proctetive cloting) 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, Desai 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 e 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.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.go.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee354dbd11e

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.ce.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2082-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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) e protetor facial. Proteção corporal: avental e propé 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

1 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].

2 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].

3 Ong JJY, 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].

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.go.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f0a0-2682-47dc-fee3bdb1d1e

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-Boghdadly, 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):297-298. 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 Anesthesia. 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: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etcetce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db41e

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 prestado[1].

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 aerossóis[2].

A seguir são descritas as precauções padrão por contato, gotículas e aerossóis recomendadas internacionalmente[1] .

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 com[3]:

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.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3660a0-2682-47cf-a7dc-fee364db1d1e

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, estetoscópios, 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/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 e 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 área[4].

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 diagnóstico[2-3].

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.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etp.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c6f60a0-2682-47da-7dc-fee3b4db1d1e

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 gotículas usar os EPI recomendados para precauções por contato.

5.3.3 Precauções por aerossóis

As precauções para aerossóis impedem a transmissão de patógenos que ficam suspensos no ar. Os aerossóis são partículas menores que as gotículas (menores que 5 micra), capazes de permanecer suspensas no ar por longos períodos de tempo ou no ambiente e, quando inaladas, podem penetrar mais profundamente no trato respiratório. Na assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2, alguns procedimentos podem gerar aerossóis tais como a intubação traqueal, ventilação não invasiva, traqueostomia, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, broncoscopias e coletas de amostras nasotraqueais[3,5].

Os EPI recomendados aos pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2 em procedimentos geradores de aerossóis são:

- **avental descartável de mangas longas e punhos de elástico**;
- **gorro** confeccionado com material descartável é indicado para a proteção dos cabelos e cabeça dos profissionais;
- **máscara tipo N95 ou PFF2 ou PFF3**. As máscaras PFF2/N95 possuem eficiência mínima de 94% e a PFF3 possui eficiência mínima de 99%;
- **óculos de proteção individual e protetor facial**;
- **luvas de procedimentos**.

Observações:

1) Recomenda-se que os procedimentos, que possam gerar aerossóis, sejam realizados, preferencialmente em uma unidade de isolamento respiratório com pressão negativa e filtro HEPA (*High Efficiency Particulate Arrestance*). Na ausência desse tipo de unidade, deve-se colocar o paciente em um quarto com portas fechadas (com janelas abertas) e restringir o número de profissionais durante procedimentos que geram aerossóis;

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47d0a7dcfee3b4db1d1e

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 pacientes [7].

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 ao 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 sabão[6].

Para a Organização Mundial da Saúde, outros aspectos podem ser considerados para o uso racional dos EPI que incluem[4]:

- 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: https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html. Acess in 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/ab598660-3de4-4f14-8e6f-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. Disoinivel 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.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47ca-a7dc-fee3b4d9d1de

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3b0a07-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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 ANVISA[1].

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://atce.tce.pe.gov.br/epvalidaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Estudo reforça a importância da higienização completa das mãos na prática clínica da doença por coronavírus na Itália[2], 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 paciente[3], 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 de mãos, pois requer aproximadamente um terço do tempo para realizar a técnica quando comparada a água e sabão e é mais eficaz na eliminação de microrganismos[4-6]. 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 saúde[1]. 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.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Técnica de higienização das mãos com álcool 70% em gel

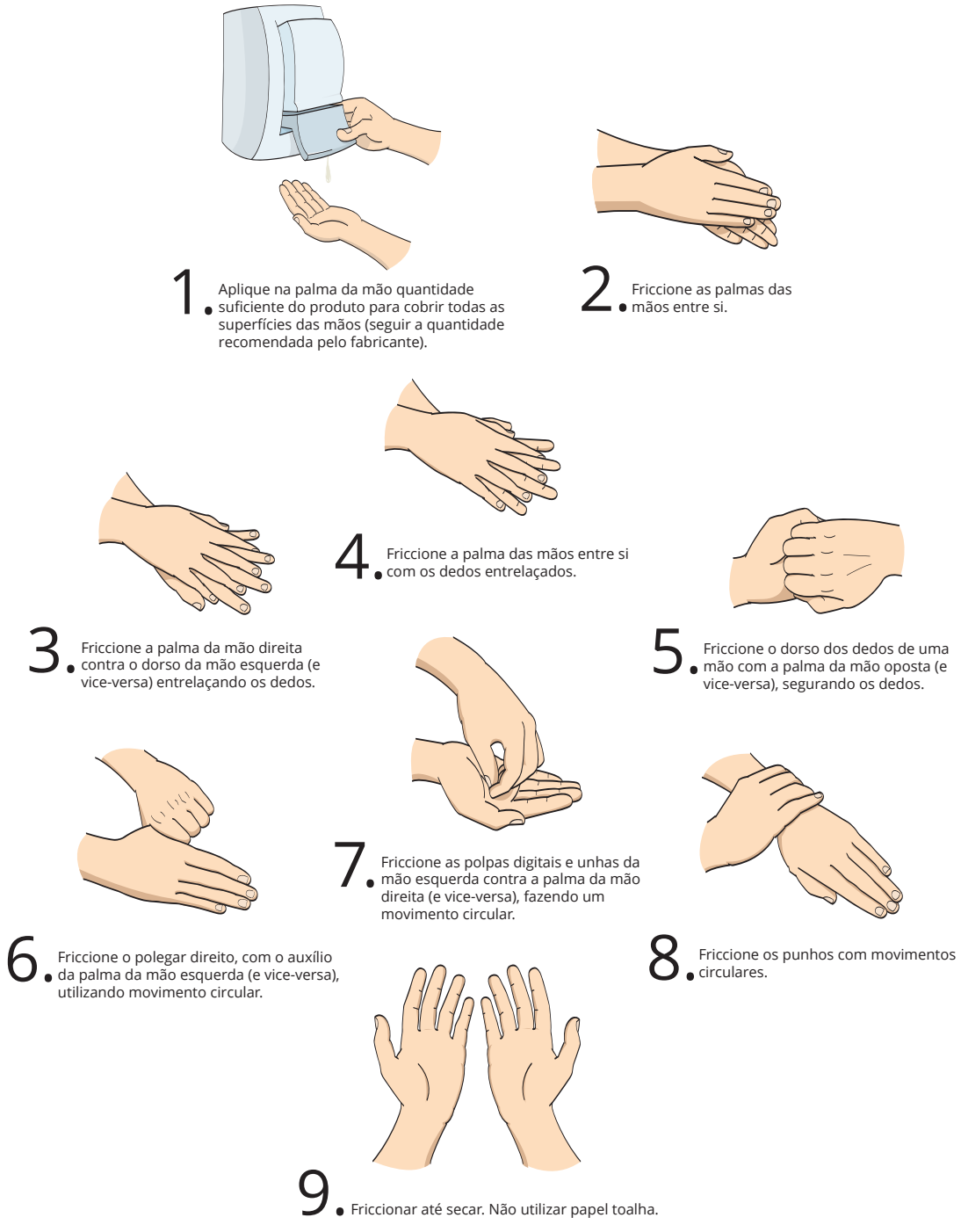


Figura 2. Procedimento técnico de higienização das mãos com álcool em gel 70% segundo ANVISA[1]
Fonte-http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/higienizacao_prep_alcool.pdf

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etcecce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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 da Nota Técnica no 04/2020 - GVIMS/GGTES/ANVISA[7] e CDC[8].

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	• Avental descartável de mangas compridas com punhos • Gorro • Máscara cirúrgica • Óculos de proteção e protetor facial • Luvas de proteção 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. No momento da realização de tais procedimentos manter as portas fechadas e as janelas abertas e reduzir o número de profissionais neste local.
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/ANVISA[7] e CDC[8].

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 ANVISA[1].

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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 lateralizado[7-8].

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 gorro[7].

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.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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 adequado[7].

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 ar[7].

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.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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 uso[7-8].

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 também[7-8].

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.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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 entorno[7-8].

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.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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 infectantes[7].

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.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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 isolamento[7].

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.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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 materiais[7-8].

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 materiais[7-8].

Figura 13 - Fotografia retirar óculos.
Fonte: Foto realizada no laboratório de simulação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

4. Máscara

A remoção da máscara deve ser feita retirando-a pelas tiras tendo cuidado para não tocar na sua superfície interna[7].

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 infectante[7].

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 saúde[7-8].

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.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.go.gov.br/etg/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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 ambos as situações o profissional de saúde deve higienizar as mãos com água e sabonete líquido[7-8].

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 antisepsis with an alcoholic hand gel. Infect Control Hosp Epidemiol. 2000;21(7):442-8.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pa.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam, código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fec3b4d01d1e

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), as seguintes orientações devem ser observadas[1-2].

- 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, a 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 biofuncional[3].

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.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a02682-47cf-a7d0fee3b4db1d18

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 equipamentos[1].

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, 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 lipídeos[4].

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f0a0-2682-47cf-47dc-e3b4db1d1e

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 pelo 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 medicamentos[5]

1) **Paciente certo** - verifique o nome completo da pessoa. Use dois identificadores de pacientes em todos os momentos. Evite confiar na memória e siga a recomendação institucional para a 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.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://pitce.epp.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60ab-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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 a 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 da 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 nasoenteral;
- 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.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.ee.pe.gov.br/epvalidaDoc.seam Código do documento: 7c3f0a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d0e

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 antes[6].

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 si, 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 paramentação 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 essa a recomendação vigente para a coleta de materiais biológicos para exames dos pacientes com suspeita ou infecção confirmada pelo SARS-CoV-2[7].

Para garantir a segurança e proteção dos colaboradores e do ambiente na coleta de sangue, secreções, urina e fezes é necessário[8-9]:

- 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.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.ce.pe.gov.br/epvalidaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a3dc-fde3b4db1d1e

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 deverá utilizar os seguintes equipamentos de proteção individual: gorro descartável; óculos de proteção e/ou protetor facial; máscara do tipo N95, FFP2 ou equivalente, avental de mangas longa e punhos com elástico e luvas de procedimento[8-9].

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 de[8] :

- 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 da coleta. Caso o processamento ultrapasse esse período, recomenda-se congelar as amostras a -70°C até o envio ao laboratório, assegurando a manutenção da temperatura[8] .

Devido a se tratar de um novo vírus ou novo subtipo viral em processo pandêmico, a amostra deve ser coletada até o 7° dia dos sintomas, preferencialmente até o 3° dia[8].

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 área artificial favorece a retenção de secreções traqueobrônquicas devido[10]:

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

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.se.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3d4db1d1e

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 clínicos[10-15]:

- 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.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epvalidaDoc.seam Código do documento: 7c3f0a0-2682-47cf-a7dc-fee3bdb1dee

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 a 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 mãos[23].

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 humana[24].

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-2[23-24].

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.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-47dc-ace3b4db1d1e

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.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f0b0-2680-47ca-a7d0-fee314dbd11e

- 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 as roupas para evitar acidentes com os profissionais e problemas de funcionamento das máquinas 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 sabonete 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 especial[2]. 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 terceirizadas[25].

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. [cited 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

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2662-47cf-a7dc-fee3f4d0d11e

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://www20.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 de 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 receinving 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: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.ce.pg.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: c3f60a0-2682-47cc-a7dc-fee3b4db1d1e

16 Aktas YY, Karabulut N. The effects of music therapy in endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients. Nurs Crit Care. 2016;21(1):44-52. doi: 10.1111/nicc.12159

17 Balbino CM, Braz MR, Medeiros JC, Rodrigues LMS, Silvino ZR. Avaliação da técnica de aspiração de paciente em ventilação mecânica realizada pela enfermagem. Rev Enferm UFPE on line. [Internet]. 2016 [Acesso 19 set 2019];10(6): 4797-803. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11258/12880.

18 Favretto DO, Silveira RCCP, Canini SRMS, Garbin LM, Martins FTM, Dalri MCB. Endotracheal suction in intubated critically ill adult patients undergoing mechanical ventilation: a systematic review. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2012;[Acesso 12 out 2019].20(5):997-1007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/23.pdf.

19 Gutiérrez JM, Millare PA, Al-Shenqiti YA, Enaya AA. Exposure to reprocessed single-use tracheal suction catheter and ventilator-associated pneumonia risk: a preliminary, single unit-based, matched case-control study. J Crit Care. 2016 Apr;32:145-51. doi: 10.1016/j.jcrc.2015.11.018

20 Mohammadpour A, Amini S, Shakeri MT, Mirzaei S. Comparing the effect of open and closed endotracheal suctioning on pain and oxygenation in post CABG patients under mechanical ventilation. Iran J Nurs Midwifery Res. [Internet]. 2015 [cited Ago 3, 2019];20(2):195–9. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4387642/.

21 Miller EK, Beavers LG, Mori B, Colquhoun H, Colella TJ, Brooks D. Assessing the clinical competence of health care professionals who airway suctioning in adults. Respir Care. 2019; 64(7):844-54. Doi: 10.4187/respcare.06772

22 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. Anaesthesia. 2020.doi:10.1111/anae.15049

23 Ong SWX, Tan YK, Chia PY, Lee TH, Ng OT, Wong MSY, et al. Air, Surface Environmental, and Personal Protective Equipment Contamination by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) From a Symptomatic Patient. JAMA. 2020 March. doi:10.1001/jama.2020.3227.

24 Yuan L, Zhi N, Yu C, Ming G, Yingle L, Nirmal KG, et al. Aerodynamic Characteristics and RNA Concentration of SARS-CoV-2 Aerosol in Wuhan Hospitals during COVID-19 Outbreak. bioRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2020.03.08.982637

25 Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Processamento de roupas em serviços de saúde: prevenção e controle de riscos. [Internet]. 2009 [Acesso 4 abril 2020]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/processamento_roupas.pdf

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etcetce.pt.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7e1f60a0-2682-47ef-a7dc-fee3b4db1d1e

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 saúde[1]. Dessa forma, o manejo de 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 contaminadas[2].

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 mãos[1-3].

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-se[3]:

- Manusear o corpo cuidadosamente e o mínimo possível;
- Evitar procedimentos geradores de aerossol ou extravasamento de fluídos 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;

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tcepe.gov.br/epp/validaDocseam Código do documento: c3f6fa0-2082-47cf-a7dcfee3b4db1d1e

- 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, fixado 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 corpóreos) 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 bota[2].

Frente aos procedimento 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/enfermaria[3].

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etp.fab.mil.br/projudi/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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.paho.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-persons-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.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etcetce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código de documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-ce3b4db1d8

9. Manejo dos resíduos de serviços de saúde

Segundo a Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISAA nº 04/2020, revisada em 30/03/2020[1] 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 2018[2], 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

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: e3f60a0-2882-47cf-a7dc-fee304db101e

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2688-47cf-a7dc-fee04dbd1e

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 irritabilidade[1]. 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 de 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 ressignificação 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 caso[1-5].

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

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a8-2282-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

vivenciados; fomentar relações de apoio ao interagir com pessoas ansiosas; evitar incentivar a negação do problema, estigma, desespero ou sensacionalismo[2-4].

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

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. Geneve; 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):19–21. doi: http://dx.doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c1f60a2-2682-47cf-a7dc-fee04dbd1e

11. Orientações e cuidados na alta hospitalar para pacientes e familiares

Na alta hospitalar, pacientes que receberam alta durante o período de sete dias do início do quadro deverão ser orientados sobre a possibilidade de piora tardia, com reaparecimento de sinais e sintomas de complicações como: febre (podendo haver casos iniciais afebris), elevação ou recrudescência de febre ou sinais respiratórios, taquicardia, dor pleurítica, fadiga, dispneia. O agravamento dos sintomas indica a necessidade de retorno imediato do paciente ao serviço de saúde[1].

Três aspectos deverão ser considerados para a determinação do término do período necessário de isolamento: estar isolado há 14 dias; ausência de febre há, no mínimo, 72 horas sem a utilização de antitérmicos, e a melhora dos sintomas respiratórios. É aconselhável o acompanhamento dos pacientes por profissional de saúde da APS/ESF ou equipe de SAD (Serviço de Atenção Domiciliar) após a alta hospitalar, pois são indivíduos que desenvolveram a forma grave da doença e/ou apresentavam com imunossupressão grave. Esses pacientes podem ter períodos mais longos de detecção de RNA de SARS-CoV-2 em comparação aos indivíduos com doença leve ou moderada, podendo transmitir a doença por mais tempo. Há poucos estudos avaliando a transmissibilidade do COVID-19 em pacientes após a alta hospitalar[2].

A decisão de suspender as precauções de transmissão precisa ser avaliada de preferência por meio de teste laboratorial, mas uma pequena parcela desses pacientes deverá manter a positividade no teste de detecção do COVID-19, o que não significa que eles ainda possam contaminar outras pessoas[2] .

Referências

1 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília: MS, 2020. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/05/Protocolo-de-manejo-clinico-para-o-novo-coronavirus-2019-ncov.pdf>. Acesso em: 5 de abr. 2020.

2 Xing Y, Mo P, Xiao Y, Zhao O, Zhang Y, Wang F. Post-discharge surveillance and positive virus detection in two medical staff recovered from coronavirus disease 2019 (COVID-19), China, January to February, 2020. Euro Surveill. 2020 March 12;25-2000191. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.10.2000191

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

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

CORONAVÍRUS
COVID-19

EBSERH HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

OPAS

DISQUE SAÚDE 136

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

Projeto Lean
nas Emergências

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Plano de Resposta Hospitalar ao COVID - 19

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS
CONASEMS
CONASS
PROADI-SUS
DISQUE SAÚDE 136
SUS
MINISTÉRIO DA SAÚDE
PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

SUMÁRIO

Infecção pelo coronavírus 04

Premissas Básicas para o Plano de Resposta Hospitalar ao COVID-19 05

Planejamento da Emergência Hospitalar Externa 06

Elaboração de um Plano de Emergência Externa 10

SRPA (Sala de Recuperação Pós-Anestésica) - Equipe 28

Definições 34

GDGC – Gerenciamento Diário Gabinete de Crise 39

Referências 44

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

HOSPITAL SÍRIO·LIBANÊS CONASEMS CONASS PROADI-SUS DISQUE SAÚDE 136 SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

INFECÇÃO PELO CORONAVÍRUS

81,5% Casos leves/moderados (tratamento em domicílio)

13,8% Casos severos (hospitalização)

4,7% Casos críticos (cuidados intensivos)

Fonte: 2019 novel coronavirus patients' clinical characteristics, discharge rate and fatality rate of meta-analysis

RISCO MAIOR: SOBRECARGA DOS SERVIÇOS

PREMISSAS BÁSICAS PARA O PLANO DE RESPOSTA HOSPITALAR AO COVID-19

O Plano de Resposta Hospitalar é um documento escrito pelo hospital e que tem como objetivo preparar a ampliação da capacidade do hospital de forma organizada, integrada e escalonada para fazer frente a uma crise. Ou seja, quando ocorre uma desproporção entre a necessidade de recursos e os recursos existentes e, com isso, atender e salvar o máximo de vidas possível.

1 Hospitais que necessitem atender um aumento de demanda (situações com múltiplas vitimas, epidemia, etc.), conseguem expandir em até 20% da sua capacidade.

Exemplo: Hospital ou município com 400 leitos hospitalares, suportaria um aumento de até 80 leitos, incluindo o número de leitos em Pronto-Socorros e Pronto Atendimentos (pacientes com indicação de internação, aguardando vagas hospitalares).

2 Um hospital consegue admitir, no máximo, 5 a 10 pacientes graves em 24 horas, dependendo de alguns fatores:

- Taxa de ocupação das UTIs deve estar em torno de 85%;
- O hospital deve ter recursos (ex: respiradores) operacionais de reserva (mapear seu parque);
- Equipe disponível para pacientes críticos.

3 Segundo dados atuais, a taxa de conversão do COVID-19 é de 18,5%, sendo 4,7% de pacientes críticos (dados em evolução).

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47c7-7dc-fee3b4db1d1e

Planejamento da Emergência
Hospitalar Externa

COVID-19

COMPENSAÇÃO
(compensado x não compensado)

O número de vítimas ultrapassa a capacidade de compensação com os recursos mobilizáveis

O tipo de situação exige recursos específicos (ex: QBRN)

Situações ocorridas em locais sem recursos

Fonte: HMMIS

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4b1d1e

Projeto Lean
nas Emergências
CORONAVÍRUS COVID - 19 Ministério da Saúde

CADEIA MÉDICA

Cadeia médica pode ser entendida como o envolvimento dos médicos desde a triagem inicial das vítimas, até o transporte assistido dos pacientes para serviços de emergência e a regulação médica - conforme a gravidade dos doentes e disponibilidade de recursos – com destino a serviços hospitalares de referência para cuidados definitivos.

Medicalização na linha da frente

Pequeno Circuito Recolhimento

Grande Circuito Evacuação

Hospital

PMA/UPA
Posto Médico Avançado

Hospital

Hospital

Fonte: HMMIS

É PRECISO PROTEGER O HOSPITAL

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fe3b4db1d1e

Planejamento
da Emergência
Hospitalar Externa

Elaboração de um plano de emergência externa

O PLANO HOSPITALAR

- Os Envolvidos (setores)
- Como organizar
- Os espaços (ampliação)
- A logística (recursos)
- As comunicações
- A recuperação

Fonte: HMMIS

HOSPITAL SÍRIO·LIBANÊS · CONASEMS · CONASS · PROADI-SUS · DISQUE SAÚDE 136 · SUS · MINISTÉRIO DA SAÚDE · PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

OS ENVOLVIDOS

- Serviço de Urgência
- Cuidados intensivos
- Bloco Operatório
- Enfermarias
- Parque de Equipamentos
- Comunicações e informática

VALORES-ALVO NA PLANIFICAÇÃO

Recepção equivalente a

20%

da lotação hospital

Recepção de até

100

doentes e internação de 18*

Recepção de

5 a 10

críticos (máximo)

* 18% de internações é a taxa de conversão. Espera-se que haja 18% de internação dos pacientes com COVID-19 que buscam assistência nos serviços de urgência.

Fonte: HMMIS

HOSPITAL SÍRIO·LIBANÊS CONASEMS CONASS PROADI-SUS DISQUE SAÚDE 136 SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4b1d1e

COMO FAZER

- ✔ Definir no plano os gatilhos e os responsáveis pela ativação
- ✔ Definir a composição do gabinete de crise e suas atribuições
- ✔ Definir as áreas para ampliação (ex: RPA - recuperação pós-anestésica), podendo ser por níveis
- ✔ Definir os equipamentos e materiais para as novas áreas (centralizar o estoque)
- ✔ Definir os cartões de ação de todas as áreas
- ✔ Definir os critérios clínicos de admissão e alta, suspensão de procedimentos eletivos e de triagem reversa
- ✔ Definir os mecanismos de comunicação interna e externa (assessoria de imprensa)
- ✔ *Debriefing* diário durante a crise (escutar a equipe)

Fonte: HMMIS

PLANO DE CRISE – 2020

Exemplo do Hospital Odilon Behrens (Belo Horizonte - MG), subdividido em 3 níveis

O plano é acionado sempre pelo coordenador de equipe;

Há 3 níveis de acionamento, que dependem do número e gravidade de vítimas simultâneas.

ACIONAMENTO

Nível 1 — **O PS consegue responder com apoio das demais áreas, se superlotado**

Nível 2 — **O PS não consegue responder, sendo necessário mobilizar pontos de atenção extras e haver grandes mudanças nos processos usuais**

Nível 3 — **Como no nível 2, é necessário recrutar equipe extra, além da equipe presente, devido a sobredemanda**

Os níveis de ativação são padrão, mas um mesmo número de vítimas pode acionar níveis diferentes em diferentes hospitais, pois tem a ver com a desproporção de recursos. Ex: um grande hospital pode absorver mais facilmente um determinado número de vítimas que um pequeno hospital.

FONTE : Hospital Odilon Behrens de BH – subdividido em 3 níveis

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

GABINETE DE CRISE ATIVADO NA ATIVAÇÃO DO PLANO

- ✔ Definir no plano os gatilhos e os responsáveis pela ativação
- ✔ Definir a composição do gabinete de crise e suas atribuições
- ✔ Definir as áreas para ampliação (ex: RPA - recuperação pós-anestésica), podendo ser por níveis
- ✔ Definir os equipamentos e materiais para as novas áreas (centralizar o estoque)
- ✔ Definir os cartões de ação de todas as áreas
- ✔ Definir os critérios clínicos de admissão e alta, suspensão de procedimentos eletivos e de triagem reversa
- ✔ Definir os mecanismos de comunicação interna e externa (assessoria de imprensa)
- ✔ *Debriefing* diário durante a crise (escutar a equipe)

Fonte: HMMIS

MONTANDO O COMITÊ DE RESPOSTA HOSPITALAR AO COVID-19

1 O Gabinete de Crise é uma estrutura temporária de análise, decisão e controle responsável pela gestão plena da situação emergencial. A gestão contínua da autoridade no hospital é a melhor garantia de sucesso. Dessa forma, é o gabinete de crise quem decide e quem manda, devendo prontamente as equipes assistenciais acatarem as decisões e ordens emanadas.

2 Quem deve compor o Gabinete de Crise:
(É necessário definir quem será o LÍDER)

- **DIRETORES DO HOSPITAL:**
  Técnico, Clínico, Administrativo, Financeiro.
- **GESTORES ASSISTENCIAIS:**
  Médicos chefes de serviço, Gerência de Enfermagem, Eng. Clínica, UTI, etc.
- **GESTORES ADMINISTRATIVOS:**
  Farmácia, Almoxarifado, Nutrição, Segurança, Apoio administrativo, etc.

3 Uma sala de tamanho adequado deve ser reservada para uso EXCLUSIVO do Gabinete de Crises e funcionar 24 horas por dia. Enquanto for necessária a intervenção, deve conter: mesas, cadeiras, quadros, internet, computadores, telefones, impressora, mapa com todos os recursos disponíveis no hospital, censo de ocupação dos leitos, etc.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Projeto Lean
nas Emergências
CORONAVÍRUS COVID - 19 Ministério da Saúde

GABINETE DE RESPOSTA HOSPITALAR

COMANDO

ÁREA DE APOIO

- NIR (Núcleo Interno de Regulação)
- Equipe de apoio à tomada de decisão

COMUNICAÇÃO

- Relação c/ imprensa
- Comunicação geral
- Relação com outros GC

Informações e comando
FLUXO VERTICAL

OPERAÇÕES

- Equipes médicas
  - COVID
  - Cir. Geral
  - Clínica
- Enfermagem
- UTI
- Laboratório
- Exames

LOGÍSTICA

- EPIs, Insumos, Materiais
- Equipamentos
- Farmácia
- Almoxarifado
- Rouparia
- Nutrição
- Manutenção
- Transporte
- Assistência às equipes de profissionais de saúde

ADM / FINANCEIRO

- Recursos Humanos
- Serviços
- Administração Geral

PLANEJAMENTO

- Dados (Informações)
- CCIH
- Rede
- Especialistas
- MS / Sec. Saúde

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

QUAIS ÁREAS DO HOSPITAL PODEM SER EXPANDIDAS?

- ✔ Definir no plano os gatilhos e os responsáveis pela ativação
- ✔ Definir a composição do gabinete de crise e suas atribuições
- ✔ **Definir as áreas para ampliação (ex: RPA - recuperação pós-anestésica), podendo ser por níveis**
- ✔ Definir os equipamentos e materiais para as novas áreas (centralizar o estoque)
- ✔ Definir os cartões de ação de todas as áreas
- ✔ Definir os critérios clínicos de admissão e alta, suspensão de procedimentos eletivos e de triagem reversa
- ✔ Definir os mecanismos de comunicação interna e externa (assessoria de imprensa)
- ✔ ***Debriefing*** diário durante a crise (escutar a equipe)

Fonte: HMMIS

Algumas áreas do hospital podem ser expandidas, por exemplo:

- A recepção do hospital pode ser transformada em um local para recebimento e atendimento de pacientes verdes;
- As salas de observação do Pronto-Socorro podem se transformar em um local para reavaliação dos pacientes classificados como amarelos;
- Uma sala do bloco cirúrgico pode se transformar em uma segunda Sala Vermelha;
- A Sala de Recuperação Pós-Anestésica pode se tornar uma nova Unidade de Terapia Intensiva;
- E um hospital de campanha pode ser implantado para proteger o hospital de pacientes de moderado e baixo risco, resguardando o hospital para a assistência dos pacientes mais críticos.

ÁREA VERMELHA: PREPARO

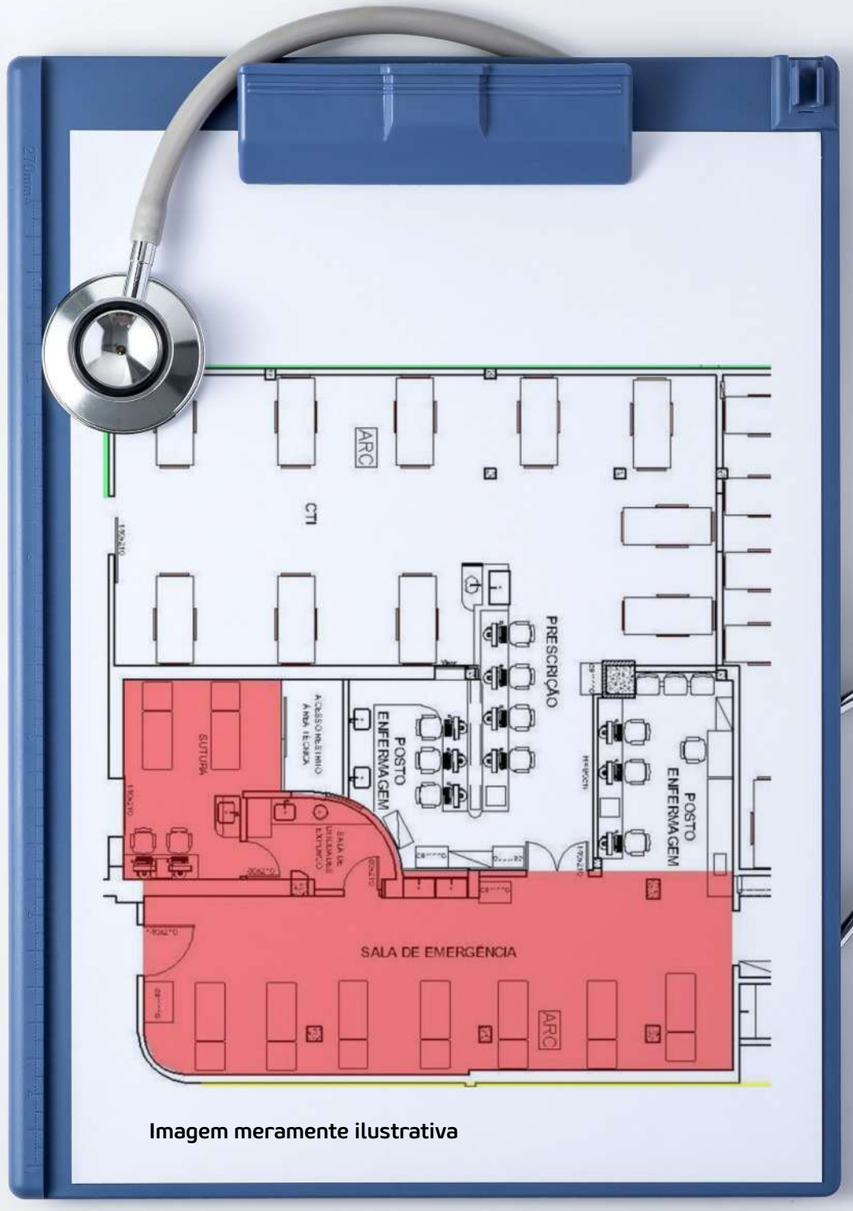


Imagem meramente ilustrativa

- Definir aumento de áreas de internação (em geral o, hospital consegue ampliar até 20% da sua capacidade)
- Áreas para receber pacientes críticos precisam de estrutura prévia (ex: pontos de oxigênio)

*Plano do HOB 2020

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee0b4db1d1e

TODOS OS RECURSOS DO HOSPITAL DEVEM SER CONTROLADOS PELO GABINETE DE CRISE E TÊM QUE SER MAPEADOS.
DEVEM CONSTAR NO PLANO

A expansão deve ser sempre pensada considerando os "3 Es": espaço, equipamento e equipe. De acordo com o que se pretende expandir, pensar no que se necessita.

Exemplo: expandir leitos de terapia intensiva necessitará mais equipamentos, insumos e equipe especializada do que expandir leitos de enfermarias.

- ✔ Definir no plano os gatilhos e os responsáveis pela ativação
- ✔ Definir a composição do gabinete de crise e suas atribuições
- ✔ Definir as áreas para ampliação (ex: RPA - recuperação pós-anestésica), podendo ser por níveis
- ✔ **Definir os equipamentos e materiais para as novas áreas (centralizar o estoque)**
- ✔ Definir os cartões de ação de todas as áreas
- ✔ Definir os critérios clínicos de admissão e alta, suspensão de procedimentos eletivos e de triagem reversa
- ✔ Definir os mecanismos de comunicação interna e externa (assessoria de imprensa)
- ✔ *Debriefing* diário durante a crise (escutar a equipe)

Fonte: HMMIS

PLANO DO HOSPITAL ODILON BEHRENS VERSÃO DE 2011

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS

PLANO DE GERENCIAMENTO DE CRISES – PRONTO SOCORRO

Anexo 6 – Recursos de equipamentos existentes por setor do HOB – Número e Localização - Dados estimados:

Equipamento	S.E. Adulta	S.E. Ped	BC BO	U.T.I. Adulto	U.T.I. Ped	U.T.I. Neo U.C.P.N.	OBS Ped P.A.	Semi Int.	CC 1°.and	P.A. C.R.	Total
Desfibrilador/cardioversor	2	1	3	7	1	1	0	1	0	0	16
Carrinho de PCR	2	1	3	5	1	3	0	1	1	0	17
Oximetro transporte	2	1	9	3	1	18	1	2	1	2	38
ECG	1	1	0	5	1	0	0	1	1	1	11
Respirador de transporte	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Macas/ Leitos	22	12	21	30	10	38	11	30	32	45	251
Ventilador	14	4	11	33	12	20	0	0	0	0	94
Cilindro de O2 de transporte	2	1	3	3	1	3	1	2	1	2	19
Bombas de Infusão	44	7	10	90	20	50	1	10	12	10	254
Monitor multiparamétrico (PNI, FC, FR, SatO2, Pi)	22	3	21	30	10	31	0	1	0	4	122
Ultra-som para FAST	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Salas cirúrgicas	0	0	11	0	0	0	0	0	0	0	11
Kit Gerenciamento de Crise	Farmácia do Pronto Socorro										20

Siglas setores	Nome dos setores	Localização
S.E. Adulta	Sala de Emergência Adulta	1°.andar – Entrada Urgência
S.E. Ped	Sala de Emergência Pediátrica	1°.andar – Entrada Urgência
B.C.	Bloco Cirúrgico	1° / 2°. andar
B.O.	Bloco Obstétrico	2°. Andar - Maternidade
U.T.I. Adulto	Unidade de Terapia Intensiva Adulto	1° / 2° / 3°. andar
U.T.I. Ped.	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	2°. andar
U.T.I. Neo	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	2°. andar
U.C.P.N.	Unidade de Cuidados Progressivos Neonatal	2°. andar
O.B.S. Ped. P.A.	Observação da Pediatria do Pronto Atendimento	1°. andar – Pronto Atendimento
Semi Int.	Semi – Internação Clínica	1°.andar
C.C. 1°.and	Clínica Cirúrgica	1°.andar
P.A./ C.R.	Pronto Atendimento e Classificação de Risco	1°. andar – Pronto Atendimento

PROIBIDO REPRODUZIR	VERSÃO: 00	DATA: NOV/11	PÁGINA 20 de 24

FONTE : Hospital Odilon Behrens de BH subdividido em 3 níveis

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS · CONASEMS · CONASS · PROADI-SUS · DISQUE SAÚDE 136 · SUS · MINISTÉRIO DA SAÚDE · PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

OS CARTÕES DE AÇÃO SÃO DEFINIÇÕES OBJETIVAS DO PAPEL DE CADA COLABORADOR E ÁREAS DO HOSPITAL, APÓS ACIONAMENTO DO PLANO

Os cartões de ação são construídos com base no Plano de Resposta Hospitalar e constam as ações que devem ser desempenhadas por cada um dos componentes do Plano, de acordo com o nível de ativação. Ou seja, trata-se de um cartão com as funções predefinidas de cada um, escritas e separadas por nível de ativação do Plano de Resposta Hospitalar.

- ✔ Definir no plano os gatilhos e os responsáveis pela ativação
- ✔ Definir a composição do gabinete de crise e suas atribuições
- ✔ Definir as áreas para ampliação (ex: RPA - recuperação pós-anestésica), podendo ser por níveis
- ✔ Definir os equipamentos e materiais para as novas áreas (centralizar o estoque)
- ✔ **Definir os cartões de ação de todas as áreas**
- ✔ Definir os critérios clínicos de admissão e alta, suspensão de procedimentos eletivos e de triagem reversa
- ✔ Definir os mecanismos de comunicação interna e externa (assessoria de imprensa)
- ✔ ***Debriefing*** diário durante a crise (escutar a equipe)

Fonte: HMMIS

Obs.: Todo voluntário deve ter um cartão de ação ao se apresentar, para que não tumultue a execução do plano.

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

PLANO DO HOSPITAL ODILON BEHRENS - VERSÃO DE 2011

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS

PLANO DE GERENCIAMENTO DE CRISES – PRONTO SOCORRO

RESPONSÁVEL	ATRIBUIÇÕES
Secretários Administrativos Ramal 6175/ 6185	1. Informam por telefone o nível de Resposta (ou se preciso pessoalmente) aos setores críticos (Segurança, Manutenção, Laboratório, CME, Farmácia, Rouparia, UDI, Banco de Sangue, Bloco Cirúrgico, Recepção PS, Limpeza, Serviço Social, Fisioterapia e Psicologia). Dizeres em situação real: **"ATENÇÃO, ISTO NÃO É UM TREINAMENTO! PLANO DE GERENCIAMENTO DE CRISES ATIVADO NO PRONTO SOCORRO, NÍVEL DE RESPOSTA I, II OU III" (2x)** Utilizar também sistema de som. **"ATENÇÃO, PLANO DE GERENCIAMENTO DE CRISES NO PRONTO SOCORRO DESATIVADO" (2x).** Dizeres em simulação: **"ATENÇÃO PARA O TREINAMENTO! PLANO DE GERENCIAMENTO DE CRISES ATIVADO NO PRONTO SOCORRO, NÍVEL DE RESPOSTA I, II OU III" (2x).** **"ATENÇÃO, PLANO DE GERENCIAMENTO DE CRISES NO PRONTO SOCORRO DESATIVADO" (2x).** 2. Efetuam ligações telefônicas conforme solicitação do coordenador de equipe; 3. Recrutam pessoal à distância quando a Resposta Nível III for acionada, por orientação dos gerentes de área assistencial e coordenadores de apoio assistencial. 4. Mantém registro das pessoas contatadas e o horário; 5. Registram o horário de início e término dos esforços; 6. Informam a liberação de vagas nas UTI's, Bloco Cirúrgico e enfermarias; 7. Solicitam ambulâncias conforme a necessidade do CGC para transferência de pacientes, de acordo com as determinações médicas;
Médico Triador Ramal 6175/ 6185	1. Médico assistente mais experiente da equipe se desloca conforme determinação do coordenador médico da equipe para a "área de espera verde" do P.A. para realizar triagem inicial das vítimas com o intuito de organizar o atendimento e fluxo interno de pacientes;

PROIBIDO REPRODUZIR	VERSÃO: 00	DATA: NOV/11	PÁGINA 10 de 24

FONTE : Hospital Odilon Behrens de BH subdividido em 3 níveis

É PRECISO AUMENTAR A CAPACIDADE DO HOSPITAL, DEFININDO CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA DESOSPITALIZAÇÃO

- ✔ Definir no plano os gatilhos e os responsáveis pela ativação
- ✔ Definir a composição do gabinete de crise e suas atribuições
- ✔ Definir as áreas para ampliação (ex: RPA - recuperação pós-anestésica), podendo ser por níveis
- ✔ Definir os equipamentos e materiais para as novas áreas (centralizar o estoque)
- ✔ Definir os cartões de ação de todas as áreas
- ✔ **Definir os critérios clínicos de admissão e alta, suspensão de procedimentos eletivos e de triagem reversa**
- ✔ Definir os mecanismos de comunicação interna e externa (assessoria de imprensa)
- ✔ ***Debriefing*** diário durante a crise (escutar a equipe)

Fonte: HMMIS

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://ecce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS CONASEMS CONASS PROADI-SUS DISQUE SAÚDE 136 SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

Projeto Lean
nas Emergências

SRPA - EQUIPE

Sala de Recuperação Pós-Anestésica

CENTRO CIRÚRGICO ELETIVO **FUNCIONANDO**

SUSPENDER CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS ELETIVOS

Usar própria equipe para SRPA:

- 01 ou 02 anestesistas SRPA
- 01 enfermeiro
- 04 técnicos
- 01 fisioterapeuta da Neurocirurgia

Os demais (outros anestesistas e técnicos), descem e apoiam Centro Cirúrgico de Emergência e onde o coordenador de plantão definir.

CENTRO CIRÚRGICO ELETIVO **FECHADO**

ATIVAR SRPA COM EQUIPES EXTERNAS

A Sala de Recuperação Pós-Anestésica é um ótimo local para ampliar leitos de cuidados intensivos

Usar própria equipe para SRPA:

- 01 anestesista do Centro Cirúrgico de Emergência em qualquer dia

Enfermeiro:

- 01 enfermeiro do centro cirúrgico fica na referência 24 horas
- Desloca 01 nfermeiro do HNSA em qualquer dia e horário

Técnicos:

- 01 da CLM (reposto pela Maternidade)
- 01 técnico do Centro Obstétrico
- 01 técnico da Clínica Cirúrgica

Fisioterapeuta:

- 01 Fisioterapeuta CTI2 (com cobertura pelo CTI3)

Plano HOB Versão 2020

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS CONASEMS CONASS PROADI-SUS DISQUE SAÚDE 136 SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fe3b4db1d1e

Projeto Lean
nas Emergências

TRIAGEM REVERSA

A Triagem Reversa é a reavaliação dos pacientes hospitalizados para agilizar a alta em situação de superlotação nos serviços de urgências hospitalares. Diferente da Triagem ou da Classificação de Risco, a Triagem Reversa é um processo de priorização do atendimento aos pacientes por gravidade.

TRIAGEM REVERSA

- Realizada para pacientes internados no hospital
- Realizada por médicos e equipe
- Baseada na avaliação do risco clínico
- Visa dar alta ou transferir pacientes estáveis para liberar leitos do hospital e otimizar a utilização das equipes
- Realizada em contexto de superlotação nos serviços de urgências hospitalares

TRIAGEM DE URGÊNCIA

- Realizada nos Serviços de Urgência
- Realizada nos pacientes externos
- Realizada por enfermeiro ou médico
- Baseada no risco de deterioração clínica
- Visa priorizar o atendimento dos pacientes mais graves
- Realizada de forma contínua

COMO FAZER A TRIAGEM REVERSA

Montar um time de médicos para reavaliar os pacientes hospitalizados e dar alta ou transferir pacientes no contexto de superlotação nos serviços de urgências hospitalares. A Triagem Reversa também deve ser utilizada em contexto de catástrofe.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS CONASEMS CONASS PROADI-SUS DISQUE SAÚDE 136 SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c3f60a0-2682-47cf-a7dc-fee3b4db1d1e

Projeto Lean nas Emergências

MODELO DE TRIAGEM REVERSA

RISCO PARA O PACIENTE	AVALIAÇÃO	CATEGORIA DE TRIAGEM	DECISÃO	EXEMPLOS
Mínimo	Não necessitando de nova intervenção médica nas próximas 72 horas	Azul	Considerar alta após ajuste de medicamento	Paciente com quadro infeccioso que pode receber medicação via oral; internado para realizar investigação terapêutica; aguardando avaliação especializada - que pode ser feita a nível ambulatorial
Baixo	Risco baixo de evento fatal, sem necessidade de intervenção hospitalar imediata	Verde	Considerar alta, mas manter acompanhamento (à distância) no domicílio	Paciente com quadro infeccioso que pode receber medicação venosa em ambiente domiciliar; com fratura que pode receber alta com programação cirúrgica e retornar no dia da cirurgia; com colelitíase; aguardando agendamento de cateterismo
Moderado	Paciente não precisa de intervenção crítica, mas tem risco	Amarelo	Não recomendável alta do hospital, somente em situações extremas e com possibilidade de acompanhamento domiciliar	Paciente com fratura de fêmur no 3°DPO
Alto	Tratamento do paciente não pode ser interrompido, com risco de letalidade ou sequela	Laranja	Necessita de cuidado muito qualificado. Desaconselhável alta	Paciente em trabalho de parto; cirurgias urgentes
Muito alto	Paciente crítico. Não pode ser removido de onde está	Vermelho	Paciente precisa de terapia intensiva	Pacientes instáveis

Fonte: NHS England-South Central Operational Pressures Escalation Levels (OPEL) Framework

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 7c360a0-2682-47cf-dc-fee3b4db1d1e

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS CONASEMS CONASS PROADI-SUS DISQUE SAÚDE 136 SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL