

4ª edição

COVID-19

Guia Orientador para o enfrentamento da
pandemia na **Rede de Atenção à Saúde**



Ministério da Saúde

Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS

**Guia Orientador
para o enfrentamento da pandemia
covid-19 na Rede de Atenção à Saúde
4ª edição**

**BRASÍLIA
MARÇO DE 2021**

Organizadores

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Alexandre Borges Fortes – SAPS/MS
Jeniffer Dantas Ferreira – SAPS/MS
Karoliny Evangelista de Moraes Duque – SAPS/MS

Melquia da Cunha Lima – SAPS/MS
Michael Luiz Diana de Oliveira – SAPS/MS
Renata Maria de Oliveira Costa – SAPS/MS

CONASEMS

Nilo Bretas Júnior - Coordenador da assessoria técnica
Sylvio Rômulo Guimarães de Andrade Júnior

Grupo de Trabalho da Atenção Básica

Alessandro Aldrin Pinheiro Chagas
Amanda Costa Pinheiro
Andreia Passamani Barbosa Corteletti
Carla Estela Lima
Cristiane Martins Pantaleão
Diogo Demarchi Silva
Elton da Silva Chaves

Marcela Alvarenga de Moraes
Hisham Mohamad Hamida
Januário Carneiro da Cunha Neto
Kandice de Melo Falcão
Leopoldina Cipriano Feitosa
Márcia Cecília Huçulak
Maria da Penha Marques Sapata

Consultores externos

Marcos da Silveira Franco
Maria Cristina Sette de Lima
Marizelia Leão Moreira

CONASS

Maria José de Oliveira Evangelista – Coordenadora
Carla Ulhoa Andre
Eliana Maria Dourado
Nereu Henrique Mansano
Rita de Cassia Cataneli

Consultores e facilitadores do Conass

Ademilde Machado Andrade
Alzira Maria D'ávila Nery Guimarães
Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha
Edgar Nunes de Moraes
Eliane Regina da Veiga Chomatas
Érika de Almeida Leite da Silva Teixeira de Souza
Eugênio Vilaça Mendes
Leane Carvalho Machado
Maria Ângela Leite Chaves
Marco Antônio Bragança Matos
Maria Albertina Santiago Rego
Marta Oliveira Barreto
Priscila Rodrigues Rabelo Lopes
Rosane de Lucca Maerschner
Rubia Pereira Barra
Sandra Maria Sperotto

Centro Colaborador da Planificação em Uberlândia

Rubia Pereira Barra
Karina Kelly de Oliveira
Andre Augusto Jardim Junior
Melyne Ferralha Rocha
Ana Rita de Faria
Poliana Castro de Resende
Érika de Almeida Leite da Silva Teixeira de Souza

Segurança do Paciente

Aliny de Oliveira Pedrosa
Carla Ulhoa André
Carla de Albuquerque Araújo Érika Patricia Lopes da Silva
Flávia Regina Vieira da Costa Santos Maria do Carmo Souza
Mayrlan Ribeiro Avelar
Nádia Aparecida Campos Dutra
Vívian de Oliveira Lopes

Sumário

1. APRESENTAÇÃO	8
2. INTRODUÇÃO	14
2.1 A COVID-19	14
2.3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	22
2.4 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL	23
2.5 NOTIFICAÇÃO E REGISTRO	26
2.6 GRUPO DE RISCO DE DESENVOLVER AS FORMAS GRAVES DA COVID-19	29
2.7 MEDIDAS DE PREVENÇÃO	32
2.8 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	64
2.9 CASOS SUSPEITOS DE REINFECÇÃO PELO COVID-19	65
2.10 FORMAS DE ATENDIMENTO DOS USUÁRIOS PELA EQUIPE	66
2.11 RECOMENDAÇÕES DE SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA COVID-19	70
2.12 REABILITAÇÃO NA COVID-19	71
2.13 CENTRO COMUNITÁRIO DE REFERÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO À COVID-19	74
2.14 CENTROS DE ATENDIMENTO PARA ENFRENTAMENTO À COVID-19	76
3. AS REDES DE ATENÇÃO NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA	78
4. MATRIZES ESPECÍFICAS DOS DIVERSOS PONTOS DE ATENÇÃO NA RAS	84
4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	84
4.2 CENTROS COMUNITÁRIOS DE REFERÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19 E CENTROS DE ATENDIMENTO PARA ENFRENTAMENTO À COVID-19	113

4.3	ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA	113
4.4.	ATENÇÃO HOSPITALAR, SAMU E UPA	129
4.5	UNIDADE HOSPITALAR PERINATAL	138

Referências

153

Anexos

Anexo I	Telemedicina/Teleassistência	165
Anexo II	Recomendações de Segurança do Paciente nos Serviços de Saúde no contexto da covid-19	193
Anexo III	Checklist da RUE para enfrentamento da covid-19	201
Anexo IV	Instrumentos de gestão da clínica para a qualificação da estrutura, processos e resultados da RAS Materno-Infantil	210
	» Checklist da Rede de Atenção materno infantil na pandemia pela covid-19	
	» Processos Hospitalares Perinatal	
Anexo V	Plano de Cuidado Integrado de APS para AH	236
Anexo VI	Proposta de POP para monitorização não invasiva	239
Anexo VII	O Papel do Agentes Comunitários de Saúde e do Agente de Endemias no Enfrentamento da covid-19	242
Anexo VIII	Plano de Cuidado Integrado da AH para APS	253
Anexo IX	Script para aplicação do IVCF-20 por telefone	254

LISTA DE SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
AH	Atenção Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretárias Municipais de Saúde
COVID-19	COrona VIRus Disease (Doença do Coronavírus), “19” se refere a 2019
EPI	Equipamento de Proteção Individual
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
PFF2	Peça Facial Filtrante – P2: agentes biológicos e/ou fumos aerossóis termicamente gerados
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SG	Síndrome Gripal
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VOC	Variantes de Atenção

4ª edição

Nesta quarta edição do Guia Orientador para enfrentamento da COVID-19 nas Redes de Atenção à Saúde foram acrescentados itens referentes a variante do vírus SARS-CoV-2, reinfeção, vacinas, fluxogramas para atenção hospitalar perinatal e atualizadas as informações sobre, diagnóstico, avaliação de risco, APS, gestantes, saúde bucal, saúde mental, baseadas em Notas Técnicas, Guias e outros materiais elaborados pelo MS, ANVISA, CONASS, CONASEMS, sociedades científicas, etc

1. APRESENTAÇÃO

1.1 Apresentação

Instrumento Orientador visando sistematizar ações para apoio aos Gestores Estaduais, Municipais e trabalhadores do SUS, elaborado pelo MS, CONASS e CONASEMS para o enfrentamento da pandemia da covid-19

Prezados gestores e trabalhadores,

Atravessamos uma crise sem precedentes na história do Sistema Único de Saúde. Como se não bastasse tantos desafios enfrentados no cotidiano, agora com o recrudescimento da pandemia do covid-19, a situação se agrava mais, acarretando sobrecarga ainda maior para o nosso sistema de saúde. O momento exige equilíbrio, planejamento, agilidade e muita solidariedade e colaboração. No início da pandemia, as estimativas oficiais eram que 81% das pessoas acometidas pela covid-19 poderiam ser manejadas na Atenção Primária à Saúde (APS), 14% precisariam de internação hospitalar e 5% demandariam leitos de UTI. Entretanto, essa nova cepa tem demandado mais internações e maior necessidade de leitos de UTI. É urgente, portanto, uma organização em Rede de Atenção à Saúde (RAS), integrando os diversos pontos de atenção, além de capacitação para os profissionais de saúde que atuam tanto na linha de frente como na gestão. Cientes das dificuldades que os gestores e trabalhadores estão enfrentando no dia a dia, o Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS revisaram esse Instrumento Orientador (IO), abordando as ações e atividades que devem ser realizadas nos diversos pontos de atenção da RAS, tanto na APS, como na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e na Atenção Hospitalar (AH). Nunca foi tão premente ao sistema de saúde um trabalho integrado na forma de Redes de Atenção à Saúde. A pandemia impõe a organização dos pontos de atenção com definição de papéis e fluxos seja no atendimento da Covid-19 ou para o enfrentamento das mais diversas necessidades de saúde que se manifestam. Determina o aperfeiçoamento dos mecanismos de comunicação com a necessidade da notificação de casos suspeitos, a identificação de contatos, o monitoramento conjunto dos indivíduos e integralidade do cuidado entre outras ações. Ela perpassa do trabalho do agente comunitário, da equipe da APS até

o atendimento dos profissionais da UTI. Impõe que o público e o privado caminhem juntos num movimento solidário de complementariedade. Seguindo o preconizado na Portaria 4279/10 e as resoluções CIT 23/17 e 37/18, que tratam da organização da RAS de forma regionalizada e integrada, esse Instrumento agrega as atividades dos pontos de atenção, de uma forma simples, prática e objetiva, utilizando os diversos materiais que o Ministério da Saúde (MS) e Sociedades Científicas e pesquisadores vêm produzindo nos últimos tempos. Para melhor compreensão e utilização no dia a dia, o Instrumento está dividido em 3 (três) partes: a primeira sobre a APS, incluindo os 7 Passos da APS, a segunda sobre a AAE e a terceira sobre a AH, enfatizando que a Vigilância à Saúde, a Assistência Farmacêutica, a Saúde do Trabalhador e as estratégias para a Segurança do Paciente perpassam todos os níveis de atenção. O MS, o CONASS e o CONASEMS sugerem aos gestores estaduais e municipais de saúde por meio deste instrumento orientador, um roteiro de discussão uniforme. Os tópicos aqui apresentados, que devem ser analisados e complementados com aspectos e definições operacionais da RAS em cada estado e regiões de saúde, como sistemas logísticos e de apoio, entre eles regulação, informação em saúde e governança com funcionamento das comissões intergestores sejam estaduais ou regionais. As estratégias adotadas para enfrentamento à COVID 19, sejam na atenção primária, na ampliação de leitos de retaguarda, leitos clínicos, leitos de enfermarias e UTI, e/ou na compra de insumos e equipamentos necessários, deverão ser tripartite, com a participação do Ministério da Saúde, Estados e Municípios.

7 Passos para APS

A pandemia da covid-19 tem provocado elevado número de casos e de óbitos no Brasil, e, por isso, é ainda mais necessária a união de todos os gestores do SUS e suas equipes neste momento para o seu melhor enfrentamento. Entendendo o papel fundamental da Atenção Primária no Sistema de Saúde e o da gestão tripartite, o Ministério da Saúde, Conass e Conasems propõem os 7 passos da APS:

Passo 1: Fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS)

Ação 1 – Redimensionar o atendimento às demandas espontânea e agendada, considerando a necessidade no momento de pandemia, com possível aumento do volume de atendimento a casos agudos e, se possível, sem prejuízos aos atendimentos eletivos à população prioritária da APS, tais como: gestantes, crianças e pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Garantir que pacientes com síndrome gripal e sintomas respiratórios sejam atendidos por demanda espontânea na APS com classificação de risco.

Ação 2 – Estabelecer, se necessário, uma ou mais UBS de referência para o atendimento de casos de covid-19, bem como outros agravos prevalentes na região, como dengue, zika vírus, chikungunya, malária etc.

Ação 3 – Manter todas as UBS abertas e funcionando em período integral, realizando acolhimento com classificação de risco para demanda espontânea. Organizar fluxo de atendimento diferencial para pacientes sintomáticos respiratórios.

Ação 4 – Estender o horário de funcionamento das UBS, sempre que possível.

Ação 5 – Estabelecer e implementar protocolos e fluxos de manejo de casos, de forma ordenada e articulada com os demais pontos de atenção, em especial, a Rede de Urgência e Emergência.

Ação 6 – Capacitar os profissionais da APS no diagnóstico e manejo de casos de síndrome gripal (SG) e síndrome respiratória aguda grave (SRAG), com vistas a preconizar o manejo dos casos leves na APS. Quando houver capacidade instalada, preconizar também o manejo dos casos moderados, conforme disponibilidade de recursos humanos, insumos e equipamentos um atendimento qualificado, e qualificar os profissionais no diagnóstico diferencial de dengue, zika, chikungunya e malária ou agravos prevalentes no território.

Ação 7 – Estabelecer mecanismos de transporte para encaminhamento dos casos moderados e graves, acolhidos e estabilizados na APS, bem como fortalecer a articulação com os serviços de regulação e com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu quando este estiver disponível no município.

Ação 8 – Ordenar e coordenar a Rede de Atenção à Saúde local, visando articular a oferta de atendimento na Atenção Especializada e nos serviços de Urgência e Emergência, a fim de qualificar o fluxo de encaminhamentos em tempo oportuno.

Ação 9 – Manter a dispensação de todos os medicamentos padronizados na Renome/ Remume, quando possível.

Ação 10 – Garantir que toda gestante realize o número adequado de consultas de pré-natal. Garantir o acompanhamento longitudinal do usuário com doenças crônicas.

Passo 2: Monitorar os casos de síndrome gripal (SG) e acompanhar as altas de síndrome respiratória aguda grave (SRAG)

Ação 1 – Prover equipamentos como termômetros e oxímetros de pulso para as UBS.

Ação 2 – Capacitar os agentes comunitários de saúde (ACS) e demais profissionais das equipes no uso adequado de EPI e demais equipamentos, em especial oxímetro de pulso e termômetro, bem como no monitoramento domiciliar de casos

de síndrome gripal e na busca ativa dos contatos.

Ação 3 – Organizar, durante o período da pandemia, o processo de trabalho dos ACS para acompanhamento domiciliar dos casos de síndrome gripal e altas de síndrome respiratória aguda grave, concomitantemente ao acompanhamento habitual dos indivíduos com condições crônicas e outros agravos que necessitem de acompanhamento longitudinal.

Ação 4 – Para populações em áreas sem cobertura suficiente de profissionais, utilizar ferramentas de telemonitoramento disponíveis no território, preferencialmente executadas por profissionais que estejam afastados de suas atividades laborais, por estarem inseridos no grupo de risco da covid-19 ou por outros integrantes da equipe multiprofissional cujas atividades se encontram suspensas ou reduzidas devido à pandemia.

Ação 5 – Seguir as orientações do Manual de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde referente à estratégia de testagem de casos suspeitos.

Passo 3: Organização da gestão

Ação 1 – Realizar a gestão dos recursos humanos disponíveis em todos os estabelecimentos de saúde da APS, avaliando, sempre que necessário, a possibilidade de remanejamento, para que o possível absenteísmo de profissionais (férias, afastamentos, licenças) não impacte na assistência ofertada, bem como, controlar o estoque de insumos, equipamentos de proteção individual, testes rápidos e RT-PCR, vacinas, entre outros.

Ação 2 – Articular apoio entre Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, na gestão de recursos humanos, equipamentos, insumos, equipamentos de proteção individual, testes rápidos e RT-PCR, vacinas, entre outros.

Passo 4: Vacinação rápida e segura

Ação 1 – Organizar o processo de trabalho das equipes para realizar a vacinação dos grupos prioritários, preconizados no Plano Nacional de Vacinação, estabelecendo fluxo diferencial interno para o atendimento às demandas programadas e espontâneas.

Ação 2 – Garantir a biossegurança e a vacinação dos profissionais de saúde que atuam na assistência.

Passo 5: Comunicação

Ação 1 – As três esferas de gestão devem realizar campanhas de comunicação para a população esclarecendo as medidas preventivas que devem ser adotadas, como

uso de máscaras, distanciamento social, lavagem das mãos, uso de álcool em gel, evitar aglomerações, vacina etc.

Ação 2 – Estabelecer meios de comunicação com os profissionais de saúde, a fim de disseminar informações sobre os horários de funcionamento dos estabelecimentos de saúde, fluxos da rede de atenção à saúde local, atualizações, orientações, diretrizes e protocolos vigentes.

Ação 3 – Estabelecer meios de comunicação com a população (rádio, TV e outras mídias sociais), a fim de mantê-la informada sobre a situação epidemiológica local e os serviços de saúde disponíveis no território, adequados a cada caso.

Passo 6: Promoção e prevenção

Ação 1 – Promover ações de educação em saúde para a comunidade.

Ação 2 – Articular ações intersetoriais para promoção da saúde.

Passo 7: Reabilitação e complicações pós covid-19

Ação 1 – Garantir acesso aos serviços de saúde às pessoas com sintomas persistentes após infecção por covid -19.

Ação 2 – Identificar a necessidade de encaminhamento para serviços especializados, sempre que necessário, e estabelecer fluxos de referência e contrareferência.

5 Passos para População

Passo 1: Procurar a UBS quando apresentar qualquer sintoma de síndrome gripal.

Passo 2: Respeitar as medidas preventivas: uso de máscaras, lavagem das mãos, uso de álcool, manter distanciamento social de 1m, evitar aglomerações, entre outras.

Passo 3: Comparecer às consultas, atendimentos e exames agendados e seguir as orientações prescritas pelo médico.

Passo 4: Retornar ao serviço de saúde em caso de piora ou persistência dos sintomas.

Passo 5: Acionar a ouvidoria do SUS em caso de dúvidas, elogios e sugestões.

Por fim, considerando a necessidade de respeitar o distanciamento social, recomendamos que a representação regional dos COSEMS e suas respectivas regionais dos estados se articulem para que as reuniões sejam realizadas por meio de

web, de modo a possibilitar as discussões e deliberações necessárias entre os entes federativos e que o acesso a essas reuniões seja viabilizado para representantes das regionais, COSEMS e seus técnicos e apoiadores e SES, com o intuito de que o apoio técnico possa ser agilizado e contribuir para a disseminação oportuna de informações estratégicas.

Marcelo Queiroga

Ministro de Estado da Saúde

Carlos Eduardo de Oliveira Lula

Presidente do CONASS

Wilames Freire Bezerra

Presidente do CONASEMS

1.2 Tributo aos que se dedicam diariamente no enfrentamento da Pandemia

A implantação do Guia Orientador é ...

Desafio de transformar o que está escrito em realidade, um trabalho que requer liderança, paciência, persistência, e muita resiliência, aplicando uma ferramenta que pode possibilitar a integração das ações em redes, contribuindo para nortear os gestores e profissionais de saúde para dois grandes desafios: enfrentar uma pandemia e organizar os serviços para o cuidar do que vem... É poder vivenciar a força, a determinação e a garra de profissionais e gestores para vencer o novo vírus, buscando conhecimento, novas práticas, novos fluxos. É rever processos, perseverar nas medidas protetivas, conviver com o medo da contaminação, com a exaustão... conviver com esse batalhão de guerreiros que há meses enfrentam o invisível e perceber a potência do SUS nos rincões desse Brasil heterogêneo, o SUS é intrínseco a cada brasileiro... uma parte integrante de cada um de nós, uma rede de pessoas em busca da verdadeira saúde que todos.

Texto Coletivo construído pelos facilitadores do CONASS

2. INTRODUÇÃO

2.1 A COVID-19

- A covid-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a maioria (cerca de 80%) das pessoas com covid-19 podem ser assintomáticas ou oligossintomáticas e, aproximadamente, 20% dos casos detectados requerem atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório. Sua letalidade varia, principalmente, conforme a faixa etária e condições clínicas associadas.
- Os primeiros coronavírus humanos foram isolados pela primeira vez em 1937. No entanto, foi em 1965 que o vírus foi descrito como coronavírus, em decorrência do seu perfil na microscopia, parecendo uma coroa.
- A maioria das pessoas se infecta com os coronavírus comuns ao longo da vida, sendo as crianças pequenas mais propensas a se infectarem com o tipo mais comum do vírus. Os coronavírus mais comuns que infectam humanos são o alpha coronavírus 229E e NL63 e beta coronavírus OC43, HKU1.
- Não menos importante, deve-se ter em mente que outros vírus respiratórios, também ocorrem sob a forma de surtos e, eventualmente, circulam ao mesmo tempo, tais como influenza, parainfluenza, rinovírus, vírus sincicial respiratório, adenovírus e outros coronavírus.
- O primeiro caso de covid-19 no Brasil, foi confirmado no dia 26 de fevereiro de 2020 em São Paulo- SP
- Em 20 de março de 2020, foi declarado que a transmissão do novo coronavírus passou a ser considerada comunitária em todo o território nacional.
- O período de incubação do SARS-CoV-2 para a infecção entre humanos varia de 1 a 14 dias, com mediana de 5 a 6 dias.
- A transmissão pessoa-pessoa se dá através da via respiratória, por secreções produzidas durante episódios de tosse, espirros e coriza, semelhante à transmissão do vírus da influenza, por meio de contato direto ou próximo, especialmente através

- das mãos não higienizadas ou por contato com objetos e superfícies contaminados.
- Os casos suspeitos com clínica leve e moderada podem ser atendidos na Atenção Primária à Saúde em Unidades de Saúde e somente os casos com maior gravidade que necessitem de internação hospitalar serão referenciados para outros pontos da Rede de Urgência e Emergência
 - O contexto local da epidemia deve ser avaliado diariamente pela gestão e trabalhadores com decisões sobre a manutenção/ implantação de atividades remotas (home office) ou suspensão dos serviços
 - Os trabalhadores dos serviços devem permanecer em extrema vigilância quanto ao aparecimento de sintomas, contato com casos confirmados e necessidade de medidas de isolamento.
 - Existem atualmente três principais novas variantes do vírus SARS-CoV-2 (Variantes de Atenção-VOC) sob a vigilância dos países na corrida para compreender o que essas mutações podem impactar na situação epidemiológica, no aumento da transmissibilidade e opções de respostas que devem ser ajustadas à situação atual.
 - » Variante VOC 202012/01, linhagem B.1.1.7, identificada pelo Reino Unido em 14 de dezembro de 2020, De acordo com a OMS, a caracterização da VOC 202012/01 foi responsável por um aumento significativo da transmissibilidade, que contribuiu para aumentos na incidência, hospitalizações e pressão sobre o sistema de saúde desde a segunda metade de dezembro de 2020.
 - » Variante 501Y.V2, linhagem B.1.351 identificada na África do Sul e notificada em 18 de dezembro de 2020. Os resultados preliminares indicam que esta variante também pode sugerir um maior potencial de transmissibilidade. No entanto, ainda é necessária uma investigação mais aprofundada sobre este e outros fatores que influenciam na transmissibilidade, severidade, imunidade, reinfeção, vacinação e diagnóstico.
 - » Variante P.1, linhagem B.1.1.28, identificada em viajantes provenientes de Manaus- AM em 9 de janeiro de 2021. Tendo em vista o aumento rápido e expressivo do número de casos e óbitos pela doença em Manaus, a partir de dezembro de 2020, há uma hipótese de que isso esteja relacionado com uma maior infectividade dessa variante. Esta variante contém um conjunto de mutações adicionais que podem afetar sua capacidade de ser reconhecida por anticorpos.

Segundo a OMS, o sequenciamento genético do vírus SARS-CoV-2, aliado a outros estudos, possibilita sugerir se as mutações identificadas podem influenciar potencialmente na patogenicidade, transmissibilidade, além de direcionar medidas

terapêuticas, diagnósticas ou ainda contribuir no entendimento da resposta vacinal. Sendo assim, todas essas informações contribuem para as ações de resposta da pandemia.

O CDC aponta que essas variantes parecem se espalhar mais fácil e rapidamente do que outras variantes, o que pode levar a mais casos de covid-19. Um aumento no número de casos colocará mais pressão sobre os recursos de saúde, levará a mais hospitalizações e, potencialmente, a mais mortes.

Até o momento, estudos sugerem que os anticorpos gerados por vacinação com vacinas atualmente autorizadas reconhecem essas variantes. Isso está sendo investigado de perto e mais estudos estão em andamento.

O cumprimento rigoroso e crescente das estratégias de mitigação de saúde pública, como vacinação, distanciamento físico, uso de máscaras, higienização das mãos e isolamento e quarentena, é essencial para limitar a disseminação do vírus que causa covid-19 e proteger a saúde pública

- Como aponta Mendes na publicação “O lado oculto de uma Pandemia: A Terceira Onda da covid-19 ou o Paciente Invisível” apesar de não haver consenso, muitos autores consideram que a pandemia ocorre em ondas, sendo três as principais:
 - » Primeira onda: corresponde ao início da epidemia e sua expansão autossustentada por meio da transmissão comunitária e pode ser controlada por estratégias de mitigação ou supressão. A sua superação constitui um marcador para o início das intervenções de retomada das atividades sociais e econômicas. Pode ocorrer em maior ou menor tempo e ter taxas de infecção e mortalidade diferenciadas conforme as medidas adotadas. Esta onda pode ter formato distinto e ser achatada com a adoção de intervenções não farmacológicas. O achatamento da curva tem três objetivos: distribuir a demanda aos serviços de saúde ao longo do tempo, evitando a sobrecarga excessiva, estabelecer uma curva de aprendizado proporcionando tempo para as equipes conhecerem o melhor manejo dos pacientes com covid-19 e ganhar tempo para o desenvolvimento e produção em escala de novas tecnologias como vacinas e medicamentos.
 - » Segunda onda: ela surge quando não existe obtenção de imunidade de rebanho após uma primeira onda epidêmica, que apresenta alto risco de ressurgimento quando as intervenções não farmacológicas são relaxadas por políticas de retomada e que levam à retomada comportamentos “normais”. A Organização Mundial da Saúde preconiza que a retomada das atividades econômicas e sociais seja feita com base em evidências científicas e imple-

mentada incrementalmente para reduzir os riscos de novas ondas. Segundo essa organização, idealmente deveria haver um período mínimo de duas semanas entre cada etapa da transição planejada a fim de reduzir os riscos de uma nova onda e para permitir a construção de uma resposta apropriada e sustentável.

- » A Terceira Onda ou O paciente Invisível: atinge pessoas portadoras de condições crônicas não agudizadas, condições crônicas agudizadas e condições agudas não covid-19 durante o período da pandemia. Com a desassistência provocada pelas restrições de acesso ou pelo medo das pessoas em buscarem os serviços de saúde as condições crônicas tendem a se instabilizarem e a aumentar sua gravidade e a causarem mortes. Além disso várias condições crônicas como hipertensão, diabetes, doenças respiratórias, obesidade etc. são fatores de risco para a covid-19. As condições crônicas quando agudizadas manifestam-se como eventos agudos que vão pressionar os serviços de urgência e emergência já lotados com aos casos. Da mesma forma outras condições agudas não covid-19 terão dificuldade de atendimento em um sistema sobrecarregado. Surge o conceito de **Sindemia** que implica na presença de um complexo biosocial que consiste na copresença ou na sequência de condições de saúde com os fatores sociais e ambientais que promovem ou incrementam os efeitos negativos das interações entre estas condições. Assim, as desigualdades sociais atuam como cofatores na determinação das sindemias. A sindemia convoca uma situação de trans morbidade porque envolve interações entre doenças e condições de saúde como condições agudas transmissíveis (covid-19 e outras), condições agudas não transmissíveis (trauma), condições crônicas não agudizadas (doenças cardiovasculares, doenças oncológicas, doenças metabólicas, doenças respiratórias, doenças renais e outras) e condições crônicas que não são doenças (condições maternas e perinatais e fragilidade das pessoas idosas) que são mais prováveis de ocorrer em ambientes de desigualdade em saúde determinado por pobreza, estresse, violência estrutural e estigmatização. A crescente presença de doenças emergentes e reemergentes que resultam da globalização, do aquecimento global, da degradação ambiental e das desigualdades sociais, criam uma tempestade perfeita que pode levar a supersindemias, tal como parece ter ocorrido com a covid-19.

Para saber mais:

“O lado oculto de uma Pandemia: A Terceira Onda da covid -19 ou o Paciente Invisível” - Eugênio Vilaça Mendes – <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf>

- Dados de 01 de março de 2021 da OMS apontam para 113.820.168 casos confirmados e 2.527.891 de óbitos no mundo. No Brasil, de acordo com o Painel CONASS são 10.946.926 casos confirmados e 257.361 óbitos (02/03/2021).
- No dia 8 de dezembro de 2020 no Reino Unido foi vacinada a primeira pessoa do mundo contra o novo coronavírus. O imunizante aprovado para o uso emergencial foi o desenvolvido pela parceria entre a farmacêutica americana Pfizer e a empresa de biotecnologia alemã BioNTech. Depois disso várias outras vacinas foram aprovadas para uso emergencial. No dia 17 de janeiro de 2021, a ANVISA aprovou duas vacinas em caráter emergencial para uso na população brasileira: Vacina COV-19 inativada (CoronaVac®) - INSTITUTO BUTANTAN e a vacina covid-19 (ChAdOx1 nCoV-19)- FIOCRUZ (Universidade de Oxford e AstraZeneca). No dia 18 de janeiro de 2021 foi iniciada a campanha de vacinação no Brasil
- Em 23/02/2021 a ANVISA concedeu o registro definitivo da vacina Vacina Pfizer/Biontech.
- No dia 12 de março foi concedido o registro definitivo para a vacina AstraZeneca/Fiocruz.
- Em 31 de março foi aprovada para uso emergencial a Janssen COVID-19 Vaccine

2.2 DIAGNÓSTICO

O Ministério da Saúde considera:

CASOS SUSPEITOS

DEFINIÇÃO 1 – SÍNDROME GRIPAL (SG)

Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

Observações:

- Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico;
- Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência;
- Na suspeita de covid-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

DEFINIÇÃO 2 – SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

Síndrome Gripal que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto.

Observações:

- Em crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.
- Para efeito de notificação no SIVEP-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.

CASOS CONFIRMADOS

POR CRITÉRIO CLÍNICO:

Caso de SG ou SRAG associado a anosmia OU disgeusia aguda sem outra causa pregressa.

POR CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO:

Caso suspeito de SG ou SRAG com: histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas, com caso confirmado de covid -19.

POR CRITÉRIO CLÍNICO-IMAGEM:

Caso de SG ou SRAG ou óbito por SRAG que não foi possível confirmar ou descartar por critério laboratorial E que apresente pelo menos uma (1) das seguintes alterações tomográficas:

- OPACIDADE EM VIDRO FOSCO periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”), OU
- OPACIDADE EM VIDRO FOSCO multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”), OU
- SINAL DE HALO REVERSO ou outros achados de pneumonia em organização (observados posteriormente na doença).

Observação: segundo o Colégio Brasileiro de Radiologia, quando houver indicação de tomografia, o protocolo é de uma Tomografia Computadorizada 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.

PLATAFORMA DE TRIAGEM DE CASOS DE COVID-19

O Ministério da Saúde disponibiliza o banco de imagens para apoiar o atendimento dos casos e permitir agilidade na adoção de condutas por parte dos profissionais de saúde no diagnóstico da covid -19.

Para utilizar o serviço, o profissional deverá ingressar na plataforma <http://covid-19.maida.health> e fazer o cadastro. O serviço está disponível 24 horas, sete dias por semana. Os profissionais também poderão contribuir com o banco de imagens, registrando novos casos e ajudando a orientar outros profissionais

POR CRITÉRIO LABORATORIAL:

A) Critério laboratorial em indivíduo não vacinado

Caso suspeito de SG ou SRAG com teste de:

- **BIOLOGIA MOLECULAR:** resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelos seguintes métodos:
 - » RT-qPCR em tempo real;
 - » RT-LAMP (amplificação isotérmica mediada por loop com transcriptase reversa (reverse transcriptase loop-mediated isothermal amplification))
- **IMUNOLÓGICO:** resultado REAGENTE para IgM, IgA e/ ou IgG* realizado pelos seguintes métodos:
 - » Ensaio imunoenzimático (Enzyme-Linked Immuno- sorbent Assay - ELISA);
 - » Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos;
 - » Imunoensaio por Eletroquimioluminescência (ECLIA)
 - » Imunoensaio por Quimioluminiscência (CLIA)
- **PESQUISA DE ANTÍGENO:** resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

Observação: Considerando a história natural da covid-19 no Brasil, um resultado **isolado** de IgG reagente não deve ser considerado como teste confirmatório para efeitos de notificação e confirmação de caso. Um resultado IgG reagente deve ser usado como critério laboratorial confirmatório somente em indivíduos não vacinados, sem diagnóstico laboratorial anterior para covid -19 e que tenham apresentado sinais e sintomas compatíveis, no mínimo 8 dias antes da realização desse exame. Essa orientação não é válida para inquérito sorológico.

B) Critério laboratorial em indivíduo assintomático:

Indivíduo ASSINTOMÁTICO com resultado de exame:

- **BIOLOGIA MOLECULAR:** resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-qPCR em tempo real.
- **PESQUISA DE ANTÍGENO:** resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

C) Critério laboratorial em indivíduo vacinado contra covid-19

Indivíduo que recebeu a vacina contra covid -19 e apresentou quadro posterior de SG ou SRAG com resultado de exame:

- **BIOLOGIA MOLECULAR:** resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real.
- **PESQUISA DE ANTÍGENO:** resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

D) Caso de SG ou SRAG não especificada

Caso de SG ou de SRAG para o qual não houve identificação de nenhum outro agente etiológico OU que não foi possível coletar/processar amostra clínica para diagnóstico laboratorial, OU que não foi possível confirmar por critério clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico.

E) Caso de SG descartado para covid-19

Caso de SG para o qual houve identificação de outro agente etiológico confirmado por método laboratorial específico, excluindo-se a possibilidade de uma coinfeção, OU confirmação por causa não infecciosa, atestada pelo médico responsável.

- Ressalta-se que um exame negativo para covid-19 isoladamente não é suficiente para descartar um caso para covid -19.
- O registro de casos descartados de SG para covid-19 deve ser feito no e-SUS notifica.

Observação: Para fins de vigilância, notificação e investigação de casos e monitoramento de contatos, o critério laboratorial deve ser considerado o padrão ouro, não excluindo os demais critérios de confirmação

A Portaria MS Nº 1792/2020 dispõe sobre a obrigatoriedade de notificação ao Ministério da Saúde de todos os resultados de testes diagnóstico para SARS-CoV-2 realizados por laboratórios da rede pública, rede privada, universitários e quaisquer outros, em todo território nacional.

2.3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- **“Caso assintomático”**: caracterizado por teste laboratorial positivo para e ausência de sintomas.
- **“Caso leve”**: caracterizado a partir da presença de sintomas não específicos, como tosse, dor de garganta ou coriza, seguido ou não de anosmia, ageusia, diarreia, dor abdominal, febre, calafrios, mialgia, fadiga e/ou cefaleia.
- **“Caso moderado”**: os sintomas mais frequentes podem incluir desde sinais leves da doença, como tosse persistente e febre persistente diária, até sinais de piora progressiva de outro sintoma relacionado à Covid-19 (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia), além da presença de pneumonia sem sinais ou sintomas de gravidade.
- **“Caso grave”**: considera-se a 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).
 - » Para crianças, os principais sintomas incluem taquipneia (maior ou igual a 70 rpm para menores de 1 ano e maior ou igual a 50 rpm para crianças maiores que 1 ano), hipoxemia, desconforto respiratório, alteração da consciência, desidratação, dificuldade para se alimentar/recusa alimentar, lesão miocárdica, elevação de enzimas hepáticas, disfunção da coagulação, rabdomiólise, cianose central ou SpO₂ <90-92% em repouso e ar ambiente, letargia, convulsões.
- **“Caso crítico”**: os principais sintomas são sepse, síndrome do desconforto respiratório agudo, insuficiência respiratória grave, disfunção de múltiplos órgãos, pneumonia grave, necessidade de suporte respiratório e internações em Unidades de Terapia Intensiva.

A covid -19 pode estar frequentemente associada a manifestações mentais e neurológicas incluindo delírio ou encefalopatia, agitação, acidente vascular cerebral, meningo-encefalite, olfato ou paladar prejudicados, ansiedade, depressão e distúrbios de sono. Em muitos casos, manifestações neurológicas foram relatadas mesmo em pacientes sem sintomas respiratórios.

As manifestações clínicas da covid-19 são geralmente mais leves em crianças do que em adultos. No entanto, em 26 de abril de 2020, o Sistema Nacional de Saúde Inglês (NHS) lançou um alerta relatando uma nova apresentação clínica em crianças, caracterizada como uma síndrome hiperinflamatória que pode levar a um quadro de

falência de múltiplos órgãos e choque, denominada Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) temporalmente associada à covid-19.

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	– 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	– Diarreia – Dor abdominal – Febre – Calafrios – Mialgia – Fadiga – Cefaleia		– Taquipneia: ≥ 70rpm para menores do que 1 ano; ≥ 50rpm para crianças maiores do que 1 ano; – Hipoxemia; – Desconforto respiratório; – Alteração de 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 do tórax, aumento da proteína C-reativa (P CR) e linfopenia evidenciada em hemograma são as alterações mais comuns observadas em exames complementares

Fonte: Orientações para o manejo de pacientes com covid-19 – MS, Maio 2020.

2.4 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Teste Molecular RT-PCR em tempo real (RT-qPCR)

Segundo a Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial, a detecção do vírus por RT-PCR em tempo real permanece sendo o teste laboratorial de escolha para o diagnóstico de pacientes sintomáticos na fase aguda, para amostras coletadas até o 8º dia do início dos sintomas (entre o 3º e 7º dia de doença, preferencialmente).

Através da NOTA TÉCNICA Nº 44/2020-CGLAB/DAEVS/SVS/MS o Ministério da Saúde aponta os eixos de ação do Programa Diagnosticar para Cuidar que são baseados no diagnóstico laboratorial precoce e na busca e identificação de contatos de modo a tornar mais efetiva as ações não farmacológicas de controle, monitorar e limitar o

avanço da doença e, principalmente, subsidiar os gestores para a tomada de decisão a nível nacional, regional e local.

No âmbito da resposta à Emergência em Saúde Pública de Interesse Internacional - ESPIN, o programa recomenda que indivíduos doentes com quadros leves, moderados ou graves e alguns grupos de pessoas assintomáticas sejam testados por diagnóstico molecular nos serviços de saúde conforme o quadro a página seguinte.

Orientações para coleta de amostras respiratórias para teste molecular nos diversos serviços de saúde e o público-alvo

Serviços de Saúde	Indicação de coleta de amostra	Paciente na fase aguda da doença	Paciente na fase tardia doença
Hospitais	100% dos casos de SRAG* hospitalizados	Coletar amostra respiratória por meio de <i>swab</i> de nasofaringe, para realização de teste molecular (RT-qPCR) Realizar coleta para pacientes do 1º ao 8º dia de início de sintomas	Coletar amostra de sangue (gota de sangue ou soro) para realização de teste sorológico, conforme metodologia disponível no município ou LACEN. Realizar coleta para pacientes a partir do 8º dia do início dos sintomas
Unidade Sentinela de SG*	100% dos casos de SG* atendidos		
Centros de Atendimento para Enfrentamento da COVID-19	100% dos casos de SG* atendidos		
Demais Unidades ¹	100% dos casos de SG* atendidos OU conforme capacidade local, priorizando pacientes de determinados grupos ²		

*SG: Síndrome Gripal; SRAG: Síndrome Respiratória Aguda Grave.

¹ Unidade Básica de Saúde (UBS); Unidade de Pronto-Atendimento (UPA); Serviços de Atenção Domiciliar (SAD); Consultório na Rua; Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da COVID-19 e outros serviços existentes no local.

² Grupo 1: Trabalhadores de serviços de saúde e segurança; Grupo 2: Condições de risco: idosos, cardiopatas, renais crônicos, imunodeprimidos, doenças respiratórias, diabéticos e gestantes de alto risco; Grupo 3: Grupos de interesse para a saúde pública: crianças menores de 2 anos, indígenas, gestantes e puérperas; Grupo 4: Instituições de longa permanência para idosos; Grupo 5: População privada de liberdade.

Fonte: Guia de Vigilância Epidemiológica – MS, 5 de agosto de 2020.

Seguindo as recomendações da OMS e do CDC, a Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública recomenda que haja racionalização do uso de swab, por meio da utilização de um swab para as duas narinas, conforme Nota Técnica Nº 34/2020-CGLAB/DAEVS/SVS/MS.

De acordo com o Conselho Federal de Odontologia (CFO) é permitido que o cirurgião-dentista realize os testes ditos rápidos e a coleta de material biológico por meio de swab na população, sendo essas medidas formas de cooperar com as ações de enfrentamento da Covid-19. Ressalta-se que é necessário que o profissional se qualifique para executar essas ações com a finalidade de ter resultados fidedignos, bem como

para garantir a sua segurança e a do paciente no momento da coleta (Nota informativa 01/2020- CGSB/DESF/SAPS/MS).

TESTE MOLECULAR: RT-LAMP

O teste molecular para COVID-19 pela metodologia RT-LAMP identifica a presença do Sars-CoV-2 em amostra de saliva durante o período de infecção ativa do vírus. O protocolo é baseado na técnica de amplificação isotérmica mediada por loop com transcriptase reversa (reverse transcriptase loop-mediated isothermal amplification, RT-LAMP). O protocolo é mais simples e rápido do que o RT-PCR e não requer o uso de aparelhos laboratoriais complexos, como termociclador em tempo real. Essa metodologia está sendo utilizada na rede de saúde suplementar do Brasil, como alternativa à metodologia de RT-qPCR, uma vez que é capaz de detectar com segurança amostras de Sars-CoV-2.

TESTE RÁPIDO IMUNOCROMATOGRÁFICO PARA PESQUISA DE ANTÍGENO VIRAL

Os testes rápidos são imunoenaios que detectam a presença de um antígeno do vírus Sars-CoV-2, o que implica infecção viral atual, podendo ser utilizados para o diagnóstico na fase aguda da doença (do 2º ao 7º dia após início dos sintomas). São realizados a partir de amostras de esfregaço nasofaríngeo ou nasal e os resultados são liberados em aproximadamente 15 minutos.

A interpretação adequada dos resultados do teste de antígeno é importante para o manejo clínico preciso de pacientes com suspeita de covid -19, ou para identificação de pessoas potencialmente infectadas quando usado para triagem. São particularmente úteis se a pessoa é testada nos estágios iniciais da infecção com Sars-CoV-2, quando a carga viral está geralmente mais alta (CDC, 2019).

Segundo as orientações da OMS, testes rápidos que detectam antígenos específicos para infecção por Sars-CoV-2 são recomendados para uso próximo ao paciente, no local de atendimento.

Para o Ministério da Saúde, o uso desses testes é indicado para grupos populacionais específicos, que dependem de um resultado para auxiliar na conduta clínica imediata e para locais remotos, onde há limitação para o transporte oportuno de amostras até o Lacen.

Uma das desvantagens desse teste é a dificuldade para a rastreabilidade, tanto para o registro dos resultados, como também para o controle do estoque e seu uso.

O uso de testes rápidos de antígenos não é recomendado em populações com baixa prevalência esperada de doença (por exemplo: triagem em pontos de entrada, doação de sangue, cirurgia eletiva).

Testes Imunológicos: Teste Rápido ou Sorologia Clássica para detecção de Anticorpos

Os testes imunológicos (sorológicos) permitem conhecer o perfil sorológico da população, identificando a resposta imunológica (produção de Anticorpos IgA, IgM e/ou IgG) nos diferentes contextos para os grupos testados.

Atualmente, podem ser realizados por vários tipos de metodologias – imunocromatografia (teste rápido), ensaio imunoenzimático (ELISA), quimioluminescência (CLIA) ou eletroquimioluminescência (ECLIA), imunofluorescência direta e indireta (pouco usados neste caso) e são indicados para indivíduos:

- Sintomáticos, na fase convalescente da doença, com coleta da amostra recomendada a partir do 8º dia de início dos sintomas, por meio de coleta de sangue (gota de sangue ou soro);
- Assintomáticos, pode ser utilizado em toda população, a depender do objetivo da ação de cada município e/ou estado, sob supervisão das equipes de vigilância epidemiológica local, como por exemplo, na realização de inquéritos sorológicos para avaliar produção de anticorpos.

No cenário da pandemia, os testes sorológicos da COVID-19, por qualquer um dos quatro métodos citados, contribuem com a identificação da imunidade comunitária desenvolvida, sendo crucial para auxiliar os gestores na tomada de decisões de inteligência epidemiológica. Dessa forma, são testes indicados para triagem e auxílio na adoção das medidas não farmacológicas.

Para conhecer os produtos para diagnóstico registrados no país, consultar o sítio eletrônico da Anvisa – <http://portal.anvisa.gov.br> buscando pelo termo Produtos para diagnóstico in vitro de covid -19 regularizados.

2.5 NOTIFICAÇÃO E REGISTRO

O que notificar?

Casos de SG, de SRAG hospitalizado e óbito por SRAG, independente da hospitalização, que atendam à definição de caso.

Indivíduos assintomáticos com confirmação laboratorial por biologia molecular ou imunológico de infecção recente por covid -19.

Observação: Um resultado IgG reagente só deve ser considerado para fins de notificação e registro de caso em indivíduos não vacinados, sem diagnóstico laboratorial

anterior para COVID-19 e que tenham apresentado sinais e sintomas compatíveis, no mínimo 8 dias antes da realização desse exame.

Quem deve notificar?

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

Todos os laboratórios das redes pública, privada, universitários e quaisquer outros, em território nacional, devem notificar os resultados de testes diagnóstico para detecção da covid -19 (Portaria GM/MS N° 1.792 DE 21/07/2020).

Quando notificar?

Devem ser notificados dentro do prazo de 24 horas a partir da suspeita inicial do caso ou óbito.

A notificação dos laboratórios deve ser realizada no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas contado da data do resultado do teste, mediante registro e transmissão de informações da Rede Nacional de Dados em Saúde (Portaria GM/MS N° 1.792 de 21/07/2020).

Onde notificar?

- Unidades públicas e privadas (unidades de atenção primária, consultórios, ambulatórios, clínicas, centros de atendimento, pronto atendimento, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT): Casos de SG devem ser notificados por meio do sistema e-SUS Notifica <https://notifica.saude.gov.br/login>
- Unidades de Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal: Casos de SG devem seguir os fluxos já estabelecidos para a vigilância da influenza e outros vírus respiratórios, devendo ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) <https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/>
- Todos os hospitais públicos ou privados: Casos de SRAG hospitalizados devem ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) <https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/>

E quando for óbito?

Os óbitos por SRAG, independente de hospitalização, devem ser notificados no SIVEP-Gripe <https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/>. O registro do óbito também deve ocorrer, obrigatoriamente, no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Em situações de óbito por SRAG, em municípios que não possuem cadastro no SIVEP-gripe, por não terem unidade hospitalar, orienta-se que o cadastro no SIVEP-gripe seja realizado por meio do CNES de suas vigilâncias para a correta e oportuna notificação.

As orientações sobre o preenchimento e emissão da Declaração de Óbito e registro no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) se encontram disponíveis nas publicações “Orientações para o preenchimento da Declaração de Óbito no contexto da COVID-19” e “Orientações para codificação das causas de morte no contexto da COVID-19”, disponíveis no sítio eletrônico: <https://coronavirus.saude.gov.br/profissional-gestor#protocolos>.

Os municípios ou estados que possuem sistemas próprios para notificação de casos de SG, SRAG e óbitos precisam compartilhar seus registros com os sistemas oficiais do Ministério da Saúde por digitação ou transferência digital dos dados.

Observação: A oportuna notificação e digitação dos dados epidemiológicos no sistema de informação é a melhor maneira de subsidiar os gestores para o planejamento das ações de prevenção e controle, ou seja, a tomada de decisão. Quanto mais descentralizada a notificação e a digitação, mais oportuna a informação de dados epidemiológicos.

Códigos Internacionais de Doenças (CID -10-OMS) para a covid -19

B34.2 – Infecção por coronavírus de localização não especificada.

U07.1 – covid-19, vírus identificado. É atribuído a um diagnóstico de covid -19 confirmado por testes de laboratório

U07.2 – covid-19, vírus não identificado, clínico epidemiológico. É atribuído a um diagnóstico clínico ou epidemiológico de covid -19, em que a confirmação laboratorial é inconclusiva ou não está disponível.

Os novos códigos U07.1 (covid-19, vírus identificado) e U07.2 (covid-19, vírus não identificado, clínico-epidemiológico), definidos pela OMS, são os marcadores da pandemia no Brasil.

Sendo assim, na mesma linha em que for alocado o B34.2 (Infecção pelo coronavírus de localização não especificada), deve constar, também, o código marcador U07.1 ou U07.2.

Caso o código U04.9 (Síndrome respiratória aguda grave – SARS/SRAG) tenha sido utilizado como marcador para caso suspeito ou confirmado de covid-19, deverá ser substituído pelos códigos supracitados.

NOTIFICAÇÃO DE PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA

- No que se refere ao preenchimento da ficha de notificação de caso de Síndrome Gripal suspeito de doença pelo SARS-CoV2 – covid -19 (B34.2) pelas equipes de Consultório na Rua ou demais equipes de Atenção Primária que atendam

pessoas em situação de rua ou sem domicílio, os campos obrigatórios referentes ao endereço devem ser preenchidos conforme descrito abaixo:

- » Campo CEP: informar o CEP – código de endereçamento postal do logradouro da residência do paciente. Indivíduo não sabe o CEP, preencher com 00000-000.
 - » Campo Logradouro: preencher um termo “inexistente”, caso a pessoa não tenha endereço.
 - » Campo Complemento: preencher com a informação equivalente ao grupo populacional que pertence, ou seja: situação de rua, cigano, circense, ribeirinho, do campo
 - » Campo Número (SN): preencher com SN, caso não tenha. Destaca-se a importância de realizar o adequado preenchimento dos campos obrigatório do e-SUS VE a fim de garantir a notificação do caso.
- Unidades de Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal, casos de SG devem seguir os fluxos já estabelecidos para a vigilância da influenza e outros vírus respiratórios, devendo ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).
 - Conforme previsto na Portaria nº 758 de 09 de abril de 2020 e Nota Técnica do MS nº 135/2020, é obrigatório o registro diário do Censo Hospitalar de Internações os casos suspeitos e confirmados de covid-19, nos estabelecimentos de saúde públicos e privados que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS). No Censo Hospitalar deverão constar as seguintes informações: número de internações em enfermaria ou UTI, número de saídas e a quantidade de leitos disponíveis para pacientes suspeitos ou confirmados para covid-19. Define-se internação hospitalar como o cuidado ao usuário com diagnóstico de caso suspeito ou confirmado de covid-19, com permanência que ultrapasse 24 horas corridas;
 - Também os óbitos suspeitos, independente de internação, devem ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).
 - A recomendação para preenchimento “suspeita de covid-19” é internacional e tem por objetivo captar todos os óbitos possíveis pela doença.

2.6 GRUPO DE RISCO DE DESENVOLVER AS FORMAS GRAVES DA COVID-19

A covid-19 é uma doença nova e há informações limitadas sobre fatores de risco para doenças graves. Com base nas informações disponíveis no momento e nos conhecimentos clínicos, são condições crônicas e ou fatores de risco, que podem apresentar maior risco de desenvolver a forma grave da covid-19:

IDOSOS

Pessoas idosas, com 60 anos ou mais, possuem risco individual aumentado, especialmente:

- » Idosos frágeis com dependência funcional, 6 a 10 da estratificação de risco clínico funcional do idoso;
- » Idosos com comorbidades múltiplas (presença de duas ou mais doenças);
- » Idosos com uma condição crônica;
- » Idosos que vivem em instituições de longa permanência (ILPIs);

GESTANTES E PUÉRPERAS

No momento atual, o mundo entende que as gestantes e puérperas constituem grupo de risco frente à covid-19 (Knight et al. 2020). No Brasil, o Ministério da Saúde orienta que gestantes e puérperas até o 14º dia de pós-parto devem ser consideradas grupo de risco para covid-19 (Nota Informativa nº 13/2020 - SE/GAB/SE/MS: Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de covid-19).

O Centro de Controle de Doenças dos EUA (CDC-Atlanta), chama atenção, a partir de análises recentes de dados daquele país, que as mulheres grávidas com covid -19 são mais propensas a serem hospitalizadas e têm maior risco de internação em unidade de terapia intensiva (UTI) do que mulheres não grávidas. Nos dados analisados, o risco de morte foi semelhante nos dois grupos, mas, reitera que, muito permanece desconhecido. No Brasil, a FEBRASGO manifesta preocupação com o elevado número de mortes maternas decorrentes do covid -19, 3,5 vezes maior que a soma do número de mortes maternas por covid -19 reportado em outros países até o momento, utilizando dados do SIVEP-Gripe (International Journal of Gynecology and Obstetrics). A nota aponta ainda potenciais demoras na assistência a essas mulheres, já que 22% dos casos fatais não foram internados em UTI e 14% não receberam nenhum tipo de suporte ventilatório. Concluem reforçando a necessidade de considerar os serviços de atenção ao pré-natal e parto como serviços essenciais e ininterruptos no território brasileiro em todos os níveis de assistência à saúde, e que gestantes e puérperas, por serem grupos de risco para morte por covid -19, devem ter acesso facilitado a cuidados intensivos e à internação em leitos de UTI. Outras publicações, incluindo uma nacional realizada em maternidade de referência de São Paulo, relatam complicações perinatais como morte fetal e prematuridade induzida em decorrência de agravamento da evolução da doença materna e ou decorrente do sofrimento fetal.

CRIANÇAS

Um estudo publicado no início de março de 2020, sugere que as crianças são tão propensas a se infectarem quanto os adultos, mas apresentam menos sintomas ou risco de desenvolver doença grave. Como a maioria das crianças infectadas não apresenta sintomas ou os sintomas são menos graves, os testes diagnósticos não são realizados em muitos casos, fazendo com que o número real de crianças infectadas seja subestimado. Crianças e adolescentes infectados, apesar de apresentarem preferencialmente formas assintomáticas, leves ou moderadas da doença, podem desenvolver manifestações clínicas exuberantes e graves. A Sociedade de Pediatria do Reino Unido emitiu um alerta reportando a identificação de uma nova apresentação clínica em crianças e adolescentes, possivelmente associada com a covid -19. Os pacientes 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 (SBP https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22532dNA_Sindr_Inflamat_Multissistematica_associada_COVID19.pdf). Outros trabalhos têm apontado para os mesmos resultados. Os dados publicados e as evidências demonstram que a maioria das crianças não exibe doença grave. No entanto, crianças menores de 1 ano parecem ter risco aumentado de doença grave. Temos poucos dados sobre o impacto da infecção pelo SARS-CoV-2 em crianças com doenças crônicas. É provável que muitas crianças precisem ser monitoradas de perto para doenças graves. De 731 crianças com infecção comprovada na China, 94 (12,9%) eram assintomáticas e 315 (43,1%) apresentavam sintomas leves. Entretanto, em 300 crianças (41,0%) as manifestações foram moderadas e em 18 (2,5%) graves.

Atenção especial:

- Crianças com idade < 5 anos, com risco de hospitalização maior em < 2 anos e maior mortalidade em < 6 meses.
- Crianças que nasceram prematuras.
- Crianças que apresentam quadros de doenças crônicas como doenças congênitas, síndromes genéticas, doenças metabólicas, com repercussão no desenvolvimento neurológico, sistema imunológico ou sistêmico.

OUTROS FATORES DE RISCO OU CONDIÇÕES CRÔNICAS, INDEPENDENTEMENTE DA IDADE:

- Pessoas tabagistas e ou com histórico de tabagismo;
- Pessoas com hipertensão arterial sistêmica;
- Miocardiopatias de diferentes etiologias (insuficiência cardíaca, miocardiopatia

isquêmica etc.);

- Pessoas com doenças cardíacas congênitas;
- Pessoas com diabetes mellitus;
- Pessoas de qualquer idade com obesidade (índice de massa corporal [IMC] > 30);
- Pessoas com doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3a, 3b, 4 e 5)
- Pessoas em diálise;
- Pessoas com doenças pulmonares graves ou descompensada (incluindo asma moderada/grave, DPOC);
- Pacientes com tuberculose de todas as formas (há evidências de maior complicação e possibilidade de reativação);
- Pessoas com doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme);
- Pessoas com transtornos neurológicos e do desenvolvimento que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção cognitiva, lesão medular, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, acidente vascular encefálico – AVE ou doenças neuromusculares);
- Pessoas com doença mental grave;
- Pessoas imunocomprometidas, incluindo: tratamento contra o câncer (quimioterapia, imunoterapia, radio-terapia, pós-operatório (≤ 30 dias); uso de corticosteróides; inibidores de TNF-alfa e outros medicamentos que deprimam o sistema imunológico; transplante de medula óssea ou órgão, deficiências imunológicas, HIV ou AIDS mal controlado;
- Pessoas menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (risco de síndrome de Reye);
- Pessoas com doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica;
- Pessoas que coabitam em instituições de cuidados de longa permanência, comunidades terapêuticas, abrigos;
- População em situação de rua;
- População indígena aldeada ou com dificuldade de acesso;
- População privada de liberdade.

Considerando que as condições crônicas são fatores de risco para complicações decorrentes da covid -19 se faz premente a continuidade de atenção a estes usuários de forma a estabilizar seus quadros, diminuir o risco e impactar positivamente na letalidade.

2.7 MEDIDAS DE PREVENÇÃO

Mesmo com o início da vacinação para grupos de risco, as demais medidas de prevenção ainda são muito importantes e deveram ser mantidas pela população

- Lavar as mãos frequentemente com água e sabão ou com um desinfetante para as mãos à base de álcool 70% e evitar tocar os olhos, o nariz e a boca com as mãos não lavadas.
- Evitar contato próximo com as pessoas (ou seja, manter uma distância de pelo menos 1 metro), principalmente daqueles que têm febre, tosse ou espirros
- Praticar etiqueta respiratória, ou seja, cobrir a boca e o nariz com o antebraço ao tossir ou espirrar com lenços descartáveis, desprezando-os imediatamente após o uso em uma lixeira fechada e higienizar as mãos em seguida
- Procurar atendimento médico precocemente se tiver febre, tosse ou dificuldade em respirar.
- Evitar o consumo de produtos animais crus ou malcozidos e manusear carne crua ou leite com cuidado, de acordo com as boas práticas usuais de segurança alimentar.

2.7.1 Uso de Máscaras

Segundo a Lei Federal Nº 14.019 de 2 de julho de 2020 é obrigatório manter boca e nariz cobertos por máscara de proteção individual, conforme a legislação sanitária e na forma de regulamentação estabelecida pelo Poder Executivo federal, para circulação em espaços públicos e privados acessíveis ao público, em vias públicas e em transportes públicos coletivos, bem como em:

- I Veículos de transporte remunerado privado individual de passageiros por aplicativo ou por meio de táxis;
- II Ônibus, aeronaves ou embarcações de uso coletivo fretados

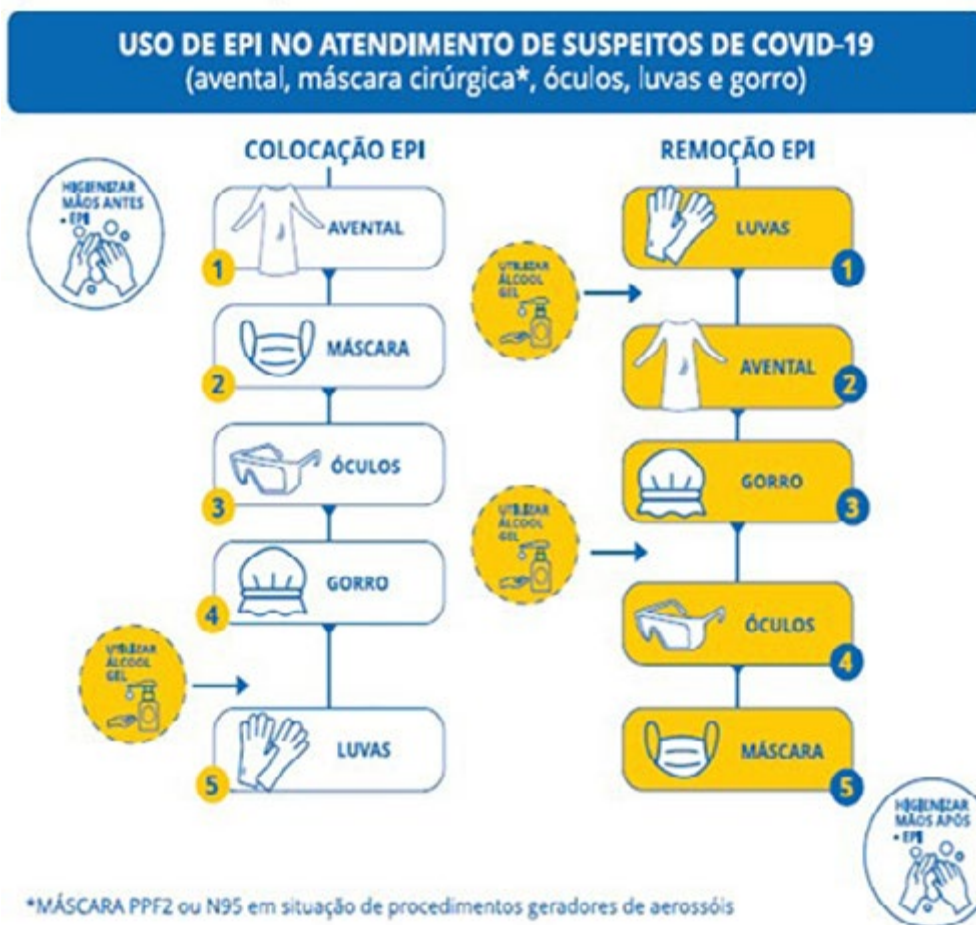
A obrigação será dispensada no caso de pessoas com transtorno do espectro autista, com deficiência intelectual, com deficiências sensoriais ou com quaisquer outras deficiências que as impeçam de fazer o uso adequado de máscara de proteção facial, conforme declaração médica, que poderá ser obtida por meio digital, bem como no caso de crianças com menos de 3 (três) anos de idade. As máscaras podem ser artesanais ou industriais.

Máscaras e/ou outros dispositivos como *faceshields*, viseiras, ou análogos que cubram a face do recém-nascido e ou do lactente de forma parcial ou total, não são recomendados para recém-nascidos e crianças menores de 2 anos de idade (NOTA TÉCNICA Nº 20/2020-COCAM/ CGCIVI/DAPES/SAPS/MS).

O uso de máscara cirúrgica está recomendado para profissionais da área da saúde durante o atendimento a casos suspeitos de covid -19 e pacientes sintomáticos.

Para a realização de procedimentos que produzem aerossóis deve ser utilizada máscara PFF2 (N95).

2.7.2 Uso Correto dos EPIs



Fonte: Adaptado MS/SAPS, 2000.

2.7.3 Estratégias para Avaliação de Risco

Dentre os diferentes instrumentos para o processo de avaliação de riscos disponíveis na literatura científica até o momento, o CONASS e o CONASEMS elaboraram uma proposta para avaliação de risco e as estratégias para o uso de um conjunto de indicadores que avaliará as ameaças e vulnerabilidades do sistema de saúde no âmbito local, relacionadas à capacidade de atendimento e cenário epidemiológico.

A avaliação de risco deve ser realizada semanalmente pelo gestor local, enquanto estiver declarada a Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN). A avaliação de riscos poderá ser realizada em âmbito municipal, regional, macrorregional, estadual e distrital, levando em consideração o compartilhamento da rede de atenção à saúde.

Este instrumento de avaliação de riscos apresenta dois eixos, um de capacidade de atendimento e epidemiológico, seis indicadores estratégicos onde foram definidas suas fontes de informações, pontos de cortes e pontos no quadro na página seguinte (Quadro 1).

Quadro 1. Descrição dos eixos, indicadores, cálculo, fontes de dados, forma de agregação dos dados, pontos de cortes e pontos relacionados

Eixo	Indicador	Cálculo	Fonte	Pontos de corte/pontos relacionados				
				< 70%	70% a < 75%	75% a < 80%	80% a < 85%	85% ou >
Capacidade de Atendimento	Taxa de ocupação de leitos de UTI adulto por SRAG / Covid-19	Passo 1: Taxa de ocupação: N° de leitos ocupados/ n° de leitos disponíveis*100 Calcular dia atual e 7 dias anteriores Passo 2: Média das 6 maiores taxas de ocupação do dia atual e 7 dias anteriores	e-SUS notifica (módulo de gestão de leitos) ou sistema próprio	0	3	6	9	12
	Taxa de ocupação de leitos clínicos adulto por SRAG / Covid-19			0	2	4	6	8
	Previsão de esgotamento de leitos de UTI (risco) (a)	Opção 1 $N = \log(L/D;E)$ $N = n^{\circ}$ de dias até esgotamento $L = N^{\circ}$ de leitos disponíveis $D =$ Taxa de ocupação dia $E =$ Taxa média de crescimento semanal Opção 2 $N = \log(l/D;F)*400$ $N = n^{\circ}$ de dias até esgotamento $L = N^{\circ}$ de leitos disponíveis $D =$ Taxa de ocupação dia $E =$ Taxa média de ocupação semanal $400 =$ Fator de correção		57 dias ou mais	36 a 56 dias	22 a 35 dias	7 a 21 dias	até 6 dias
				0	1	2	6	8
Epidemiológico	Variação do n° de óbitos por SRAG nos últimos 14 dias	Diferença entre o n° de óbitos por SRAG na última SE finalizada – n° de óbitos por SRAG referente à antepenúltima SE / n° de óbitos por SRAG referente à antepenúltima SE (b)	SIVEP Gripe ou sistema próprio	Redução > 20%	Redução de 5% a 20%	Redução de menos de 5% ou aumento até 5%	Aumento de 5% a 20%	Aumento > 20%
				0	1	2	6	8
	Variação do n° de casos de SRAG nos últimos 14 dias	Diferença entre o n° de casos por SRAG na última SE finalizada – n° de casos por SRAG referente à antepenúltima SE / n° de casos por SRAG referente à antepenúltima SE (c)		Redução > 20%	Redução de 5% a 20%	Redução de menos de 5% ou aumento até 5%	Aumento de 5% a 20%	Aumento > 20%
				0	1	2	3	4
	Taxa de positividade para Covid-19 (%)	N° de amostras que resultaram positivas para SARS-CoV-2/ n° de amostras para vírus respiratórios que foram realizadas	GAL / SIVEP Gripe ou sistema próprio	< 5%	de 5% a < 15%	de 15% a < 30%	de 30% a < 50%	$\geq 50\%$
				0	1	2	3	4

Nota: (a) Detalhamento das variáveis: A1. Número de leitos de UTI ocupados 1; A2. Número de leitos de UTI ocupados 2; A3. Número de leitos de UTI ocupados 3; A4. Número de leitos de UTI ocupados 4; A5. Número de leitos de UTI ocupados 5; A6. Número de leitos de UTI ocupados 6; A7. Número de leitos de UTI ocupados 7; A8. Número de leitos de UTI ocupados do dia; B. Número de leitos de UTI disponíveis; C1. Taxa de crescimento 1 = $A2/A1$; C2. Taxa de crescimento 2 = $A3/A2$; C3. Taxa de crescimento 3 = $A4/A3$; C4. Taxa de crescimento 4 = $A5/A4$; C5. Taxa de crescimento 5 = $A6/A5$; C6. Taxa de crescimento 6 = $A7/A6$; C7. Taxa de crescimento 7 = $A8/A7$; D. Taxa de ocupação dia = $A8/B$; E. Média de taxa de crescimento semanal = média(C1;C2;C3;C4;C5;C6;C7); F. Dias até esgotamento = $\log(1/D;E)$.(b) Para calcular a variação do número de óbitos por SRAG, deve-se utilizar o número de óbitos por SRAG de duas semanas epidemiológicas anteriores e o número de óbitos por SRAG da SE que foi finalizada. Por exemplo: dia 30/04 é metade da SE 18, então, será calculado a variação de óbitos por SRAG da SE 17 (SE_A) em relação com o total de óbitos por SRAG das SE 15 (SE_B). Cálculo: $(SE_A - SE_B)/SE_B*100$.(c) Para calcular a variação do número casos de SRAG, deve-se utilizar o número casos de SRAG de duas semanas epidemiológicas anteriores e o número de casos da SE que foi finalizada. Por exemplo: dia 30/04 é metade da SE 18, então, será calculado a variação de óbitos por SRAG da SE 17 (SE_A) em relação com o total de óbitos por SRAG das SE 15 (SE_B). Cálculo: $(SE_A - SE_B)/SE_B*100$.

Região de avaliação: UF / Macrorregião / Região de Saúde / Município

A partir do somatório dos pontos obtidos na avaliação de risco, esses podem ser classificados em cinco níveis de risco (*Quadro 2*). Para as cinco classificações elencadas, foram descritas as medidas de distanciamento, que recomenda medidas de distanciamento social a serem avaliadas pelos gestores locais em resposta à covid-19, sendo o Distanciamento Social Seletivo, a medida mínima e a Restrição Máxima, a medida máxima (*Quadro 3*).

Quadro 2. Classificação final da avaliação de riscos, segundo a pontuação obtida e medidas de distanciamento

Pontos	Risco	Sinalização	Medidas de distanciamento
0	Muito Baixo	Verde	Distanciamento Social Seletivo 1
1 a 9	Baixo	Amarelo	Distanciamento Social Seletivo 2
10 a 18	Moderado	Laranja	Distanciamento Social Ampliado 1
19 a 30	Alto	Vermelho	Distanciamento Social Ampliado 2
31 a 40	Muito Alto	Roxo	Restrição Máxima

Quadro 3. Orientações para medidas de distanciamento social a serem avaliadas em cada situação de risco pelos gestores

Nível de Risco	Medidas de Distanciamento	Descrição
Muito Baixo	Distanciamento Social Seletivo 1	1. Adoção das Medidas Básicas e Transversais (item 4.2)
Baixo	Distanciamento Social Seletivo 2	1. Adoção das Medidas de Distanciamento Social Seletivo 1; 2. Evitar atividades que gerem aglomeração de pessoas.
Moderado	Distanciamento Social Ampliado 1	1. Adoção das Medidas Básicas e Transversais (item 4.2);
		2. Adoção das Medidas de Distanciamento Social Seletivo 1 e 2;
		3. Suspensão de atividades escolares presenciais;
		4. Proibição de qualquer evento de aglomeração, conforme avaliação local;
		5. Adoção de distanciamento social no ambiente de trabalho, conforme avaliação local;
		6. Avaliar a suspensão de atividades econômicas não essenciais, com limite de acesso e tempo de uso dos clientes, conforme o risco no território;
		7. Avaliar a adequação de horários diferenciados nos setores econômicos para reduzir aglomeração nos sistemas de transporte público.

Nível de Risco	Medidas de Distanciamento	Descrição
Alto	Distanciamento Social Ampliado 2	1. Adoção das Medidas Básicas e Transversais (item 4.2);
		2. Adoção das Medidas de Distanciamento Social Seletivo 1 e 2;
		3. Adoção das Medidas de Distanciamento Social Ampliado 1;
		4. Suspender as atividades econômicas não essenciais definidas pelo território, avaliando cada uma delas;
		5. Definir horários diferenciados nos setores econômicos para reduzir aglomeração nos sistemas de transporte público.
Muito Alto	Restrição Máxima	1. Adoção das Medidas Básicas e Transversais (item 4.2);
		2. Adoção das Medidas de Distanciamento Social Seletivo 1 e 2;
		3. Adoção das Medidas de Distanciamento Social Ampliado 1 e 2;
		4. Adoção de quarentena como expõe a Portaria 356/2020 (a), conforme avaliação do gestor.

Nota: (a) Portaria nº 356, de 11 de março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid -19). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20356-20-MS.html Acessado em: 28 Mai 2020.

É importante enfatizar que durante o transcurso da pandemia, a classificação do risco de uma localidade pode se alternar dependendo da efetividade das ações estabelecidas pelo gestor no enfrentamento à covid -19. Para mensuração da efetividade, é fundamental o monitoramento permanente dos indicadores e aplicação dos instrumentos de avaliação, possibilitando assim, o direcionamento oportuno na tomada de decisão para controle da pandemia. Orienta-se que uma reavaliação semanal seja realizada para estimar o quanto a adoção da medida foi eficaz para a redução do risco. Caso o risco tenha aumentado, deve-se adotar uma medida de distanciamento social mais rigorosa. Caso o risco tenha reduzido, deve-se adotar a medida de distanciamento social imediatamente anterior à que foi adotada previamente de forma gradual.

2.7.4 Medidas Básicas e Transversais

CASOS SUPEITOS OU CONFIRMADOS

- ISOLAMENTO DOMICILIAR

Quadro resumo de critérios para suspensão do isolamento.

QUADRO	CRITÉRIO PARA SUSPENSÃO DO ISOLAMENTO
Indivíduos com quadro de Síndrome Gripal (SG) – leve a moderado - suspeita ou com confirmação por qualquer critério	Pelo menos 10 dias desde o início dos sintomas E pelo menos 24 horas sem febre (sem uso de antitérmicos) E remissão dos sintomas respiratórios.
Indivíduos com quadro de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) – grave/crítico OU gravemente imunossuprimido	Pelo menos 20 dias desde o início dos sintomas E pelo menos 24 horas sem febre (sem uso de antitérmicos) E remissão dos sintomas respiratórios e mediante avaliação médica
Indivíduo assintomático não gravemente imunossuprimido	Pelo menos 10 dias após a data da coleta do primeiro teste RT-qPCR positivo.
Indivíduo assintomático gravemente imunossuprimido	Pelo menos 20 dias após a data da coleta do primeiro teste RT-qPCR positivo.

- **MONITORAMENTO DE CASOS SINTOMÁTICOS E CONTATOS:** Tem como objetivo identificar e acompanhar os casos sintomáticos e seus contatos por meio de uso de tecnologias e outros meios. Para casos e contatos sintomáticos, o Ministério da Saúde disponibiliza diversas estratégias como canal telefônico 136 e o aplicativo Coronavírus-SUS,
- **PROMOVER A PROTEÇÃO DE GRUPOS VULNERÁVEIS**
 - » **GRUPOS VULNERÁVEIS:** Pessoas com 60 anos ou mais de idade, doentes crônicos, imunodeprimidos, gestantes e puérperas, pessoas em restrição de liberdade, pessoas de instituições de longa permanência, população em situação de rua e povos indígenas. Importante observar a continuidade do acompanhamento dos usuários com condições crônicas por teleassistência ou de forma presencial e o acesso aos serviços em caso de agudização.
- **DISTANCIAMENTO SOCIAL:** Observar o distanciamento social, restringindo seus deslocamentos para realização de atividades estritamente necessárias, evitando transporte coletivo, viagens e eventos esportivos, artísticos, culturais, científicos, comerciais e religiosos e outros com concentração próxima de pessoas, observando as orientações dos planos locais;
- **NECESSIDADES BÁSICAS:** Articular com setores responsáveis para que sejam estabelecidas condições mínimas de acesso e subsistência para que grupos vulneráveis possam permanecer em distanciamento social.
- **ACESSO E ACESSIBILIDADE:** Garantir o acesso e acessibilidade aos serviços de saúde.

SERVIÇOS DE SAÚDE

- **SERVIÇOS DE SAÚDE:** Adotar e/ou reforçar todas as medidas para evitar a transmissão da covid -19 em unidades de saúde públicas ou privadas.

DISTÂNCIA FÍSICA, HIGIENE E LIMPEZA

- **REDUÇÃO DE CONTATO:** Preparar os ambientes para que a distância física entre as pessoas seja de no mínimo 1 metro em filas, salas de espera de serviços e, se possível, nos demais espaços públicos ou privados.
- **REFORÇO EM HIGIENE:** Garantir limpeza e desinfecção das superfícies e espaço para higienização das mãos.
- **VENTILAÇÃO NATURAL:** manter os ambientes com ventilação natural, sempre que possível.
- **ETIQUETA RESPIRATÓRIA:** Adoção de hábitos sociais como cobrir a boca com o antebraço ou lenço descartável ao tossir e espirrar e utilização de máscaras em espaços públicos ou privados.

COMUNICAÇÃO

- **COMUNICAÇÃO INTERNA (ENTRE OS ÓRGÃOS E PROFISSIONAIS):** Recomenda-se o conhecimento dos dados, informações, ações adotadas entre todas as instituições e profissionais envolvidos no enfrentamento da covid -19. Divulgar os responsáveis e as responsabilidades claramente definidas para funções de comunicação.
- **COMUNICAÇÃO EXTERNA (COM O PÚBLICO):** Recomenda-se comunicação de fácil acesso, regular e contínua sobre as ações, medidas adotadas e situação dos níveis de riscos à população geral e bem como respeitando as comunidades tradicionais, povos indígenas, pessoas com deficiência e as demais que necessitarem de adequação na comunicação. Os gestores devem estabelecer porta-vozes para garantir a comunicação única e focal, evitando dupla fonte ou falha de comunicação.

2.7.5 Rastreamento de Contatos

Quando possível, além das medidas de isolamento, para os contatos de usuários sintomáticos que testaram positivo a literatura atual recomenda o rastreamento com teste RT PCR para identificação de casos positivos com estabelecimento precoce de medidas preventivas e diminuição da propagação da doença. Quando houver restrição da disponibilidade de testes priorizar populações mais vulneráveis como pessoas albergadas

em ILPIs, população vivendo na rua, sistemas prisionais etc. Devem ser observados protocolos estaduais e municipais.

SÃO CONSIDERADOS CONTATOS:

Qualquer pessoa que esteve em **contato próximo** a um caso confirmado de covid-19 durante o seu período de transmissibilidade, ou seja, entre 48 horas antes até dez dias após a data de início dos sinais e/ou sintomas (caso confirmado sintomático) ou após a data da coleta do exame (caso confirmado assintomáticos).

- **CONTATO PRÓXIMO DE CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19:**

- » Uma pessoa que teve contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos) com caso confirmado;
- » Uma pessoa que tenha contato direto desprotegido com secreções infecciosas (por exemplo, gotículas de tosse, contato sem proteção com tecido ou lenços de papel usados e que contenham secreções);
- » Uma pessoa que esteve a menos de um metro de distância por um período de 15 minutos ou mais.
- » Uma pessoa que esteve em um ambiente fechado (por exemplo, sala de aula, sala de reunião, sala de espera do hospital etc.) por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 1 metro;
- » Um profissional de saúde ou outra pessoa que cuide diretamente de um caso de covid-19 ou trabalhadores de laboratório que manipulam amostras de um caso de covid-19 sem Equipamento de Proteção Individual (EPI) recomendado, ou com uma possível violação do EPI;

- **CONTATO DOMICILIAR DE CASO CONFIRMADO DE COVID-19:**

- » Uma pessoa que resida na mesma casa/ambiente. Devem ser considerados os residentes da mesma casa, colegas de dormitório, creche, ILPIs, residências terapêuticas, alojamento etc.

A PORTARIA Nº 2.358, DE 2 DE SETEMBRO DE 2020 institui incentivo de custo, em caráter excepcional e temporário, para a execução de ações de rastreamento e monitoramento de contatos de casos de covid-19.

A execução das ações de rastreamento e monitoramento de contatos de casos de covid-19 de que trata esta Portaria será orientada pelos seguintes objetivos:

- I integração das ações da Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde, na perspectiva local, para identificar em tempo oportuno os casos de covid-19 e seus contatos, com vistas a fortalecer a resposta ao enfrentamento da covid-19;
- II promoção da realização de ações locais para identificação precoce e assistência adequada aos contatos de casos de covid-19, detectando oportunamente os indi-

- víduos infectados para intervenção adequada com vistas à interrupção da cadeia de transmissão, a redução do contágio e a diminuição de casos novos de covid-19;
- III ampliação da notificação e investigação dos casos de covid-19 e do rastreamento e monitoramento de seus contatos, conforme as orientações do Ministério da Saúde de que trata o parágrafo único do art. 1º;
- IV promoção da avaliação regular da situação epidemiológica local relacionada à covid-19 e disponibilização das informações em tempo oportuno para conhecimento dos gestores, profissionais de saúde e população em geral; e
- V incremento da utilização de dados epidemiológicos locais para a tomada de decisão e aprimoramento do planejamento assistencial e sanitário da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a fim de proporcionar a qualificação dos processos de trabalho, com vistas à efetividade e qualidade das ações. Acesse a portaria na íntegra: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.358-de-2-de-setem-bro-de-2020-275909887>

Rastreamento de contatos próximos segundo cenários epidemiológicos da Covid-19.

Cenários	Característica local	Recomendações
1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apenas casos importados* ▪ Casos autóctones** esporádicos ▪ Clusters localizados*** 	<p>Identificar, capacitar e manter uma equipe de investigadores prontos para iniciar o rastreamento de contatos a partir do primeiro caso identificado.</p> <p>Nesta situação, sugere-se que todos os contatos próximos sejam identificados rapidamente, avaliados por uma equipe de saúde, testados, isolados e monitorados por até 10 dias.</p>
2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transmissão comunitária ▪ Curva epidêmica em ascensão acelerada 	<p>Quando a transmissão é intensa e disseminada no território, o rastreamento de contatos pode ser difícil de operacionalizar, mas deve ser realizado sempre que for possível, priorizando os contatos domiciliares, trabalhadores de serviços de saúde, da segurança pública e trabalhadores de atividades de alto risco (casas de repouso, penitenciárias, alojamentos, entre outros).</p>

*Local de infecção fora do seu município de residência.

** Casos autóctones - municípios com casos de transmissão local.

*** Situação em que se tem casos em local bem delimitado (instituições de longa permanência, creches, centros de ensino, residência, empresas, entre outros)

OBSERVAÇÃO: Quando o nível local verificar que a curva epidêmica está em redução, a rápida identificação de casos, o rastreamento e monitoramento de contatos se farão ainda mais necessários, a fim de identificar e interromper, oportunamente, as possíveis cadeias de transmissão, prevenindo a ocorrência de uma nova onda de casos.

2.7.6 Vacinas (Plano Nacional De Operacionalização da Vacinação Contra a COVID-19 – MS – 4ª Edição)

O Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra o covid -19- MS, 5ª edição lançado em 15/03/2020 aponta que o atual cenário de grande complexidade sanitária mundial, uma vacina eficaz e segura é reconhecida como uma solução em potencial para o controle da pandemia, aliada à manutenção das medidas de prevenção já estabelecidas.

Até 09 de fevereiro de 2021 a OMS relatou 179 vacinas covid -19 candidatas em fase pré-clínica de pesquisa e 63 vacinas candidatas em fase de pesquisa clínica. Das vacinas candidatas em estudos clínicos, 21 encontravam-se na fase III de ensaios clínicos para avaliação de eficácia e segurança, a última etapa antes da aprovação pelas agências reguladoras e posterior imunização da população.

Diante da emergência em saúde pública e necessidade da disponibilização de vacinas como medida adicional na prevenção da COVID-19, a Anvisa, como órgão regulador do Estado brasileiro, concedeu a autorização temporária de uso emergencial, em caráter experimental, dos dois processos submetidos na Agência, referentes às seguintes vacinas contra a covid-19:

- Instituto Butantan (IB) Coronavac - Vacina adsorvida covid-19 (Inativada) Fabricante: Sinovac Life Sciences Co., Ltd. Parceria: IB/ Sinovac.
- Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - INSTITUTO DE TECNOLOGIA EM IMUNOBIOLOGICOS - Bio-Manguinhos Covishield - Vacina covid-19 (recombinante) Fabricante: Serum Institute of India Pvt. Ltd. Parceria: Fiocruz/ Astrazeneca.
- Em 23/02/2021 a ANVISA concedeu o registro definitivo da vacina Vacina Pfizer/ Biontech.

O imunizante do Laboratório Pfizer/BioNTech recebeu o nome popular de Cominarty. O insumo farmacêutico ativo biológico é o mRNA, que codifica a proteína S do vírus Sars-Cov-2, encapsulado por nanopartículas lipídicas.

Os resultados da terceira fase de testes do imunizante apontaram eficácia de 95% contra o novo coronavírus. Ela pode ser aplicada em pessoas com mais de 16 anos. É estável por até 5 dias entre 2°C e 8°C; e por até 2 horas a temperatura de até 30°C, antes de ser diluída e utilizada. São duas doses, com um intervalo de 21 dias entre elas.

A vacina Cominarty, segundo a Anvisa, não causou reações de longa duração. A reação local mais comumente mencionada foi dor no local da injeção. Os eventos

sistêmicos mais comumente relatados foram fadiga, cefaléia, dor muscular e nas articulações e calafrios.

- Em 12 de março foi concedido o registro definitivo da vacina AstraZeneca/Fiocruz.
- Em 31 de março foi aprovada para uso emergencial a Janssen COVID-19 Vaccine- Vacina COVID-19 (Ad26.COV2-S, recombinante)
- A Campanha Nacional de Vacinação contra a covid-19 no Brasil teve início no dia 18 de janeiro de 2021.

PLATAFORMAS TECNOLÓGICAS DAS VACINAS COVID-19 EM PRODUÇÃO

- Vacinas de vírus inativados** – As vacinas de vírus inativados utilizam tecnologia clássica de produção, através da qual é produzida uma grande quantidade de vírus em cultura de células, sendo estes posteriormente inativados por procedimentos físicos ou químicos. Geralmente são vacinas seguras e imunogênicas, pois os vírus inativados não possuem a capacidade de replicação. As vacinas covid -19 de vírus inativados em fase III são desenvolvidas por empresas associadas aos institutos de pesquisa Sinovac, Sinopharm/Wuhan Institute of Biological Products, Sinopharm/ Beijing Institute of Biological Products, Bharat Biotech, Research Institute for Biological Safety Problems e Chinese Academy of Medical Sciences.
- Vacinas de vetores virais** – Estas vacinas utilizam vírus humanos ou de outros animais, replicantes ou não, como vetores de genes que codificam a produção da proteína antigênica (no caso a proteína Spike ou proteína S do SARS-CoV-2). Os vetores virais replicantes podem se replicar dentro das células enquanto os não replicantes, não conseguem realizar o processo de replicação, porque seus genes principais foram desativados ou excluídos. Uma vez inoculadas, estas vacinas com os vírus geneticamente modificados estimulam as células humanas a produzir a proteína Spike, que vão, por sua vez, estimular a resposta imune específica. O vírus recombinante funciona como um transportador do material genético do vírus alvo, ou seja, é um vetor inócuo, incapaz de causar doenças. As vacinas em fase III que utilizam essa plataforma são: Oxford/AstraZeneca (adenovírus de chimpanzé); CanSino (adenovírus humano 5 - Ad5); Janssen/J&J (adenovírus humano 26 – Ad26) e Gamaleya (adenovírus humano 26 – Ad26 na primeira dose, seguindo de adenovírus humano 5 - Ad5 na segunda dose).
- Vacina de RNA mensageiro** – O segmento do RNA mensageiro do vírus, capaz de codificar a produção da proteína antigênica (proteína Spike), é encapsulado em nanopartículas lipídicas. Da mesma forma que as vacinas de vetores virais, uma vez inoculadas, estas vacinas estimulam as células humanas a produzir a proteína Spike, que vão por sua vez estimular a resposta imune específica. Esta tecnologia permite a

produção de volumes importantes de vacinas, mas utiliza uma tecnologia totalmente nova e nunca utilizada ou licenciada em vacinas para uso em larga escala. Atualmente, as vacinas produzidas pela Moderna/NIH, Pfizer/BioNTec e CureVac AG são as duas vacinas de mRNA em fase III. Do ponto de vista de transporte e armazenamento, estas vacinas requerem temperaturas muito baixas para conservação (-70° C no caso da vacina candidata da Pfizer e -20° C no caso da vacina candidata da Moderna), o que pode ser um obstáculo operacional para a vacinação em massa, especialmente em países de renda baixa e média.

- d) **Unidades proteicas** – Através de recombinação genética do vírus SARSCoV-2, se utilizam nanopartículas da proteína Spike (S) do vírus recombinante SARSCoV-2 rS ou uma parte dessa proteína denominada de domínio de ligação ao receptor (RDB). Os fragmentos do vírus desencadeiam uma resposta imune sem expor o corpo ao vírus inteiro. Esta é uma tecnologia já licenciada e utilizada em outras vacinas em uso em larga escala e, usualmente, requer adjuvantes para indução da resposta imune. As vacinas COVID -19 que utilizam esta tecnologia em fase III são a vacina da Novavax, que utiliza como adjuvante a Matriz-M1™, e a vacina desenvolvida pela “Anhui Zhifei Longcom Biopharmaceutical”, “Institute of Microbiology, Chinese Academy of Sciences” e “Clover Biopharmaceuticals”.

VACINAS COVID-19 EM USO NO BRASIL

1) Vacina adsorvida covid-19 (inativada) - Instituto Butantan (IB) Coronavac. Brasil, 2021

Vacina adsorvida covid-19 (Inativada)	
Plataforma...	Vírus inativado
Indicação de uso	Pessoas com idade maior ou igual a 18 anos
Forma farmacêutica	Suspensão injetável
Apresentação	Frascos-ampola, multidose 10 doses
Via de administração	IM (intramuscular)
Esquema vacinal/intervalos	2 doses de 0,5 ml, intervalo entre doses de 2 à 4
Composição por dose	0,5 ml contém 600SU de antígeno do vírus inativado SARS-CoV-2 Excipientes: hidróxido de alumínio, hidrogenofosfato dissódico, di-hidrogenofosfato de sódio, cloreto de sódio, água para injetáveis e hidróxido de sódio para ajuste de pH.
Prazo de validade e conservação	12 meses, se conservado entre 2°C e 8°C
Validade após abertura do frasco	8 horas após abertura em temperatura de 2°C à 8°C

Fonte: CGPNI/SVS/MS *Dados sujeitos a alterações

2) Vacina covid-19 (recombinante) - Fiocruz/Astrazeneca

Vacina covid-19 (recombinante)	
Plataforma	Vacina covid-19 (recombinante)
Indicação de uso	Pessoas com idade maior ou igual a 18 anos
Forma Farmacêutica	Suspensão injetável
Apresentação	Frascos-ampola com 5,0 mL (10 doses) cada.
Via de administração	IM (intramuscular)
Esquema vacinal/Intervalos	2 doses de 0,5 mL cada, com intervalo de 12 semanas
Composição por dose	0,5 mL contém 1×10^{11} partículas virais (pv) do vetor adenovírus recombinante de chimpanzé, deficiente para replicação (ChAdOx1), que expressa a glicoproteína SARS-CoV-2 Spike (S). Excipientes: L-Histidina, cloridrato de L-Histidina monohidratado, cloreto de magnésio hexaidratado, polissorbato 80, etanol, sacarose, cloreto de sódio, edetato dissódico di-hidratado (EDTA) e água para injetáveis.
Prazo de validade e conservação	24 meses a partir da data de fabricação se conservado na temperatura 2°C à 8°C
Validade após abertura do frasco	6 horas após aberta sob refrigeração (2°C a 8°C)

Fonte: CGPNI/SVS/MS *Dados sujeitos a alterações

ADMINISTRAÇÃO SIMULTÂNEA COM OUTRAS VACINAS (COADMINISTRAÇÃO)

É improvável que a administração simultânea das vacinas covid -19 com as demais vacinas do calendário vacinal incorra em redução da resposta imune ou risco aumentado de eventos adversos. No entanto, devido a ausência de estudos nesse sentido, bem como visando possibilitar o monitoramento de eventos adversos pós vacinação, neste momento, não se recomenda a administração simultânea com as demais vacinas do calendário vacinal.

Preconiza-se um INTERVALO MÍNIMO de 14 DIAS entre as vacinas COVID- 19 e as diferentes vacinas do Calendário Nacional de Vacinação.

Em situações de urgência, como a administração de soros antiofídicos ou vacina antirrábica para profilaxia pós exposição, esse intervalo poderá ser desconsiderado.

INTERCAMBIALIDADE

Indivíduos que iniciaram a vacinação contra a covid -19 deverão completar o esquema com a mesma vacina. Indivíduos que porventura venham a ser vacinados de maneira inadvertida com 2 vacinas diferentes deverão ser notificados como um erro de imunização no e-SUS Notifica (<https://notifica.saude.gov.br>) e serem acompanhados com relação ao desenvolvimento de eventos adversos e falhas vacinais.

Esses indivíduos não poderão ser considerados como devidamente imunizados, no entanto, neste momento, não se recomenda a administração de doses adicionais de vacinas covid -19

OBJETIVOS DA VACINAÇÃO E GRUPOS PRIORITÁRIOS

Considerando a transmissibilidade da covid -19 (R_0 entre 2,5 e 3), cerca de 60 a 70% da população precisaria estar imune (assumindo uma população com interação homogênea) para interromper a circulação do vírus. Desta forma seria necessária a vacinação de 70% ou mais da população (a depender da efetividade da vacina em prevenir a transmissibilidade) para eliminação da doença. Portanto, em um momento inicial, onde não existe ampla disponibilidade da vacina no mercado mundial, o objetivo principal da vacinação passa a ser focado na redução da morbimortalidade causada pela covid-19, bem como a manutenção do funcionamento da força de trabalho dos serviços de saúde e a manutenção do funcionamento dos serviços essenciais

Foram elencadas as seguintes populações como grupos prioritários para vacinação:

- Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas
- Pessoas com deficiência institucionalizadas
- Povos indígenas vivendo em terras indígenas
- Trabalhadores de saúde
- Pessoas de 90 anos ou mais
- Pessoas de 85 a 89 anos
- Pessoas de 80 a 84 anos
- Pessoas de 75 a 79 anos
- Povos e comunidades tradicionais Ribeirinhas
- Povos e comunidades tradicionais Quilombolas
- Pessoas de 70 a 74 anos
- Pessoas de 65 a 69 anos
- Pessoas de 60 a 64 anos
- Comorbidades**
- Pessoas com deficiência permanente
- Pessoas em situação de rua
- População privada de liberdade
- Funcionários do sistema de privação de liberdade
- Trabalhadores da educação do ensino básico (creche, pré-escolas, ensino fundamental, ensino médio, profissionalizantes e EJA),
- Trabalhadores da educação do ensino superior,

- Forças de segurança e salvamento,
- Forças armadas,
- Trabalhadores de transporte coletivo rodoviário de passageiros,
- Trabalhadores de transporte metroviário e ferroviário,
- Trabalhadores de transporte aéreo,
- Trabalhadores de transporte aquaviário,
- Caminhoneiros,
- Trabalhadores portuários,
- Trabalhadores industriais.

Diante dos quantitativos ainda insuficientes de vacinas, especialmente nesta fase inicial da vacinação, terá que ser seguida uma priorização, na sequência acima apresentada.

Dentre os trabalhadores de saúde, deverão ser priorizadas inicialmente as equipes diretamente envolvidas na vacinação, os trabalhadores das instituições de longa permanência de idosos e de pessoas com deficiência (residências inclusivas), os trabalhadores dos serviços de saúde públicos e privados, tanto da urgência quanto da atenção básica, envolvidos diretamente na atenção/referência para os casos suspeitos e confirmados de covid-19 e a seguir os demais trabalhadores de saúde.

Segundo NOTA TÉCNICA Nº 297/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS de 31/03/2021, visando contemplar os profissionais mais expostos às ações de combate à covid-19, foi antecipado o envio de um quantitativo de doses de vacinas COVID-19, de maneira escalonada e proporcional, **direcionado exclusivamente** para a vacinação dos seguintes trabalhadores das forças de segurança e salvamento e forças armadas, ordenados por prioridade:

- Trabalhadores envolvidos no atendimento e/ou transporte de pacientes.
- Trabalhadores envolvidos em resgates e atendimento pré-hospitalar.
- Trabalhadores envolvidos diretamente nas ações de vacinação contra a covid-19.
- Trabalhadores envolvidos nas ações de vigilância das medidas de distanciamento social, com contato direto e constante com o público independente da categoria.

Cabe destacar que ainda não há estudos que comprovem a efetividade da vacina como bloqueio da transmissão da doença, assim não há orientação para vacinação de bloqueio em caso de contactantes e/ou aglomerado de casos.

Descrição das comorbidades incluídas como prioritárias para vacinação contra a covid -19**

Grupo de comorbidades	Descrição
Diabetes mellitus	Qualquer indivíduo com diabetes
Pneumopatias crônicas graves	Indivíduos com pneumopatias graves incluindo doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses, diaplasi broncopulmonar e asma grave (uso recorrente de corticóides sistêmicos, internação prévia por crise asmática)
Hipertensão Arterial Resistente (HAR)	HAR= Quando a pressão arterial (PA) permanece acima das metas recomendadas com o uso de três ou mais anti-hipertensivos de diferentes classes, em doses máximas preconizadas e toleradas, administradas com frequência, dosagem apropriadas e comprovada adesão ou PA controlada em uso de quatro ou mais fármacos anti-hipertensivos.
Hipertensão arterial estágio 3	PA sistólica > 180mmHg e/ou diastólica > 110mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA) ou comorbidade
Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com LOA e/ou comorbidade	PA sistólica entre 140 e 179mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109mmHg na presença de lesão em órgão-alvo (LOA) e/ou comorbidade
Doenças cardiovasculares	
Insuficiência cardíaca (IC)	IC com fração de ejeção reduzida, intermediária ou preservada; em estágios B, C ou D, independente de classe funcional da New York Heart Association
Cor-pulmonale e Hipertensão pulmonar	Cor-pulmonale crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária
Cardiopatia hipertensiva	Cardiopatia hipertensiva (hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo)
Síndromes coronarianas	Síndromes coronarianas crônicas (Angina Pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, outras)
Valvopatias	Lesões valvares com repercussão hemodinâmica ou sintomática ou com comprometimento miocárdico (estenose ou insuficiência aórtica; estenose ou insuficiência mitral; estenose ou insuficiência pulmonar; estenose ou insuficiência tricúspide, e outras)
Miocardiopatias Pericardiopatias	Miocardiopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática
Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas	Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos
Arritmias cardíacas	Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras)
Cardiopatias congênita no adulto	Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico.
Próteses valvares e dispositivos cardíacos implantados	Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas; e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardio desfibriladores, ressinchronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência)
Doença cerebrovascular	Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular
Doença renal crônica	Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m ²) e/ou síndrome nefrótica.

Grupo de comorbidades	Descrição
Imunossuprimidos	Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; pessoas vivendo com HIV e CD4 <350 células/mm ³ ; doenças dose de prednisona ou equivalente > 10 mg/dia ou recebendo pulsoterapia com corticoide e/ou ciclofosfamida; demais indivíduos em uso de imunossupressores ou com imunodeficiências primárias; pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; neoplasias hematológicas.
Anemia falciforme	Anemia falciforme
Obesidade mórbida	Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40
Síndrome de down	Trissomia do cromossomo 21
Cirrose hepática	Cirrose hepática Child -Pugh A, B ou C

Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Com base nas revisões de literatura contidas nas referências deste documento.

Observação: Na CIT do dia 30/03 ocorreu a inclusão no grupo prioritário com comorbidades as pessoas que convivem com HIV entre 18 e 59 anos (independentemente do valor do CD4). <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/saude-amplia-vacinacao-contr-a-covid-19-para-pessoas-com-hiv-aids>

FARMACOVIGILÂNCIA

Para o manejo apropriado dos EAPV (Eventos Adversos Pós- Vacinação) de uma nova vacina é essencial contar com um sistema de vigilância sensível para avaliar a segurança do produto e dar resposta rápida a todas as preocupações da população relacionadas às vacinas. Estas atividades requerem notificação e investigação rápida do evento ocorrido.

Os três principais componentes de um sistema de vigilância de EAPV são:

- Detecção, notificação e busca ativa de novos eventos;
- Investigação (exames clínicos, exames laboratoriais etc.) e;
- Classificação final dos EAPV.

Todos os eventos, não graves ou graves, compatíveis com as definições de casos, estabelecidas no Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação, deverão ser notificados, seguindo o fluxo estabelecido pelo PNI. O sistema para notificação será o e-SUS Notifica, disponível no link <https://notifica.saude.gov.br/>. A notificação de queixas técnicas das vacinas covid -19 autorizadas para uso emergencial temporário, em caráter experimental, deve ser realizada no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária - Notivisa, disponível em versão eletrônica no endereço: <https://www8.anvisa.gov.br/notivisa/frmlogin.asp>.

Todos os profissionais da saúde que tiverem conhecimento de uma suspeita de EAPV, incluindo os erros de imunização (programáticos), como problemas na cadeia

de frio, erros de preparação da dose ou erros na via de administração, entre outros, deverão notificar os mesmos às autoridades de saúde, ressaltando-se que o papel a ser desempenhado pelos municípios, estados e Distrito Federal é vital para a plena efetivação do protocolo.

PRECAUÇÕES À ADMINISTRAÇÃO DA VACINA

Considerando que a(s) vacina(s) covid -19 não foram testadas em todos os grupos de pessoas, há algumas precauções e contraindicações que podem ser temporárias, até que haja mais pesquisas e administração ampla na sociedade.

Precauções

- Em geral, como com todas as vacinas, diante de doenças agudas febris moderadas ou graves, recomenda-se o adiamento da vacinação até a resolução do quadro com o intuito de não se atribuir à vacina as manifestações da doença;
- Não há evidências, até o momento, de qualquer preocupação de segurança na vacinação de indivíduos com história anterior de infecção ou com anticorpo detectável pelo SARS-COV-2.
- É improvável que a vacinação de indivíduos infectados (em período de incubação) ou assintomáticos tenha um efeito prejudicial sobre a doença. Entretanto, recomenda-se o adiamento da vacinação nas pessoas com quadro sugestivo de infecção em atividade para se evitar confusão com outros diagnósticos diferenciais. Como a piora clínica pode ocorrer até duas semanas após a infecção, idealmente a vacinação deve ser adiada até a recuperação clínica total e pelo menos quatro semanas após o início dos sintomas ou quatro semanas a partir da primeira amostra de PCR positiva em pessoas assintomáticas.
- As vacinas covid -19, atualmente, não são recomendadas para controle de surtos ou para profilaxia pós-exposição ao SARS-CoV-2 em pessoas com exposição conhecida. Devido ao período de incubação mediano da covid-19 ser de apenas 4 – 5 dias, é improvável que a vacinação contra à covid-19 gere uma resposta imune adequada dentro desse prazo para uma profilaxia pós-exposição efetiva.
- Pessoas na comunidade ou em contexto ambulatorial, que tiverem sido contatos de casos suspeitos ou confirmados de covid-19, não devem ser vacinadas durante o período de quarentena (conforme recomendado no Guia de Vigilância da covid-19) para evitar exposição potencial de profissionais de saúde e os demais usuários do serviço durante a vacinação.
- Moradores ou pacientes que vivem institucionalizados em serviços de saúde (p.ex, instituições de longa permanência) ou não relacionados à saúde (p.ex, po-

pulações privadas de liberdade, pessoas em situação de rua em abrigos), ou em comunidades fechadas (p.ex., indígenas, quilombolas), com exposição conhecida à covid-19 e/ou aguardando testes para SARS-CoV-2, podem ser vacinadas, desde que não apresentem sintomas consistentes com a covid-19. Nessas situações, a exposição e a transmissão do SARS-CoV-2 pode ocorrer de forma repetida e por longos períodos de tempo, além dos profissionais de saúde e demais funcionários já estarem em contato com os moradores. Os profissionais de saúde responsáveis pela vacinação devem utilizar medidas de prevenção e controle da infecção.

- Pacientes que fazem uso de imunoglobulina humana devem ser vacinados com pelo menos um mês de intervalo entre a administração da imunoglobulina e a vacina, de forma a não interferir na resposta imunológica.

Gestantes, Puérperas e Lactantes

A segurança e eficácia das vacinas não foram avaliadas nestes grupos, no entanto estudos em animais não demonstraram risco de malformações.

- Para as mulheres, pertencentes a um dos grupos prioritários, que se apresentem nestas condições (gestantes, lactantes ou puérperas), a vacinação poderá ser realizada após avaliação cautelosa dos riscos e benefícios e com decisão compartilhada, entre a mulher e seu médico prescritor.
- As gestantes e lactantes devem ser informadas sobre os dados de eficácia e segurança das vacinas conhecidos assim como os dados ainda não disponíveis.

A decisão entre o médico e a paciente deve considerar:

- » O nível de potencial contaminação do vírus na comunidade;
- » A potencial eficácia da vacina;
- » O risco e a potencial gravidade da doença materna, incluindo os efeitos no feto e no recém-nascido e a segurança da vacina para o binômio materno-fetal.
- O teste de gravidez não deve ser um pré-requisito para a administração das vacinas nas mulheres com potencial para engravidar e que se encontram em um dos grupos prioritários para vacinação.
- As gestantes e lactantes, pertencentes aos grupos prioritários, que não concordarem em serem vacinadas, devem ser apoiadas em sua decisão e instruídas a manter medidas de proteção como higiene das mãos, uso de máscaras e distanciamento social.
- Caso opte-se pela vacinação das lactantes o aleitamento materno não deverá ser interrompido.
- A vacinação inadvertida das gestantes (sem indicação médica) deverá ser notifi-

cada no sistema de notificação e-SUS notifica como um “erro de imunização” para fins de controle e monitoramento de ocorrência de eventos adversos.

- Eventos adversos que venham a ocorrer com a gestante após a vacinação deverão ser notificados no e-SUS notifica, bem como quaisquer eventos adversos que ocorram com o feto ou com o recém-nascido até 6 meses após o nascimento.

**O ALEITAMENTO MATERNO NÃO DEVERÁ SER INTERROMPIDO
em caso da vacinação de lactantes.**

Uso de Antiagregantes Plaquetários e Anticoagulantes Orais e Vacinação

- Os antiagregantes plaquetários devem ser mantidos e não implicam em impedimento à vacinação. O uso de injeção intramuscular em pacientes sob uso crônico de antiagregantes plaquetários é prática corrente, portanto considerado seguro.
- Não há relatos de interação entre os anticoagulantes em uso no Brasil – varfarina, apixabana, dabigatrana, edoxabana e rivaroxabana – com vacinas. Portanto deve ser mantida conforme a prescrição do médico assistente. Dados obtidos com vacinação intramuscular contra Influenza em pacientes anticoagulados com varfarina mostraram que esta via foi segura, sem manifestações hemorrágicas locais de vulto. A comparação da via intramuscular com a subcutânea mostrou que a primeira é segura e eficaz na maioria das vacinas em uso clínico. Por cautela, a vacina pode ser administrada o mais longe possível da última dose do anticoagulante direto.

Pacientes com Doenças Reumáticas Imunomediadas (DRIM)

- Preferencialmente o paciente deve ser vacinado estando com a doença controlada ou em remissão, como também em baixo grau de imunossupressão ou sem imunossupressão. Entretanto, a decisão sobre a vacinação em pacientes com DRIM deve ser individualizada, levando em consideração a faixa etária, a doença reumática autoimune de base, os graus de atividade e imunossupressão, além das comorbidades, devendo ser sob orientação de médico especialista. A escolha da vacina deve seguir as recomendações de órgãos sanitários e regulatórios, assim como a disponibilidade local.

Pacientes Oncológicos, Transplantados e Demais Pacientes Imunossuprimidos

- A eficácia e segurança das vacinas covid -19 não foram avaliadas nesta população. No entanto, considerando as plataformas em questão (vetor viral não replicante e vírus inativado) é improvável que exista risco aumentado de eventos adversos. A avaliação de risco benefício e a decisão referente à vacinação ou não deverá ser realizada pelo paciente em conjunto com o médico assistente, sendo que a vacinação somente deverá ser realizada com prescrição médica.

CONTRAINDICAÇÕES À ADMINISTRAÇÃO DA VACINA

- Hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer dos excipientes da vacina;
- Para aquelas pessoas que já apresentaram uma reação anafilática confirmada a uma dose anterior de uma vacina covid -19

RECOMENDAÇÕES PARA OS SERVIÇOS DE VACINAÇÃO DURANTE O PERÍODO DA PANDEMIA DA COVID-19

(NOTA TÉCNICA Nº 12/2021/SEI/GRECS/GGTES/DIRE1/ANVISA*)

1. RECOMENDAÇÕES PARA A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE VACINAÇÃO:

- 1.1 Realizar sessões de vacinação em áreas bem ventiladas (janelas abertas ou com sistema de climatização com exaustão) a fim de assegurar a renovação do ar, de forma a estabelecer ambientes mais seguros.
- 1.2 Disponibilizar condições adequadas para higiene as mãos: preparações alcoólicas à 70%, pia com água corrente, sabonete líquido, papel toalha e lixeira (sem contato manual).
- 1.3 Disponibilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPI) em quantidade e tamanhos adequados para a equipe.
- 1.4 Limitar o número de acompanhantes da pessoa a ser vacinada (um acompanhante) e manter no mínimo 1 (um) metro de distância entre os funcionários e usuários, como também entre os próprios usuários.
- 1.5 Realizar a triagem dos receptores e acompanhantes antes da entrada no serviço de vacinação.
- 1.6 Evitar áreas ou salas de espera lotadas. Algumas estratégias para isto podem incluir:
 - A) planejar pequenas sessões de vacinação; utilizar espaços ao ar livre não deixando de manter a recomendação de manter o distanciamento entre os usuários;

- B) estabelecer sessões de vacinação exclusivas para pessoas com problemas médicos preexistentes (como hipertensão, doença cardíaca, doença respiratória ou diabetes).

1.6.1 No caso de a atividade de vacinação ocorrer em área aberta ou ao ar livre, o estabelecimento continua obrigado a possuir os itens sobre infraestrutura dispostos na RDC 197/2020, de forma a fornecer todo o suporte para a área aberta. Deve-se ter atenção especial, para que seja feito o correto armazenamento e conservação dos imunizantes, e para o caso de qualquer necessidade especial no momento da imunização.

- 1.7 Quanto à infraestrutura o serviço de vacinação deve atender aos seguintes requisitos do Art. 10, Seção III da RDC nº 197/2017:

“Seção III Da infraestrutura

Art. 10 O estabelecimento que realiza o serviço de vacinação deve dispor de instalações físicas adequadas para as atividades de vacinação de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, ou regulamentação que venha a substituí-la, e devendo ser dotado, no mínimo, dos seguintes itens obrigatórios:

I- área de recepção dimensionada de acordo com a demanda e separada da sala de vacinação;

II- sanitário; e

III- sala de vacinação, que deve conter, no mínimo:

a) pia de lavagem;

b) bancada;

c) mesa;

d) cadeira;

e) caixa térmica de fácil higienização;

f) equipamento de refrigeração exclusivo para guarda e conservação de vacinas, com termômetro de momento com máxima e mínima;

g) local para a guarda dos materiais para administração das vacinas;

h) recipientes para descarte de materiais perfurocortantes e de resíduos biológicos;

i) maca; e

j) termômetro de momento, com máxima e mínima, com cabos extensores para as caixas térmicas.

§ 1º Em situações de urgência, emergência e em caso de necessidade, a aplicação de vacinas pode ser realizada no ponto de assistência ao paciente.

§ 2º O equipamento de refrigeração para guarda e conservação de vacinas deve estar regularizado perante a Anvisa.”

- 1.7.1 Quanto à área mínima, a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, estabelece 6,0 m² e a previsão de lavatório na sala de imunização.
- 1.8 A realização de atividades extramuros de vacinação, por estabelecimentos privados, deve ser justificada e autorizada para a autoridade sanitária local competente, conforme previsto no Art. 17 da RDC 197/2017:
- “Seção VI Da realização de Vacinação Extramuros por Serviços Privados Art. 17 Os serviços de vacinação privados podem realizar vacinação extramuros mediante autorização da autoridade sanitária competente. § 1º A atividade de vacinação extramuros deve observar todas as diretrizes desta Resolução relacionadas aos recursos humanos, ao gerenciamento de tecnologias e processos, e aos registros e notificações. § 2º A atividade de vacinação extramuros deve ser realizada somente por estabelecimento de vacinação licenciado;”*
- 1.9 Sempre que possível, separar o centro de vacinação dos serviços terapêuticos; por exemplo, alocando diferentes horários e espaços.
- 1.10 Garantir o manejo correto dos resíduos, seguindo o Plano de Gerenciamento de Resíduos do serviço de vacinação, conforme Resolução RDC nº 222, de 28 de março de 2018, que dispõe sobre as boas práticas de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde:
- A) Os resíduos resultantes de atividades de vacinação com microrganismos vivos, atenuados ou inativados incluindo frascos de vacinas com expiração do prazo de validade, com conteúdo inutilizado ou com restos do produto e seringas, quando desconectadas, devem ser tratados antes da disposição final ambientalmente adequada. As agulhas e o conjunto seringa-agulha utilizados na aplicação de vacinas, quando não desconectadas, devem ser descartados em recipientes identificados, rígidos, providos com tampa, resistentes à punção, ruptura e vazamento e serem substituídos de acordo com a demanda ou quando o nível de preenchimento atingir 3/4 (três quartos) da capacidade ou de acordo com as instruções do fabricante, sendo proibidos seu esvaziamento manual e seu reaproveitamento. Os resíduos perfurocortantes também devem ser tratados antes da disposição final ambientalmente adequada.
- B) Os resíduos devem ser acondicionados, em sacos vermelhos ou brancos (os sacos brancos foram liberados para este tipo de acondicionamento apenas durante a pandemia), que devem ser substituídos quando atingirem 2/3

de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 48 horas, independentemente do volume e identificados pelo símbolo de substância infectante. Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura, vazamento e tombamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados.

1.11 A atividade de vacinação da campanha do governo poderá ser realizada em serviços privados, se esta for a determinação das autoridades de saúde locais, nos moldes das estratégias de campanhas de vacinação promovidas pelo Programa Nacional de Imunização e em conjunto com a equipe de vigilância em saúde estadual, municipal ou distrital, e desde que sigam requisitos mínimos para garantir a segurança e qualidade, na conservação, aplicação e no monitoramento, notificação e registro das vacinas da campanha, bem como, a segurança do vacinado e a dos profissionais de saúde envolvidos.

1.12 Todos os eventos, não graves ou graves, compatíveis com as definições de casos, estabelecidas no Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação, deverão ser notificados, seguindo o fluxo estabelecido pelo PNI e ANVISA, seguindo as diretrizes do PLANO NACIONAL DE OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19.

2. RECOMENDAÇÕES PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO:

2.1 As atividades de vacinação devem estar alinhadas com as diretrizes existentes sobre a minimização da transmissão de infecções. Desta forma, os serviços devem aderir rigorosamente às boas práticas de prevenção e controle de infecção, destacadas nesta Nota Técnica e nas demais orientações e normativas já existentes sobre o tema que foram publicadas pela Anvisa ou Ministério da Saúde. Entre as medidas de prevenção de infecção, particularmente considerando a prevenção da transmissão da covid-19, destacam-se a higiene adequada das mãos (com água e sabonete OU preparação alcoólica à 70%), o uso de máscaras cirúrgicas, a limpeza e desinfecção das superfícies, a manutenção do ambiente ventilado, o gerenciamento dos resíduos, entre outros. Segue abaixo algumas orientações específicas sobre esse tema:

2.1.1. A higiene das mãos é a medida mais importante para a prevenção da transmissão de infecções, por isso o profissional deve realizar a higienização das mãos com água e sabonete OU preparação alcoólica à 70% antes e após cada aplicação de vacina. Neste sentido os gestores devem prover condições para higiene simples das mãos: lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel toalha, papel

toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual OU preparações alcoólicas à 70%.

- 2.1.2. Os profissionais não devem aplicar vacinas se apresentarem qualquer sintoma de doença respiratória, devendo buscar atenção médica segundo as recomendações do Ministério da Saúde.
- 2.1.3. Evitar o uso de itens compartilhados por pacientes como canetas, pranchetas e telefones.
- 2.1.4. Realizar a limpeza e desinfecção de equipamentos e produtos para saúde que tenham sido utilizados na assistência.
- 2.1.5. Reforçar a necessidade de intensificação da limpeza e desinfecção de objetos e superfícies, principalmente as mais tocadas como maçanetas, interruptores de luz, corrimões, botões dos elevadores etc.
- 2.1.6. Orientar os profissionais de saúde a evitar tocar superfícies próximas ao paciente (ex. mobiliário e equipamentos para a saúde) e aquelas fora do ambiente próximo ao paciente, com luvas ou outros EPI contaminados ou com as mãos contaminadas.
- 2.1.7. Não há uma orientação diferenciada para a limpeza e desinfecção das superfícies da área de vacinação, este processo deve ser realizado conforme os protocolos do serviço estabelecido para outras áreas de atendimento ao público.
- 2.1.8. Evitar circular por outros setores usando EPI.

3. RECOMENDAÇÕES PARA O USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI):

Em reunião técnica realizada em 13 de janeiro de 2021, com representantes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS e Ministério da Saúde (Secretarias de Atenção Primária à Saúde – SAPS e de Vigilância em Saúde – SVS), acordou-se pela seguinte orientação quanto à utilização de EPI (ORIENTAÇÃO TÉCNICA PARA USO DE EPI NA CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19)

EPI obrigatórios durante a rotina de vacinação:

–Máscara cirúrgica: obrigatória durante todo o período de vacinação, prevendo-se quantitativo suficiente para troca, sempre que estiver suja ou úmida.

EPI recomendados durante a rotina de vacinação:

- Proteção ocular: Protetor facial (face shield) ou óculos de proteção;
- Avental descartável para uso diário ou avental de tecido higienizado diariamente;

EPI com possibilidade de uso eventual (somente para situações específicas):

– Luvas: Não está indicada na rotina de vacinação. Dispor de quantitativo na unidade somente para indicações específicas: vacinadores com lesões abertas nas mãos ou raras situações que envolvam contato com fluidos corporais do paciente. Se usadas, devem ser trocadas entre os pacientes, associadas à adequada higienização das mãos.

Acesse na íntegra em: <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-12-2021-orientacao-tecnica-para-uso-de-epi-na-campanha-nacional-de-vacinacao-contra-a-covid-19/>

A Nota Técnica 12/2021 reafirma as orientações acima:

- 3.1. Em relação ao uso de EPI, destacamos que os profissionais que tiverem contato a menos de 1 (um) metro dos usuários/pacientes devem utilizar **máscara cirúrgica e óculos de proteção ou protetor facial**.
- 3.2. Não há recomendação do uso de outros tipos de EPIs durante a aplicação da vacina da covid -19. De acordo com os princípios das precauções padrão, a indicação do uso de EPIs pelo profissional de saúde deve ser feita quando houver o risco de exposição a secreções ou excreções, como por exemplo o uso de luvas em caso de usuários com lesão de pele, o uso de capote ou avental no caso de risco de respingo de secreção ou excreções, a fim de proteger os profissionais não somente contra a covid -19, mas também contra outros agentes infecciosos.
- 3.3. Importante destacar que o uso de luvas não é indicado para aplicação de injeções intradérmicas, subcutâneas ou intramusculares, uma vez que o risco de exposição a sangue é muito baixo. Por isso também **NÃO É INDICADO O USO DE LUVAS PARA APLICAÇÃO DA VACINA DA COVID-19**. O uso de luvas deve ser indicado apenas nas situações em que houver risco de contato com secreções, excreções, lesão de pele ou nas situações em que o paciente possui outra doença infecciosa de transmissão por contato.

No quadro abaixo estão detalhadas sobre algumas medidas de prevenção e uso de EPI

Envolvidos	Medidas/EPI	Justificativa
	Higiene das mãos	Realizar a higiene das mãos com água e sabonete OU preparação alcoólica à 70% antes e após cada aplicação; Deve ser realizada com preparação alcoólica a 70% quando as mãos não estiverem visivelmente sujas ou com água e sabonete, quando as mãos estiverem visivelmente sujas.

Envolvidos	Medidas/EPI	Justificativa
Profissional de Saúde que administra a vacina e profissionais responsáveis pelo cadastro, triagem e organização das filas dos usuários a serem vacinados.	Máscara cirúrgica	Considerando a transmissão comunitária da COVID-19, a máscara cirúrgica deve ser usada pelo profissional de saúde que administra a vacina, para proteger a mucosa do nariz e boca, durante todo o período em que estiver exercendo esta atividade.
	Óculos de proteção ou protetor facial	Da mesma forma que a máscara cirúrgica, os óculos de proteção ou o protetor facial devem ser utilizados para proteger a mucosa ocular, durante todo o período em que estiver exercendo esta atividade. Atenção: O protetor fácil não substitui a máscara cirúrgica.
	Avental/capote	Não há obrigatoriedade do uso de avental/capote. Indicado apenas para a proteção das roupas e pele do profissional, quando houver risco de respingo de secreções ou excreções e nas situações em que o paciente possui doença infecciosa de transmissão por contato. Quando utilizado para essas finalidades, deve ser descartado após o uso entre cada paciente. Obs.: Se o serviço optar por fornecer avental/capote descartável para os seus profissionais, em situações que não se enquadram nas listadas acima, este EPI pode ser descartado após cada turno de trabalho.
	Luvas	De forma geral, não há necessidade do uso de luvas para administrar vacinas. O ideal é que seja realizada a higiene das mãos com água e sabonete OU preparações alcoólicas a 70% (caso as mãos do profissional não estejam visivelmente sujas, por exemplo com pó das luvas ou secreções) antes e após a administração de cada vacina. O uso de luvas só deve ser indicado nas situações onde houver risco do contato com secreções, excreções, lesões de pele ou nas situações em que o paciente possui doença infecciosa de transmissão por contato. Nesses casos, os profissionais de saúde devem realizar a higiene das mãos antes e após a colocação das luvas. Conforme as informações atualmente disponíveis, a via de transmissão pessoa a pessoa do SARS-CoV-2 ocorre principalmente por meio de gotículas respiratórias (expelidas durante a fala, tosse ou espirro), em alguns casos específicos por meio de aerossóis, assim como pelo contato direto com pessoas infectadas ou indireto por meio das mãos, objetos ou superfícies contaminadas, de forma semelhante com que outros patógenos respiratórios se disseminam. Sempre que houver necessidade do uso de luvas, devido às situações já listadas acima, o profissional deve trocá-las imediatamente após a aplicação da vacina, sendo expressamente proibido o uso da mesma luva para vacinação de mais de um usuário/paciente. Também não há nenhuma indicação de realizar a higienização das mãos enluvasadas com água e sabonete ou preparações alcoólicas, sendo essa uma prática errada e que aumenta o risco de contaminação do profissional e do usuário/paciente.
	Distanciamento	Sempre que possível, manter uma distância de pelo menos 1 (um) metro de outras pessoas.
	Descarte seguro de perfurocortantes	Observar as orientações para o descarte seguro do conjunto agulha-seringa utilizado, conforme item 1.10 desta NT.
	Pessoas a serem vacinadas	Higiene das mãos
Máscara facial		Todos os usuários devem ser orientados a permanecerem de máscaras cobrindo nariz e boca durante toda a permanência na área de espera e vacinação.
Distanciamento		Todos os usuários devem ser orientados a permanecerem manter a distância de no mínimo 1 (um) metro de outras pessoas e dos profissionais do serviço de saúde.

Orientação a respeito da utilização de doses excedentes de Vacina Covid para apresentações multidose.

(NOTA TÉCNICA Nº 7/2021/SEI/COINS/GIMED/GGFIS/DIRE4/ANVISA)

Considerando que envasar os frascos com volume em excesso representa uma estratégia industrial para evitar que as perdas durante o processo de vacinação; e que o volume em excesso nos frascos não representa desvio no produto; a Anvisa entende que não há incremento de risco sanitário em se utilizar todas as doses completas adicionais disponíveis nos frascos-ampola de ambas as vacinas contra covid-19 aprovadas para uso emergencial.




No entanto, é importante salientar que volumes adicionais que sejam insuficientes para administração de nova dose completa não devem ser utilizados, tampouco misturados com o conteúdo remanescente de outros frascos-ampola, já que ambas as vacinas não possuem conservantes em sua formulação e, por isso, poderiam estar sujeitas à contaminação em caso de mistura.

Ademais, a presença de doses extras em apresentações multidose dessas duas vacinas não se enquadra como queixa técnica e, portanto, não deverá ser notificada.

ROTEIRO PARA REGISTRO DE VACINAÇÃO NO MÓDULO CAMPANHA COVID-19-SIPNI

NOTA INFORMATIVA Nº 1/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS

1. VINCULAR ESTABELECIMENTO AO SIPNI
 - a) Com Perfil de Gestor Municipal, clicar no menu **Estabelecimentos**
 - b) Após clicar no menu Estabelecimentos, irá abrir a tela Estabelecimentos, clicar em Vincular Estabelecimentos
 - c) Pesquisar o estabelecimento pelo número do CNES, marcá-lo e clicar em concluir.
 - d) Se o estabelecimento ainda não estiver vinculado, será informado “Estabelecimento vinculado com sucesso!”.
 - e) Se o estabelecimento já estiver vinculado irá ser informado que “O valor informado para o campo CNES já existe.”
2. VINCULAR PROFISSIONAL (VACINADOR) AO ESTABELECIMENTO
 - a) Com Perfil de Gestor Municipal, clicar no menu Estabelecimentos
 - b) Após clicar no menu Estabelecimentos, irá abrir a tela Estabelecimentos, clicar no campo de pesquisa “Busque o CNES” e realizar a busca pelo número do CNES.

- c) Irá ser apresentado o estabelecimento, clicar no botão  do campo Ações.
- d) Após clicar no botão  do campo Ações, irá abrir a tela Profissionais, clicar no botão Vincular Profissionais
- e) Após clicar no botão Vincular Profissionais, irá abrir a tela Vincular Profissionais, clicar no campo de pesquisa. Faça uma busca e realizar a busca pelo número do CNS ou CPF, marcar o Profissional e clicar no botão  para escolher qual CBO do profissional será vinculado.
- f) Irá abrir a tela Vincular CBO, digitar no campo Pesquise pelo nome do CBO, por exemplo “Enfermeiro”, escolher a Ocupação e clicar em Concluir
- g) Irá retornar para a tela Vincular Profissionais, com a informação do CBO adicionada, clicar em Concluir
- h) O profissional estará vinculado ao estabelecimento.

3. CADASTRAR LOTES


- a) Com o perfil de Gestor Estabelecimento de Saúde ou Operador Estabelecimento de Saúde Campanha selecionado, clicar no menu Manter Vacinas (posteriormente será alterado por “Movimentação de Imunobiológicos”.
- b) Irá abrir a tela Lotes, exibindo os lotes que já foram cadastrados, clicar em Adicionar Lote
- c) Irá abrir a tela Adicionar Lote, deverá selecionar/informar todos os campos obrigatórios (marcados com *)
- d) Clicando em Selecione um lote, irá abrir a tela Selecionar Lote e no campo de pesquisa “Informe o número do lote”, digite o número do lote recebido no Estabelecimento.
- e) Após pesquisar pelo número do lote recebido no Estabelecimento, selecioná-lo e clicar em Concluir.
- f) Irá retornar para a tela Adicionar lote com a informação do número e validade do lote, inserir o número do documento que encaminhou os lotes ao Estabelecimento, a data do recebimento, unidade de medida e a quantidade recebida, Clicar em VINCULAR LOTE A UMA CAMPANHA DE VACINAÇÃO.
- g) Após clicar VINCULAR LOTE A UMA CAMPANHA DE VACINAÇÃO, irá ativar o combo para escolha da campanha, clicar em “Selecione uma Campanha”
- h) Após clicar em Selecione uma Campanha, irá abrir a tela Selecionar Campanha, pesquisar pela campanha, selecioná-la e clicar em Concluir.

i) Irá retornar para a tela Adicionar lote, informando a campanha selecionada para vínculo do lote, inserir observação se necessário, conferir se o Imunobiológico apresentado corresponde ao lote a ser cadastrado e clicar em Adicionar lote.

j) Irá retornar para a tela Lotes


4. RETIRADA (SAÍDA) DE LOTES

a) Com o perfil de Gestor Estabelecimento de Saúde ou Operador Estabelecimento de Saúde Campanha selecionado, clicar no menu Manter Vacinas (posteriormente será alterado por “Movimentação de Imunobiológicos”

b) Irá abrir a tela Lotes, exibindo os lotes que já foram cadastrados, pesquisar pelo lote que será dada saída e clicar no botão 

c) Irá abrir a tela Retirar do Lote, as informações de Dados de Recebimento Lote e Dados do Imunobiológico são os que foram inseridos no cadastro do lote.

d) Inserir os Dados da Retirada e clicar em Retirar do lote

e) Irá retornar para a tela Lotes, ao clicar no botão , irá abrir a tela Detalhes do Lote.

f) Na tela Detalhe do Lote, será apresentada todas as informações do Lote, inclusive as Retiradas de lote realizadas.

5. REGISTRAR VACINA NO MÓDULO CAMPANHA

a) Ao fazer o login, o Operador deverá selecionar o Perfil de OESC - Operador Estabelecimento de Saúde Campanha e o Estabelecimento de Saúde onde os registros deverão ser lançados.

b) Após selecionar o Perfil de OESC - Operador Estabelecimento de Saúde Campanha e o Estabelecimento de Saúde, o operador deverá selecionar o menu Painel Geral e escolher o Banner da Campanha desejada e clicar no botão Iniciar Vacinação

c) Após clicar no botão Iniciar Vacinação, o operador deverá selecionar o Estabelecimento de Saúde dele e clicar em Iniciar

d) Irá abrir a tela Procurar vacinado, o Operador terá a oportunidade de realizar a pesquisa manual através do CPF ou CNS e pela leitura do QR CODE gerado pelo ConecteSUS através do Voucher gerado pela habilitação prévia.

e) A busca retornará a Ficha do vacinado (cidadão):

» Se o cidadão foi habilitado previamente, o Operador visualizará a informação Autorizado, com isso deverá selecionar as opções Imunobiológico,

- Dose, Lote, Vacinador e Data de Imunização e clicar no botão Vacinar.
- » Se ao escolher a Dose o cidadão já tiver um registro da vacina e dose selecionada irá abrir a tela Atenção, informando que o cidadão já foi imunizado com a referida dose, o operador deverá clicar em Continuar o registro, Sair da campanha ou Vacinar o próximo.
 - » Se o cidadão não foi habilitado previamente, o Operador visualizará a informação “Não vinculado previamente”, com isso deverá selecionar as opções Imunobiológico, Dose, Lote, Vacinador, Data de Imunização, Categoria e Grupo de atendimento e clicar no botão Vacinar.
- f) Após realizar o registro da vacina, o Operador poderá reiniciar o processo de vacinação clicando em Vacinar o próximo ou Sair da campanha
 - g) Se optar por vacinar o próximo, irá para a tela do item 4 do Roteiro, REGISTRAR VACINA NO SIPNI MÓDULO CAMPANHA.
 - h) Se optar por Sair da campanha, irá para o Painel Geral.
6. INCLUIR NOVO CIDADÃO
- a. Com o perfil de OESC - Operador Estabelecimento de Saúde Campanha, ao pesquisar o cidadão através do CPF ou CNS, tanto na tela Procurar vacinado dentro do banner da campanha, quanto no Painel Geral, não retornar nenhum resultado, o operador terá que realizar a Busca avançada.
 - b. Clicando no botão Busca avançada, irá abrir os campos para a busca.
 - c. Após ter informado todos os campos para a busca será informado “Vacinado não encontrado na base”, então irá ser ativado o botão Incluir novo cidadão. Obs.: O botão somente será ativado após todas as tentativas.
 - d. Após clicar em Incluir novo cidadão, irá ser aberta a tela Incluir vacinado. O Operador deverá incluir todos os campos obrigatórios e clicar em Concluir.
 - e. Após clicar em Concluir, irá abrir a tela “Novo vacinado incluído” com as opções de Visualizar ficha ou Sair
 - f. Se o Operador escolher Visualizar ficha, será direcionado para a tela Ficha do vacinado, informando o CNS criado para o cidadão
 - g. Se o Operador selecionar Sair, será direcionado ao Painel Geral.

Informações mais detalhadas podem ser acessadas em: <https://www.conasems.org.br/parasabermmais-serie-de-tutoriais-sobre-como-usar-o-sipni-na-vacinacao-contracovid-19/>

VACINAÇÃO E DOAÇÃO DE SANGUE

Segundo a NOTA TÉCNICA Nº 12/2021/SEI/GSTCO/DIRE1/ANVISA seguem informações sobre as vacinas incluídas no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a covid-19 do Brasil e outras com potencial de utilização no país, considerando o período de inaptidão após a aplicação.

Vacina	Laboratório	País de desenvolvimento	Tecnologia	Inaptidão para doação de sangue
CORONAVAC	Sinovac/Butantan	China	Vírus SARS-CoV-2 inativado	48 horas
ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) Covishield	Astrazeneca/Oxford/ Fiocruz	Reino Unido	Vetor viral (adenovírus) não replicante	7 dias
BNT 162	BioNTech/Fosun Pharma/Pfizer	EUA/Alemanha	mRNA	7 dias
AD26.Cov2.5	Janssen-Cilag	Europa	Vetor viral (adenovírus) não replicante	7 dias
Sputnik V	Gamaleya National Center	Rússia	Vetor viral (adenovírus) não replicante	7 dias
Covaxin	Bharat Biotech	Índia	Vírus inativado	48 horas
mRNA-1273	Moderna/Instituto Nacional de Alergia e Doenças Infecciosas	EUA	mRNA	7 dias

Para saber mais acesse: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/sangue-tecidos-celulas-e-orgaos/notas-tecnicas/nota-tecnica-12-2021-gtsco>

2.8 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Segundo consenso da força tarefa formada pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), pela Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) e pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) até o momento não há intervenções farmacológicas com efetividade e segurança comprovada que justifiquem seu uso de rotina no tratamento da covid -19, devendo os pacientes serem tratados preferencialmente no contexto de pesquisa clínica.

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade baseada na análise de evidências científicas, atualizou em 20 de julho de 2020 suas recomendações,

onde aponta que, até o momento não existem evidências robustas para utilização de medicamentos específicos para a covid-19.

O Ministério da Saúde, reconhece também que até o momento não existem evidências científicas robustas que possibilitem a indicação de terapia farmacológica específica para a covid-19; mas publicou em maio de 2020 um documento com **ORIENTAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA MANUSEIO MEDICAMENTOSO PRECOCE DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DA COVID-19** onde recomenda a terapia medicamentosa para a covid-19. Entretanto estabelece 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.

Recomendamos a adoção do cuidado centrado no paciente para determinar a melhor abordagem terapêutica bem como a observação de protocolos estaduais e municipais em vigor, respeitando a autonomia e a responsabilidade do médico para instituir qualquer terapêutica.

2.9 CASOS SUSPEITOS DE REINFECÇÃO PELO COVID-19

A NOTA TÉCNICA Nº 52/2020-CGPNI/DEIDT/SVS/MS traz orientações preliminares sobre a conduta frente a um caso suspeito de reinfecção da covid -19 no Brasil. Com o objetivo de identificar casos suspeitos de reinfecção pelo vírus SARS-CoV-2 no Brasil, para proporcionar monitoramento epidemiológico e laboratorial adequados.

Definição de caso suspeito de reinfecção pelo vírus SARS-CoV-2:

Indivíduo com dois resultados positivos de RT-PCR em tempo real para o vírus SARS-CoV-2, com intervalo igual ou superior a 90 dias entre os dois episódios de infecção respiratória, independente da condição clínica observada nos dois episódios.

Observação: caso não haja a disponibilidade das duas amostras biológicas, com a conservação adequada, a investigação laboratorial não poderá ser complementada, inviabilizando a análise do caso.

Orientações quanto ao fluxo dos casos suspeitos de reinfecção pelo vírus SARS-CoV-2:

As fichas de notificação do caso suspeito (e-SUS Notifica, SIVEP-Gripe e GAL) digitalizadas e um relatório de investigação do caso, deverão ser encaminhados para o e-mail gripe@saude.gov.br.

Ressalta-se que somente serão investigados os casos suspeitos de reinfecção pelo vírus SARS-CoV-2 que possuírem as respectivas amostras biológicas para os devidos encaminhamentos aos laboratórios de referência.

Orientações quanto ao fluxo de envio das amostras aos laboratórios de referência:

Encaminhamento da 1ª e 2ª amostras, juntas, ao Laboratório de Vírus Respiratórios e Sarampo – Fiocruz/RJ ou Instituto Adolfo Lutz – IAL/SP ou Instituto Evandro Chagas – IEC/PA, conforme rede referenciada para o Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen) de sua localidade. As requisições devem estar cadastradas no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), acompanhadas das respectivas fichas epidemiológicas e com os resultados obtidos no laboratório para exame de RT-PCR em tempo real para vírus SARS-CoV-2, com valores de CT (“Cycle Threshold”). As amostras devem ser encaminhadas em embalagem de transporte UN3373 com gelo seco. Enviar requisição padrão de transportes de amostras preenchida para a Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública – CGLAB, no endereço de e-mail: transportes.cglab@saude.gov.br

2.10 FORMAS DE ATENDIMENTO DOS USUÁRIOS PELA EQUIPE

ATENDIMENTO PRESENCIAL OU TELEASSISTÊNCIA

O cenário epidemiológico da sindemia, como apresentado anteriormente neste documento, significa a coexistência de uma demanda por atendimentos com quadros agudos suspeitos ou confirmados de COVID, com uma maior ou menor pressão assistencial de acordo com o momento da epidemia, e de uma demanda relativa às condições crônicas, já identificada anteriormente pelas equipes de saúde na maioria dos casos, mas com o risco de uma descontinuidade da atenção consequente às medidas de contingência. A equipe da APS deve organizar o atendimento da unidade de modo a responder a essa diversidade de demandas da população, mantendo a rotina de atendimento presencial para todas as situações necessárias, ao mesmo tempo em que aprende a utilizar e define espaço na agenda para atendimentos por meio da teleassistência a usuários que podem se beneficiar com essa modalidade.

A modalidade de atendimento deve ser definida pela equipe da APS, presencial ou através de teleassistência, considerando a estratificação de risco do usuário, grau de estabilidade do quadro, vulnerabilidade social e condição de autocuidado, sendo recomendada a discussão prévia do caso com a AAE caso a APS identifique a necessidade de atendimento presencial no ambulatório especializado.

ATENDIMENTO PRESENCIAL

- Assim, as ações de rotina da APS devem ser mantidas de forma concomitante às ações de enfrentamento à covid-19, mantendo-se o devido apoio logístico e clínico às equipes de saúde da família e equipes de atenção primária, e garantindo-se a organização dos processos de trabalho de modo a minimizar os riscos de mortes evitáveis por causas sensíveis à APS (ENGSTROM et. al, 2020)
- Para os casos de baixo e médio risco quando necessário, com prioridade para a população idosa e acompanhamento de pessoas com doenças crônicas.
- Consultas de Pré-natal para gestantes devem ser realizadas na UBS
- Para casos de alto e muito alto risco, onde após discussão de caso conjunta entre APS e AAE as equipes avaliam que o risco clínico se sobrepõe ao risco de contágio do usuário ou quando ele é recomendado pela Sociedade Científica da Especialidade.
- Organizar transporte do usuário com o município de origem preferencialmente carro individual ou em micro-ônibus mantendo distanciamento entre os usuários e providenciar álcool gel e máscaras para o transporte em número suficiente para o trajeto de ida e volta (de pano ou cirúrgica conforme o usuário apresente ou não sintomas de SG ou SRAG).
- É recomendável que antes dos usuários entrarem no veículo seja feita uma triagem rápida pelo condutor ou profissional de apoio, aos usuários e acompanhantes, com o objetivo de detectar possíveis sinais e sintomas respiratórios. Caso seja relatado pelo usuário ou acompanhante sinais e sintomas respiratórios os mesmos, não serão conduzidos para o atendimento ambulatorial e serão orientados a buscar atendimento na sua UBS de origem. Caso a unidade de saúde ainda não esteja aberta e apresente sinais e sintomas de maior gravidade, direcionar para a unidade hospitalar de referência.
- O condutor e ou profissional de apoio deverá comunicar a central de transporte para que a ocorrência seja informada à equipe de vinculação do usuário e a unidade ambulatorial, para que sejam feitas as devidas intervenções de monitoramento.
- Reestruturar horários de agendamentos para permitir menor tempo possível do usuário no serviço e evitar aglomerações (recomendado tempo entre consultas de 45').
- Reorganizar sala de espera mantendo distanciamento das cadeiras de pelo menos 1 metro entre os usuários.

TELEASSISTÊNCIA

Durante a pandemia da covid 19, o Ministério da Saúde e os conselhos representativos de classe autorizaram a utilização da tecnologia da informação e comunicação para a realização de consulta, orientação, monitoramento e encaminhamentos à distância para usuários, bem como a troca de informações e opiniões entre os profissionais a respeito dos casos de usuários acompanhados.

Telemedicina está prevista pela Resolução CFM 1643/2002 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA., 2002) e referendada pelo Ofício do CRM ao Ministério da Saúde (OFÍCIO CFM Nº 1756/2020 – COJUR) que dispõe o seguinte:

Este Conselho Federal de Medicina (CFM) decidiu aperfeiçoar ao máximo a eficiência dos serviços médicos prestados e, EM CARÁTER DE EXCEPCIONALIDADE E ENQUANTO DURAR A BATALHA DE COMBATE AO CONTÁGIO DA COVID-19, reconhecer a possibilidade e a eticidade da utilização da telemedicina, além do disposto na Resolução CFM nº 1.643, de 26 de agosto de 2002, nos estritos e seguintes termos:

- Teleorientação: para que profissionais da medicina realizem à distância a orientação e o encaminhamento de pacientes em isolamento;
- Telemonitoramento: ato realizado sob orientação e supervisão médica para monitoramento ou vigência à distância de parâmetros de saúde e/ou doença.
- Teleinterconsulta: exclusivamente para troca de informações e opiniões entre médicos, para auxílio diagnóstico ou terapêutico.

Para o atendimento de Telemedicina devem ser observadas as normas estabelecidas na Portaria nº 467 de 20/03/2020 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020) do Ministério da Saúde:

Art. 3º Os médicos que participarem das ações de Telemedicina de que trata o art. 2º, deverão empregar esse meio de atendimento com objetivo de reduzir a propagação da covid-19 e proteger as pessoas.

Parágrafo único. Os médicos que realizarem as ações de que trata o caput deverão:

- I - Atender aos preceitos éticos de beneficência, não-maleficência, sigilo das informações e autonomia; e
- II - Observar as normas e orientações do Ministério da Saúde sobre notificação compulsória, em especial as listadas no Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID- 19), disponível no endereço eletrônico do Ministério da Saúde.

Art. 4º O atendimento realizado por médico ao paciente por meio de tecnologia da informação e comunicação deverá ser registrado em prontuário clínico, que deverá conter:

I- dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido 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.

Art. 5º Os médicos poderão, no âmbito do atendimento por Telemedicina, emitir atestados ou receitas médicas em meio eletrônico.

Art. 6º A emissão de receitas e atestados médicos à distância será válida em meio eletrônico, mediante:

I- uso de assinatura eletrônica, por meio de certificados e chaves emitidos pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil;

II- o uso de dados associados à assinatura do médico de tal modo que qualquer modificação posterior possa ser detectável; ou

III- atendimento dos seguintes requisitos:

a) identificação do médico;

b) associação ou anexo de dados em formato eletrônico pelo médico; e

c) ser admitida pelas partes como válida ou aceita pela pessoa a quem for oposto o documento.

§ 1º O atestado médico de que trata o caput deverá conter, no mínimo, as seguintes informações:

I- Identificação do médico, incluindo nome e CRM;

II- Identificação e dados do paciente;

III - Registro de data e hora; e IV - Duração do atestado.

§ 2º A prescrição da receita médica de que trata o caput observará os requisitos previstos em atos da Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa).

§ 3º No caso de medida de isolamento determinada por médico, caberá ao paciente enviar ou comunicar ao médico:

I - Termo de consentimento livre e esclarecido de que trata o § 4º do art. 3º da Portaria nº 356/GM/MS, 11 de março de 2020; ou

II - Termo de declaração, contendo a relação das pessoas que residam no mesmo endereço, de que trata o § 4º do art. 3º da Portaria nº 454/GM/MS, 20 de março de 2020.

Em 23/04/2020 o Conselho Federal de Medicina (CFM), o Instituto Nacional de Tecnologia da Informação (ITI) e o Conselho Federal de Farmácia (CFF) lançaram uma plataforma que permite validar receitas médicas e atestados digitais que pode ser acessada através de <https://prescricaoeletronica.cfm.org.br/> (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA.; INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2020).

A plataforma auxilia a relação remota entre médico, paciente e farmacêutico, com a possibilidade de o paciente receber prescrições diretamente no celular, sem uma via em papel, e ter o documento conferido, via plataforma, diretamente no balcão da farmácia.

O projeto conta, também, com um Validador de Documentos que valida a receita em meio digital (formato PDF) quanto a sua autoria, se assinada por um médico habilitado e se dispensada por um farmacêutico. Permite, ainda, verificar a integridade do documento assinado com certificado digital ICP-Brasil.

O médico realiza o *download* dos modelos de receita, atestado ou relatório no site do CFM. Posteriormente realiza o preenchimento, assina digitalmente utilizando um certificado ICP Brasil por meio da ferramenta Adobe Acrobat e envia o arquivo assinado ao seu paciente.

O paciente envia o arquivo à parte interessada, que valida o documento por meio do validador de documentos <https://assinaturadigital.iti.gov.br>.

Caso seja uma receita, o farmacêutico fará a dispensação desta receita, assinando-a digitalmente e registrando-a junto ao Registro de Dispensação.

Acesse <https://prescricaoeletronica.cfm.org.br/>

Maiores informações sobre Telemedicina/Teleassistência, inclusive normativas de outras categorias profissionais, estão disponíveis no Anexo I deste Guia.

2.11 RECOMENDAÇÕES DE SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA COVID-19

O protagonismo dos profissionais de saúde e suas responsabilidades para o cuidado mais seguro

Desde o primeiro caso de covid-19 no Brasil, em meados de fevereiro de 2020, os profissionais de saúde têm se destacado arduamente por atuarem na linha de frente da prevenção e combate à doença.

Diante da realidade da pandemia e da ausência de medicamentos retrovirais específicos e vacina, a utilização de práticas seguras tornam-se indispensáveis, na

verdade, quando falamos sobre segurança em época de covid-19, observa-se um tema bastante amplo. É possível falarmos da segurança do paciente infectado, mas também do paciente que não está com covid -19 e precisa frequentar o hospital; do paciente que tinha uma cirurgia eletiva que foi desmarcada; assim como também da necessidade do funcionamento do ambulatório; além de termos, também, os eventos que continuam ocorrendo dentro do ambiente hospitalar e que necessitam ser notificados.

A pandemia pela covid -19 potencializou as falhas ativas e as condições latentes do sistema de saúde, demandando ações gerenciais para promover e manter boas práticas assistenciais nas redes de atenção à saúde.

A Segurança do Paciente é uma responsabilidade global, sendo fundamental que profissionais de saúde estejam comprometidos, executando todas as ações necessárias para melhoria da qualidade do cuidado em toda a rede de atenção à saúde.

Acesse maiores informações no ANEXO II

2.12 REABILITAÇÃO NA COVID-19

A Nota técnica do Ministério da Saúde 28/2020 dispõe que os serviços de reabilitação deverão oferecer retaguarda para atendimento aos usuários pós internações originadas pelo covid-19 que gerem déficits de funcionalidade.

Pessoas com covid-19 grave apresentam necessidades de reabilitação durante as fases aguda, subaguda e de longo prazo dos cuidados de saúde; os profissionais de reabilitação devem estar presentes em UTIs, enfermarias hospitalares, unidades de atenção subaguda e na comunidade.

Os casos graves de covid-19 envolvem necessidades de reabilitação relacionadas com as consequências do suporte ventilatório, da imobilização prolongada e do repouso no leito. Estas podem incluir:

- Função pulmonar prejudicada;
- Descondicionamento físico e fraqueza muscular;
- Confusão mental (delirium) e outras deficiências cognitivas;
- Dificuldades de deglutição e comunicação; e
- Transtornos de saúde mental e necessidades de apoio psicossocial.

A reabilitação melhora os resultados de saúde de pacientes com casos graves de covid-19 e beneficia os serviços de saúde das seguintes maneiras:

- a) Melhores resultados de saúde e funcionalidade – ela pode reduzir a frequência de complicações resultantes das internações em UTI como a Síndrome pós terapia intensiva (conjunto de incapacidades funcionais, cognitivas e psicossociais).

sociais adquiridas ou agravadas após uma doença crítica e permanência na terapia intensiva) e visa otimizar a recuperação de um paciente e reduzir a ocorrência de incapacidade. As intervenções de reabilitação podem ajudar a resolver muitas das consequências da covid-19 grave, incluindo deficiências físicas, cognitivas e relacionadas à deglutição, além de fornecer apoio psicossocial. Pacientes mais idosos, e aqueles com problemas de saúde preexistentes, podem ser mais vulneráveis aos efeitos da doença grave, e a reabilitação pode ser particularmente benéfica para manter o seu nível anterior de independência

- b) **Facilitação da alta precoce-** A reabilitação é particularmente importante para preparar os pacientes para a alta, coordenar altas hospitalares complexas e garantir a continuidade do cuidado.
- c) **Redução do risco de reinternação:** A reabilitação ajuda a garantir que os pacientes não se deteriorem após a alta e precisem ser reinternados, o que é essencial num contexto de escassez de leitos hospitalares.

Fase da atenção	Intervenções de reabilitação	Ambiente típico da intervenção
Aguda	Enquanto os pacientes com COVID-19 grave recebem suporte ventilatório, os profissionais de reabilitação podem ser envolvidos para apoiar o manejo respiratório agudo ²⁹ manter e melhorar a funcionalidade, a fim de facilitar a recuperação precoce. Profissionais especializados em reabilitação podem realizar intervenções que ajudam a melhorar a oxigenação, desobstruir as vias aéreas e facilitar o desmame ventilatório ²⁹⁻³¹ , podendo também desempenhar um papel na promoção da nutrição ³² e na prevenção da pneumonia aspirativa, especialmente pós-intubação e/ou em pacientes com traqueostomia ³³ .	Unidades de terapia intensiva, unidades de atenção subaguda (inclusive centros para pacientes com IRAG)
Subaguda	No período de recuperação inicial, uma vez que os pacientes tenham retornado a uma enfermaria ou a uma unidade de atenção subaguda, ou para pacientes cuja gravidade não justifique a internação em uma unidade de terapia intensiva e que tenham sido tratados em uma enfermaria hospitalar, as intervenções de reabilitação podem se concentrar no tratamento de deficiências persistentes na mobilidade, função respiratória, cognição, deglutição, nutrição e comunicação ^{34,35} . As intervenções durante esse período visam ainda promover a independência nas atividades da vida diária e dar apoio psicossocial. Os profissionais de reabilitação também contribuem significativamente para a preparação e planejamento da alta, o que pode ser particularmente complexo em pacientes mais idosos e com comorbidades ³⁶ .	Enfermarias hospitalares, instalações de atenção subaguda (inclusive centros para pacientes com IRAG)
Longo prazo	Após a alta, os profissionais de reabilitação podem promover a realização de exercícios progressivos, a educação sobre conservação de energia e alterações do comportamento, modificação da casa e produtos assistivos, bem como fazer o trabalho de reabilitação para qualquer deficiência específica. Durante a recuperação a longo prazo da Covid-19 grave, os pacientes podem se beneficiar de intervenções de reabilitação pulmonar, voltadas a deficiências físicas e respiratórias, que incluem uma combinação de exercícios progressivos, educação, atividades da vida diária e apoio psicossocial ³⁷ .	Centros de reabilitação, programas ambulatoriais, serviços domiciliares, serviços móveis, telessaúde.

Fase da atenção	Intervenções de reabilitação	Ambiente típico da intervenção
Longo prazo	Em muitos contextos, em razão de restrições relacionadas à pandemia (distanciamento físico, escassez de recursos humanos e transporte público limitado) e ao risco de infecção, a telessaúde ⁱⁱⁱ provavelmente será necessária após a alta hospitalar. Ela poderia ser estendida para incluir exercícios à distância (como a orientação e exercícios em “grupos virtuais”) e o apoio entre pares por parte de pacientes que tiveram COVID-19 e receberam o treinamento apropriado. Os serviços de reabilitação localizados nas comunidades locais muitas vezes estão numa melhor posição para prestar cuidados de longo prazo.	Centros de reabilitação, programas ambulatoriais, serviços domiciliares, serviços móveis, telessaúde.

Fonte: OPAS- Considerações sobre a reabilitação durante o surto de covid-19- <https://www.paho.org/en/topics/rehabilitation>

A FISIOTERAPIA NA REABILITAÇÃO

O Fisioterapeuta deve identificar em cada paciente quais são as particularidades que indicam ou não a realização de intervenções, assim como determinar qual será o tipo de intervenção prescrita. Em alguns casos, o Fisioterapeuta poderá realizar acompanhamento, monitorização ou orientações à distância, garantindo sempre a segurança do paciente, por exemplo, por meio do telemonitoramento. Em outros casos, quando houver doenças associadas, a intervenção poderá ser presencial, e quando esta for indicada, as atividades devem ser realizadas em ambientes arejados. De modo geral, o Fisioterapeuta deve evitar contato desnecessário com o paciente devido ao risco de contágio. Enfatizamos, porém, que o Fisioterapeuta em atendimento presencial deve estar sempre atento ao uso correto dos equipamentos de proteção individual (EPIs), como a utilização de máscara N95, em virtude de procedimentos que podem gerar aerossóis. Além disso, é preciso fortalecer os cuidados em relação às medidas para evitar contágio. De modo geral se tem por objetivo prevenir os agravos musculoesqueléticos, melhorar os sintomas respiratórios e proceder o rastreio para indicação ou não de hospitalização, com base na avaliação da dispneia e da SpO2. Além disso, a atuação junto a esses pacientes, idealmente, deve incluir suporte psicológico e educação sobre a doença.

Durante a fase de isolamento, os pacientes naturalmente aumentam o tempo em que ficam na posição sentada ou deitada, o que pode contribuir de forma expressiva para maior intolerância ao exercício, redução de força muscular, prejuízo de tosse e expectoração e maior risco de trombose venosa profunda (TVP), especialmente em indivíduos que fazem parte do grupo de risco, como idosos e obesos. Dessa maneira, a fisioterapia deve ser baseada em uma avaliação abrangente das condições de saúde do paciente e dos objetivos terapêuticos.

É importante ressaltar que pacientes com covid 19 frequentemente apresentam febre, que é um achado intrinsecamente ligado a um maior gasto energético, sendo que nessas condições não é recomendada a prática de exercício físico.

Informações mais detalhadas podem ser acessadas em: <https://assobrafir.com.br/covid-19/>

RISCO NUTRICIONAL DO PACIENTE COM COVID-19

Alinhados com diversas diretrizes de Terapia Nutricional (TN), recomenda-se a realização da triagem nutricional em até 48 horas após a admissão hospitalar em todos os pacientes. Considerando a pandemia atual do covid-19, recomendamos, entretanto, evitar o contato físico do nutricionista com os pacientes, conforme detalhamos nas sugestões de mudança de rotina.

Sugerimos que durante a internação dos pacientes com covid-19 sejam incluídas perguntas para triagem nutricional, segundo protocolo estabelecido pela instituição, sempre que possível.

Os pacientes que permanecerem por mais de 48 horas na UTI devem ser considerados em risco de desnutrição. Conforme a recomendação da ESPEN 2019, este paciente se beneficia de TN precoce e individualizada.

Via de alimentação:

A alimentação por via oral é a preferencial em pacientes não graves com diagnóstico de covid 19, incluindo a utilização de suplementos orais quando a ingestão energética estimada for < 60% das necessidades nutricionais.

Em pacientes graves, a Nutrição Enteral (NE) é a via preferencial e sugerimos que seja iniciada entre 24 e 48 horas. No caso de contraindicação da via oral e/ou enteral, a Nutrição Parenteral (NP) deve ser iniciada o mais precocemente possível. Sugerimos considerar o uso de NP suplementar após 5 a 7 dias em pacientes que não conseguirem atingir aporte calórico proteico > 60% por via digestiva.

2.13 CENTRO COMUNITÁRIO DE REFERÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO À COVID-19

Instituído pela Portaria MS Nº 1444 de 29/05/2020, consiste no espaço a ser estruturado pela gestão municipal ou distrital em áreas das comunidades e favelas ou adjacências para organização das ações de identificação precoce de casos de síndrome gripal ou covid-19, acompanhamento dos casos suspeitos ou confirmados, atendimento aos casos leves e referenciamento para pontos de atenção da rede de saúde dos casos graves, tem caráter temporário e deve funcionar em locais de fácil acesso à população

como estabelecimentos de saúde, equipamentos sociais ou pontos de apoio que possuam espaço adequado e estrutura mínima com condições sanitárias. Atuam de modo complementares à APS, compartilhando o cuidado das pessoas assistidas pelas equipes e prestando assistência àquelas com SG.

São classificados em:

- I Tipo 1: comunidades e favelas que tenham população entre 4.000 (quatro mil) a 20.000 (vinte mil) pessoas; e
- II Tipo 2: comunidades e favelas que tenham população maior de 20.000 (vinte mil) pessoas.

O Distrito Federal e os municípios, conforme Anexo II desta Portaria, que implantarem os Centros Comunitários de Referência para enfrentamento à covid-19 farão jus ao recebimento do incentivo financeiro de custeio federal de que trata o Capítulo II, mediante cumprimento dos seguintes requisitos:

- I cadastro da unidade de saúde de administração pública no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) com os códigos “01 - Posto de Saúde” ou “02 - Unidade Básica/Centro de Saúde” ou “15 - Unidade Mista”;
- II ter funcionamento mínimo de 40 (quarenta) horas semanais;
- III garantir somatório de carga horária mínima semanal por categoria profissional devidamente cadastrada no CNES conforme abaixo:

Carga horária mínima semanal exigida por categoria profissional

Profissionais	Tipo 1	Tipo 2
Médico	30 horas	60 horas
Enfermeiro	30 horas	60 horas
Técnico ou auxiliar de enfermagem	60 horas	120 horas

O incentivo financeiro* de custeio federal ao Distrito Federal e municípios que implantarem os Centros Comunitário de Referência para Enfrentamento à covid-19 terá os seguintes valores mensais:

- I Tipo 1: R\$ 60.000 (sessenta mil reais); e
- II Tipo 2: R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais).

Observação: A Portaria Nº 381 de 01 de março de 2021 estabelece financiamento para as competências de janeiro a março de 2021, pagas em parcela única para os Centros de Comunitários que estavam credenciados e implantados em novembro e dezembro de 2020. Para saber mais acesse <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-361-de-1-de-marco-de-2021-306208769>

2.14 CENTROS DE ATENDIMENTO PARA ENFRENTAMENTO À COVID-19

Instituído pela Portaria MS Nº 1445 de 29/05/2020, consiste no espaço a ser estruturado pela gestão municipal ou distrital para acolhimento e atendimento de usuários com queixas relacionadas aos sintomas de covid-19, e deve funcionar em locais de fácil acesso à e possuir espaço físico mínimo exigido para os Centros de Atendimento para Enfrentamento conforme Anexo I desta Portaria. Atuam de modo complementar à APS, compartilhando o cuidado das pessoas assistidas pelas equipes e prestando assistência àquelas com SG.

São classificados em:

- I Tipo 1: municípios de até 70.000 habitantes;
- II Tipo 2: municípios de 70.001 habitantes a 300.000 habitantes; e
- III Tipo 3: municípios acima de 300.000 habitantes.

E devem garantir funcionamento mínimo de 8 horas diárias e carga horária mínima semanal conforme Anexo II.

Espaço físico mínimo exigido para os Centros de Atendimento para Enfrentamento ao novo Coronavírus (covid-19)

Ambientes	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3
Consultório	1	2	3
Sala de acolhimento	1	1	2
Sala de isolamento	1	1 a 2	2 a 3
Sala de coleta	1	1	1

ANEXO II: Carga horária mínima semanal por categoria profissional exigida para funcionamento dos Centros de Atendimento para Enfrentamento ao novo Coronavírus (covid-19)

Profissionais	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3
Médico	40 horas	80 horas	120 horas
Enfermeiro	40 horas	80 horas	120 horas
Técnico ou auxiliar de enfermagem	80 horas	120 horas	160 horas

O incentivo financeiro* de custeio federal ao Distrito Federal e municípios que implantarem os Centros de Atendimento para Enfrentamento à covid-19 terá os seguintes valores mensais:

- I R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais) para os Centros de Atendimento Tipo 1;
- II R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) para os Centros de Atendimento Tipo 2; e
- III R\$ 100.000,00 (cem mil reais) para os Centros de Atendimento Tipo 3.

Observação: A Portaria Nº 381 de 01 de março de 2021 estabelece financiamento para as competências de janeiro a março de 2021, pagas em parcela única para os Centros de Atendimentos que estavam credenciados e implantados em novembro e dezembro de 2020. Para saber mais acesse <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-361-de-1-de-marco-de-2021-306208769>.

3. AS REDES DE ATENÇÃO NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA

A organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), integrando os diversos pontos de atenção de um território micro e macrorregional de saúde é urgente nesse momento.

O enfrentamento da pandemia convoca inicialmente a RAS de urgência e emergência, incluindo as ações de prevenção (distanciamento social, higienização), o atendimento da SG nas unidades de APS e o fluxo de assistência à SRAG até a internação em leitos de UTI para as situações mais críticas, com todos os recursos logísticos, de apoio laboratorial e terapêutico necessários. Mas, essa linha de frente logo aponta para outras necessidades, entre elas o cuidado de usuários com condições crônicas de saúde, o que requer um redesenho dos fluxos e modalidades de atendimento que, de um lado, respeite as exigências de distanciamento social e, de outro, garanta a continuidade de todos os cuidados necessários para a estabilização clínica desses usuários.

A matriz de pontos de atenção da RAS covid -19 descreve o conjunto de competências dos vários serviços e equipes necessários para garantir a resposta certa, no tempo certo e com qualidade para usuários com a nova doença e para os usuários já em acompanhamento. Vale salientar a importância da integração vertical entre os pontos de atenção da rede, com estratégias de comunicação clara e efetiva e colaboração entre profissionais e com os usuários. O atendimento na APS deve ser revisado continuamente para responder às demandas da população de acordo com o cenário epidemiológico, adotando tanto estratégias de contingência para garantir a atenção aos usuários com síndrome gripal, principalmente nos momentos de pico da epidemia, quanto estratégias para garantir a continuidade do cuidado para os usuários com condições crônicas, presencialmente ou por meio da utilização de teletecnologias, e a resposta às outras demandas da população. Deve-se entregar aos usuários que necessitem de receitas de uso controlado, o correspondente a 3 meses de uso, ampliando assim, o prazo de retorno desse usuário a unidade. Importante orientar amplamente a população sobre as situações em que o usuário, após atendimento inicial a distância, apresentar evolução do quadro geral e respiratório, necessitando atendimento presen-

cial após um período de acompanhamento a distância; devem procurar prontamente as unidades preparadas para essa finalidade, UBS ou Pronto Atendimento. Muito importante também estabelecer novas modalidades de oferta de cuidado aos idosos institucionalizados (asilos; casa de repouso; etc.).

Os gestores devem orientar os agentes comunitários de saúde para que, ao realizarem as visitas domiciliares, não adentrem as residências e permanecerem afastados por 2 metros do usuário ou familiar. Preconiza-se ainda a manutenção do monitoramento dos usuários sob sua responsabilidade e dos sintomáticos respiratórios, utilizando os meios de comunicação disponíveis no território. Dessa forma, espera-se que continuem a identificar portadores e dar todas as orientações possíveis, próprias de seu trabalho, não só em relação à covid-19, mas também referentes a outros riscos e patologias, com destaque para a dengue, que assola grande parte do país nesse momento. Estratégia relevante é a organização de uma central de atendimento remoto no município ou na região que ofereça orientação aos pacientes, mas que também estabeleça articulação com as UBS de referência para monitoramento dos casos identificados.

Ponto de atenção	Competências durante a pandemia do Covid-19
Domicílio	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas educativas de prevenção: uso de máscara, distanciamento social, higienização de mãos e ambiente • Teleatendimento dos usuários com SG em isolamento domiciliar • Continuidade do acompanhamento dos moradores com condição crônica pela equipe da UBS • Teleatendimento para usuários com condição crônica de qualquer estrato de risco em substituição à consulta presencial na UBS; orientação para consulta presencial nos casos de instabilidade clínica persistente (sem consulta na AAE), pós alta hospitalar ou não comparecimento nas últimas consultas agendadas • Visita peridomiciliar aos grupos de risco pelos ACS • Atendimento domiciliar para consulta presencial para paciente de alto risco com necessidade de exame clínico, como idosos frágeis e portadores de condições crônicas.
Unidade Básica de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento dos usuários para escuta inicial, identificação de suspeitos de SG e direcionamento dos fluxos diferenciais para sintomáticos respiratórios. • Atendimento de usuários com quadro respiratório agudo, classificados como SG leve ou SRAG, com fluxos e espaços físicos separados e utilização de EPI: <ul style="list-style-type: none"> – Prescrição do tratamento (sintomático + oseltamivir para grupos de risco), notificação e isolamento domiciliar para os usuários com SG – Primeiro atendimento, estabilização clínica e transferência dos usuários com SRAG • Monitoramento dos usuários com SG durante todo o período de isolamento • Monitoramento dos usuários com SRAG durante todo o período de internação, transição do cuidado após a alta até o pronto restabelecimento do usuário e continuidade do cuidado para condições crônicas diagnosticadas e acompanhadas previamente • Atendimento a usuários com outras demandas agudas não respiratórias, com atenção para o aumento dos casos de dengue e para a agudização de condições crônicas • Continuidade do acompanhamento longitudinal dos usuários com condições crônicas, de acordo com a estratificação de risco, estabilidade clínica e capacidade de autocuidado e considerando o contexto de vulnerabilidade e suporte familiar

Ponto de atenção	Competências durante a pandemia do Covid-19
Unidade Básica de Saúde (cont.)	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação de estratégias de acompanhamento e monitoramento do plano de cuidados: <ul style="list-style-type: none"> – Usuários com condição crônica de alto e muito alto risco, com instabilidade clínica persistente, atendidos na AAE devem ter monitoramento à distância, ou presencial, de acordo com o plano de cuidados – Usuários de qualquer estrato de risco que ainda não atingiram as metas terapêuticas (instabilidade clínica), mas com melhoras progressivas documentadas dos marcadores: monitoramento presencial ou presencial alternado com à distância de acordo com a capacidade de autocuidado e suporte familiar – Usuários de qualquer estrato de risco, com estabilidade clínica (dentro das metas terapêuticas): monitoramento à distância do plano de cuidados – Gestantes, crianças e usuários que necessitam medicação supervisionada ou exames específicos: atendimento presencial na unidade • Realização de atendimento domiciliar sempre que possível, principalmente para usuários com graves limitações funcionais e alta dependência de cuidados ou institucionalizados • Garantia de medicamentos para as condições crônicas, com prorrogação do prazo de receitas, ampliação do prazo de validade de novas receitas, entrega de maior volume de unidades de medicamento • Avaliação dos exames de rotina programados nos planos de cuidado para esse período, reprogramar os que puderem ser adiados e garantir a realização dos necessários • Monitoramento de usuários com agudização e/ou complicações das condições crônicas atendidos nos serviços de urgência ou internados, para transição do cuidado pós alta, monitoramento até o completo restabelecimento e retomada do plano de cuidados para estabilização clínica • Continuidade dos serviços da unidade: vacinação, farmácia, curativos e acompanhamento dos ciclos de vida • Teleinterconsulta com a equipe AAE para discussão de casos e atualização de plano de cuidados de usuários com condições crônicas de alto e muito alto risco, principalmente aqueles que serão monitorados diretamente na APS (presencialmente ou à distância) • Teleinterconsulta com a equipe AAE para discussão de casos de usuários com condição crônica e síndrome gripal ou aqueles com SRAG pós alta hospitalar • Sistema de gerenciamento para acompanhamento dos indicadores relacionados à covid-19 (notificações de casos suspeitos e confirmados, leves e graves, internação, óbito e outros) e ao acompanhamento das condições crônicas (usuários com acompanhamento dentro do planejado, marcadores de estabilização clínica, internação, óbito e outros)
Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento à covid -19 (Portaria MS 1.444 de 29/05/2020)	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar precocemente os casos suspeitos de infecção pelo Sars-CoV-2 • Realizar atendimento presencial para os casos que necessitem, utilizando método fast-track de atendimento na APS, para: <ul style="list-style-type: none"> – Identificação tempestiva da necessidade de tratamento imediato – Estabelecimento do potencial de risco, presença de agravos à saúde ou grau de sofrimento – Estabilização e encaminhamento para os casos que demandem estabilização, em ambiente adequado, e seguindo os protocolos relacionados ao Sars-CoV-2, publicados pelo Ministério da Saúde • Contribuir para a realização do monitoramento remoto e presencial das pessoas em situação de isolamento domiciliar, com especial atenção às pessoas que estão em grupos de risco e às pessoas que apresentem piora em seu estado de saúde • Atualizar dados cadastrais da população para viabilização da busca ativa de pessoas com síndrome gripal e do monitoramento remoto • Realizar a testagem da população de risco, considerando os públicos alvo e respectivas indicações; • Notificar adequadamente os casos conforme protocolos do Ministério da Saúde e atuar em parceria com a equipe de vigilância local

Ponto de atenção	Competências durante a pandemia do Covid-19
Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento à covid -19 (Portaria MS 1.444 de 29/05/2020) (cont.)	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a população sobre medidas a serem adotadas durante o isolamento domiciliar, bem como o conjunto de medidas populacionais a serem observadas por todos, como etiqueta respiratória e higienização das mãos • Divulgar os canais de atendimento remoto do SUS-Telesus • Manter a população informada e atualizada por meio da adoção de estratégias de comunicação locais • Estabelecer parcerias com associações de moradores, instituições de ensino e outros órgãos ou entidades que atuem nessas localidades, buscando minimizar os impactos decorrentes da pandemia.
Centros de Atendimento para Enfrentamento do COVID-10 (Portaria MS 1.445 de 29/05/2020)	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar precocemente os casos suspeitos de infecção pelo Sars-CoV-2, por meio da qualificação do processo de acolhimento com classificação de risco, visando à identificação da necessidade de tratamento imediato em sala específica para tal atividade • Realizar atendimento presencial para os casos que necessitem, utilizando método fast track de atendimento, para: <ul style="list-style-type: none"> – Identificação tempestiva da necessidade de tratamento imediato – Estabelecimento do potencial de risco, presença de agravos à saúde ou grau de sofrimento – Estabilização e encaminhamentos necessários, seguindo os protocolos relacionados ao Sars-CoV-2, publicados no endereço eletrônico do Ministério da Saúde • Realizar a testagem da população de risco, considerando os públicos-alvo e respectivas indicações do Ministério da Saúde • Notificar adequadamente os casos conforme protocolos do Ministério da Saúde e atuar em parceria com a equipe de vigilância local • Orientar a população sobre as medidas a serem adotadas durante o isolamento domiciliar e sobre medidas de prevenção comunitária • Articular com os demais níveis de atenção à saúde fluxos de referência e contrarreferência, considerando o disposto nos Planos de Contingência de cada ente federativo
Ambulatório de Atenção Especializada	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento compartilhado de usuários com condições crônicas de alto e muito alto risco, de acordo com as estratégias presenciais ou à distância pactuadas • Atendimento presencial de usuários, sem SG, com instabilidade clínica persistente, necessitando de ajustes terapêuticos pela equipe especializada • Apoio à distância para as equipes da APS para: <ul style="list-style-type: none"> – Acompanhamento presencial de usuários de alto ou muito alto risco com instabilidade clínica (fora das metas terapêuticas), mas com melhoras progressivas documentadas dos indicadores, para discussão de casos e atualização do plano de cuidados – Acompanhamento à distância de usuários de alto e muito alto risco com estabilidade clínica (dentro das metas terapêuticas), para monitoramento do grupo de usuários • Monitoramento à distância dos usuários, diretamente pela equipe especializada, quando não houver pactuação com as equipes da APS • Atendimento, com fluxos e espaços físicos separados e utilização de EPI, de usuários que eventualmente apresentarem SG, para tratamento do quadro agudo leve e atualização do plano de cuidados da condição crônica ou identificação, primeiro atendimento e transferência da forma grave (SRAG) • Apoio às equipes da APS do território de abrangência para discussão de casos, decisão do manejo, avaliação e reprogramação de exames ou consulta conjunta através de telemedicina.

Ponto de atenção	Competências durante a pandemia do Covid-19
UPA/Pronto Socorro	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer fluxos e ambientes específicos para atendimento de usuários com SG ou SRAG, com triagem na porta de entrada do serviço • Atendimento de usuários com SG: <ul style="list-style-type: none"> – Prescrição de tratamento sintomático, prescrição de oseltamivir para grupos de risco, notificação e isolamento domiciliar – Comunicação às equipes da APS para monitoramento e vigilância de agravos durante o período de isolamento • Atendimento de usuários com SRAG transferidos após atendimento na APS: <ul style="list-style-type: none"> – Confirmação do diagnóstico, notificação, estabilização e internação em hospital geral ou com leito de UTI conforme a gravidade – Comunicação às equipes da APS para monitoramento durante a internação e continuidade do cuidado após a alta • Atendimento de usuários com agudização de condições crônicas, sem quadro respiratório: <ul style="list-style-type: none"> – Estabilização, internação se necessário – Comunicação às equipes da APS para continuidade do cuidado com vistas à estabilização clínica
Maternidades de alto risco com leitos de UTI neonatal	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção perinatal hospitalar para gestantes e recém-nascidos de alto risco, com garantia de leitos obstétricos, alojamento conjunto, unidade neonatal de cuidados progressivos, com leitos de cuidados intensivos, intermediários-convencionais e intermediários-canguru • Ajustar fluxos assistenciais e manejo da parturiente/puérpera e recém-nascido, protegidos para o contágio ou disseminação da doença, de acordo com a situação clínica: sintomático, assintomático com suspeita de infecção e assintomático sem história de contato íntimo com doentes. Toda gestante internada para assistência ao parto deve ter RT-PCR à internação (consultar ANEXOS IV a XII que apresentam com fluxos detalhados) • Manter medidas preventivas durante a amamentação natural • Elaborar o plano de alta e transição do cuidado pós alta para o acompanhamento do puerpério e puericultura pela equipe da APS
Maternidades de risco habitual	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção perinatal hospitalar para gestantes e recém-nascidos de risco habitual, com garantia de leitos obstétricos, alojamento conjunto e leitos neonatais de apoio ao recém-nascido com complicações decorrentes do parto e nascimento, até transferência para unidade neonatal de referência regional • Fluxo e manejo da parturiente/ puérpera e recém-nascido protegidos com relação ao risco de infecção pelo coronavírus com identificação precoce e assistência à parturiente/ puérpera e RN assintomáticos ou com sinais e sintomas associados à covid-19 • Medidas preventivas durante a amamentação natural • Elaboração do plano de alta e transição do cuidado pós alta para o acompanhamento do puerpério e puericultura pela equipe da APS
Hospital geral com enfermaria/ hospital de campanha com enfermaria	<ul style="list-style-type: none"> • Internação de usuários com SRAG de casos suspeitos ou confirmados de covid-19, de acordo com as diretrizes clínicas disponibilizadas; • Internação de usuários com agudização de doenças crônicas • Disponibilidade de leitos para essa finalidade • Informação ao MS sobre a ocupação de leitos no censo hospitalar conforme normativas vigentes • Transição do cuidado para Hospitais com leitos de UTI quando houver necessidade • Elaboração do Plano de Alta e transição do cuidado pós alta para acompanhamento pela equipe da APS até o restabelecimento completo do usuário e continuidade do plano de cuidados para as condições crônicas

Ponto de atenção	Competências durante a pandemia do Covid-19
Hospital com leitos de UTI	<ul style="list-style-type: none"> • Internação de usuários com SRAG e insuficiência respiratória de casos suspeitos ou confirmados de covid -19, de acordo com as diretrizes clínicas disponibilizadas • Internação de usuários com agudização grave de doenças crônicas • Disponibilidade de leitos de acordo com as estimativas epidemiológicas e acompanhamento das internações realizadas • Informação ao MS sobre a ocupação de leitos no censo hospitalar conforme normativas vigentes • Elaboração do Plano de Alta e transição do cuidado pós alta para acompanhamento pela equipe da APS até o restabelecimento completo do usuário e continuidade do plano de cuidados para as condições crônicas.

4. MATRIZES ESPECÍFICAS DOS DIVERSOS PONTOS DE ATENÇÃO NA RAS

4.1 Atenção Primária À Saúde

Atendimento da Atenção Primária à Saúde na RAS durante a pandemia do covid-19

- a) Objetivo: Disponibilizar instrumentos, orientações, manejo e controle das condições de saúde de cada Rede de Atenção à Saúde observando a coordenação do cuidado pela APS exigência do trabalho sistêmico, organizado e uniforme durante a fase epidêmica da COVID19.
- b) Resultado esperado: Equipe da APS (Atenção Primária à Saúde) alinhada em relação as ações referentes a prevenção e atenção às pessoas durante a epidemia – covid-19 e aos portadores das condições crônicas.

Ações e atividades da coordenação da Atenção Primária à Saúde

- Ofertar a continuidade do atendimento em todos os itens da carteira de serviços, para garantir a atenção à demanda de casos suspeitos e confirmados da covid-19 e a continuidade do acompanhamento da população, principalmente para as condições crônicas.
- Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adstrita ao longo do tempo no que se refere ao enfrentamento da Síndrome Coronavírus, conforme Protocolo de Manejo Clínico do Novo Coronavírus (covid-19) na Atenção Primária à Saúde, acessível no site da UNASUS – <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/37>
- Ampliar o horário de atendimento das Unidades de Atenção Primária à Saúde por meio do Programa Saúde na Hora, (Portaria GM/MS, 397 de 16/03/2020), para situações de Síndrome Gripal (SG) e da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG); pelo novo Coronavírus;

- Garantir espaços institucionalizados para Educação Permanente em Saúde no cotidiano das equipes, por meio de reuniões, fóruns, videoconferência, contato telefônico ou WhatsApp ou outras estratégias identificadas pelo município, observando as medidas protetivas.
- Contribuir, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, elaboração e implementação de Protocolos e Diretrizes clínicas para garantir a integralidade do cuidado da SRAG pelo novo Coronavírus;
- Participar da elaboração e atualização do Plano de Contingência do município;
- Elaborar e manter disponíveis as normas e rotinas dos procedimentos adotados na prestação de serviços de atenção à saúde de usuários suspeitos de infecção pelo novo Coronavírus na APS;
- Instituir o Fast-Track (Fluxo Rápido) como primeiro passo da cascata de atendimento na Atenção Primária, conforme Protocolo de Manejo Clínico do Novo Coronavírus (covid-19) na APS ACESSÍVEL EM: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/37>
- Estabelecer manejo terapêutico e monitoramento de casos leves;
- Seguir critérios para prescrição de Oseltamivir, para os casos sem confirmação de covid-19, obedecendo os critérios estabelecidos para grupos prioritários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020);
- Definir em cada UBS o fluxo e local mais apropriado para os atendimentos de SG e SRAG; e os demais atendimentos da unidade (fluxo em Y)
- Disponibilizar Equipamento de Proteção Individual (EPI), máscara cirúrgica, para suspeito de SRAG, em isolamento domiciliar e cuidador, tendo em vista a disponibilidade na APS;
- Manter local apropriado nas UBSs para os equipamentos, materiais, medicamentos e insumos necessários para os atendimentos dos casos suspeitos;
- Estabelecer fluxograma de estabilização e encaminhamento à Rede de Urgência e Emergência (RUE), utilizando o Plano de Cuidado Integrado da APS (ANEXO XIII);
- Estabelecer fluxograma de acompanhamento e monitoramento domiciliar dos casos leves em isolamento domiciliar;
- Estabelecer Recomendações e Manejo em Grupos Especiais (crianças, gestantes e puérperas, idosos e de pessoas com outras condições crônicas);
- Estabelecer medidas administrativas como capacitação dos profissionais de saúde e garantia de suprimentos de EPI aos usuários, cuidadores e profissionais de saúde envolvidos no atendimento;

- Orientar as equipes para o uso racional dos insumos diagnósticos e EPI, tendo em vista que toda a Rede de Atenção está sob pressão pelas demandas oriundas do enfrentamento do novo coronavírus;
- Garantir o atendimento dos usuários com condições crônicas por meio de teleatendimento ou atendimento presencial quando necessário e possível;
- Garantir o atendimento dos usuários com outras condições agudas (dengue, zika, chikungunya, febre amarela, e sarampo) e as agudizações das condições crônicas, estabelecendo os fluxos da RAS para esses agravos;
- Garantir a manutenção das atividades preventivas e curativas essenciais (imunização, curativos, teste do pezinho etc.)
- Implantar mecanismos de teleatendimento, quando possível, utilizando as plataformas do Ministério da Saúde, do Conselho Federal de Medicina ou outros e seguindo as normativas instituídas no momento (MS, CFM) capacitando as equipes para manejo dessa tecnologia;
- Realizar e garantir a intersetorialidade com a Secretaria Municipal de Assistência Social, no que se refere às ações conjuntas nas ILPIs.
- Realizar e garantir a intersetorialidade com outras secretarias e órgãos existentes no território.

Ações e atividades na Unidade de Atenção Primária à Saúde para casos suspeitos de SG e SRAG

- Garantir anualmente a cobertura vacinal do H1N1 e realizar a busca ativa dos faltosos, de acordo com os grupos prioritários e calendário definido pelo MS.
- Organizar o processo de trabalho das equipes para garantir que os casos da SG e SRAG pelo novo Coronavírus tenham prioridade no atendimento;
- Avaliar os casos suspeitos e confirmados para covid-19 que não necessitam de hospitalização, levando-se em consideração se o ambiente residencial é adequado e se o usuário é capaz de seguir as medidas protetivas recomendadas pela Equipe de Saúde;
- Organizar o fluxo de atendimento aos usuários suspeitos de SG ou SRAG, tomando como referência o Protocolo de Manejo do Coronavírus na APS, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020), da seguinte forma:
 - » Sinalizar a entrada da unidade, apontando para o fluxo de atendimento destes usuários, com marcador no piso (faixa) para manter distância mínima de 1,5 metro de outros usuários e dos profissionais;
 - » Realizar escuta inicial dos usuários e aqueles com sintomas compatíveis com SG ou SRAG na recepção, disponibilizar e orientar uso adequado de máscara

- cirúrgica, (trocando a máscara em uso pela cirúrgica), orientar higienização das mãos com água e sabão ou álcool gel, evitar contato com outras pessoas (toque de mãos, beijos e abraços), evitar tocar no rosto, manter uma distância de 1,5 metro das pessoas, não tocar em estrutura física (paredes) e mobiliários (mesas), etc;
- » Aplicar o Fast Track (fluxo rápido) de recepção, conforme Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus na APS – <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/37>
 - » Encaminhar para sala definida aos atendimentos dos casos suspeitos. A sala deve ser mantida com porta fechada, janelas abertas e não utilização de ar-condicionado;
 - » Realizar atendimento dos casos suspeitos em sala específica pelo Auxiliar ou Técnico de Enfermagem (usar EPI) e aplicar Fast Track (fluxo rápido). Na presença de sinais de gravidade, comunicar imediatamente ao enfermeiro e/ou médico;
 - » Verificar, pelo enfermeiro, sinais e sintomas de SG ou SRAG, existência de comorbidades, medicamentos em uso, alergia a medicamentos e realizar notificação compulsória, conforme Fast Track do Protocolo MS – <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/37>
- Classificar a Gravidade da Síndrome Gripal, pelo médico, após triagem inicial do usuário na APS, conforme Fast Track do Protocolo MS (consulte POP- como realizar a monitorização não invasiva com o uso do oxímetro-ANEXO XIV);
 - Prescrever, nos casos leves, medicação necessária (antitérmico, analgésico) quando consideradas com condições de risco e liberar para isolamento domiciliar reforçando as medidas protetivas, principalmente, uso da máscara, higienização das mãos, etiqueta respiratória e atentar para sinais de gravidade;
 - Disponibilizar telefone da UBS e realizar monitoramento de 24/24hs para os grupos de risco e de 48/48h nos casos leves, utilizando o Formulário de Teleatendimento do MS para casos de SG;
 - Orientar os usuários/familiares para contatar a UBS, caso apresente sinais de gravidade, conforme orientações da equipe de saúde;
 - Prestar os primeiros atendimentos dos casos atendidos na UBS com sinais de gravidade, acionar o transporte sanitário e realizar a transferência ao serviço de referência pactuado na RAS.
 - Realizar a transição do cuidado por meio do Plano de Cuidado Integrado da APS, informando sinais e sintomas, medicamentos administrados, medicações de uso contínuo e alergias pré-existentes (ANEXO XIII)

- Garantir ventilação e realizar higienização ambiental adequada (superfícies e equipamentos) após cada atendimento e realizar higienização ambiental adequada (superfícies e equipamentos);
- Instituir e orientar a comunidade a respeito das principais medidas protetivas;
- Realizar as reuniões de equipes em local aberto e ventilado, obedecendo a distância mínima de 1,5 metro entre os participantes;
- Manter a etiqueta social, não realizar cumprimentos com contatos físicos e utilizar EPIs de acordo com suas atividades;
- Elaborar e manter atualizado o Painel Informativo da Situação Epidemiológica da covid-19, no território da UBS;

Observação: Maiores informações sobre a atuação dos ACS e ACE durante a Pandemia da covid-19 podem ser encontradas nos ANEXOS XV.

Ações e atividades na Unidade de Atenção Primária à Saúde após a alta hospitalar de pessoas usuárias com SRAG

- Tomar conhecimento dos usuários internados, por meio do familiar/cuidador, visita do ACS, mantendo contato durante toda a internação, no sentido de acompanhar o desenvolvimento da situação clínica, pactuando a modalidade de comunicação entre a unidade hospitalar e a APS;
- Realizar o acompanhamento dos contatos, fazer testagem, se possível, e em caso de positividade, indicar o isolamento domiciliar e monitorar a cada 24h para os grupos de risco e os demais a cada 48h, observando os dias do isolamento conforme o quadro contido no item 2.7.4;
- Apoiar a família, durante o período de internação com o monitoramento de outros casos suspeitos, realização de avaliação clínica ou laboratorial, se necessário, apoio psicológico e acesso à informação do usuário internado;
- Realizar a transição do cuidado por ocasião da alta hospitalar, verificando Plano de Cuidado Integrado AH para APS (ANEXO XVI), observando modificação da prescrição e orientação para a equipe multidisciplinar da APS, caso a pessoa tenha alguma comorbidade. Se possível compartilhar o Plano de Cuidados por meio de videoconferência entre a equipe do hospital e equipe da APS; retirar esse parágrafo e colocar na AH;
- Solicitar a família o Plano de Cuidado Integrado, no caso das equipes da APS sem acesso ao prontuário eletrônico interligado. Oferecer suporte até o restabelecimento completo do usuário e estabilização clínica metabólica, funcional, com relação às condições crônicas que ele possui;

- Realizar visita domiciliar em até 48h, com a participação da equipe multidisciplinar, verificando o Plano de Cuidado Integrado;
- Atentar para a necessidade de recuperação respiratória, por meio de exercícios, mudança de decúbito e quanto ao retorno de sinais de gravidade;
- Realizar estratégias de intervenção pós internação pela COVID- 19 para o Idoso:
 - » Todos os idosos internados pela covid-19 devem ter o Plano de Cuidado Integrado compartilhado com a APS, garantindo-se a continuidade do cuidado e as estratégias de conciliação terapêutica;
 - » Verificar a perda da massa/função muscular (sarcopenia), após internação, para dar a continuidade do cuidado, com suporte dos profissionais fisioterapeutas e/ou educado físico;
 - » Garantir o acompanhamento, pelos programas de atenção domiciliar presentes no município, para idosos com alto grau de dependência funcional ou necessidade de continuidade de medida invasiva, como (traqueostomia, gastrostomia, uso de SNE/SNG (sonda nasoenteral/nasogástrica), sonda vesical de demora e de cateteres em geral);
 - » Orientar os familiares, em relação aos cuidados, no acompanhamento das necessidades nutricionais e na reabilitação dos idosos frágeis, com apoio da equipe multidisciplinar.

Os serviços de saúde realizados pelas equipes da APS devem ser continuados, de acordo com as recomendações específicas, abaixo apresentadas.

4.1.1 Ações e Atividades da APS na Saúde da Criança

- Manter as consultas em puericultura na APS para crianças de Alto Risco e para crianças de Médio Risco com fragilidade do cuidado familiar;
- Monitorar o Plano de Cuidados das Crianças de Alto Risco em acompanhamento compartilhado com AAE;
- Realizar a coleta da Triagem Biológica Neonatal (Teste do Pezinho) permanece entre o 3º e 5º dia de vida do recém-nascido.
- As “Ações do 5º Dia” devem ser agendadas na UBS com hora marcada. A consulta do enfermeiro deve ter foco na amamentação, desenvolvimento e acompanhamento nutricional;
- Importante avaliar condições de risco do plano de cuidados da alta hospitalar, principalmente dos RN pré-termos tardios, acompanhados na APS, com IG entre 35 e 36s, recém-nascidos com sinais de desnutrição intrauterina, filhos de mães com diabetes gestacional assistidos em AC, recém-nascidos filhos de mães com

corioamnionite, febre durante o processo do parto, bolsa rota acima de 18 horas e que não foram submetidos à avaliação clínica por 48 horas antes da alta (alta precoce) ou laboratorialmente, quando indicado.

- Atentar para a presença de icterícia neonatal, o que vai definir a necessidade de acompanhamento clínico e ou dosagem laboratorial de bilirrubinas séricas, total e direta, quadro que com a alta precoce e fatores de risco pode levar ao quadro grave de encefalopatia hiperbilirrubinêmica, com sequelas permanentes ou evolução para morte;
- O RN com icterícia precisa ser clinicamente monitorado para abordagem terapêutica na maternidade quando indicado, na presença de hiperbilirrubinemia indireta. Na presença de colestase, com hiperbilirrubinemia direta, fezes claras e urina escura (conforme figura na caderneta da criança), referenciar imediatamente à AAE e serviço de cirurgia pediátrica;
- Verificar a amamentação, que quando não estabelecida, pode levar à perda aguda de peso e desidratação e intensificar a icterícia com risco grave para a criança;
- Verificar se o RN é prematuro e intensificar medidas de cuidado com apoio da AAE;
- O profissional de saúde deve monitorar o Planos de Cuidados das crianças selecionadas para a Gestão de Caso (via prontuário; via telefone e discutir com equipe) e avaliar necessidade do atendimento domiciliar;
- Higienizar todo o material utilizado a cada atendimento (ex: higienizar com álcool 70%: fita métrica, termômetros, balança, dentre outros);
- Reforçar as medidas de prevenção da covid-19 e estimular o isolamento domiciliar;
- As crianças de alto risco devem ser acompanhadas na APS e compartilhadas com AAE, preferencialmente, de forma presencial ou por teleconsulta através de telefone ou WhatsApp. Onde não houver o AAE no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) para criança de alto risco, encaminhar para a referência do município;
- Acompanhamento: As crianças em puericultura de médio e baixo risco deverão ser monitoradas por meio de telefone e/ou WhatsApp com agendamento de consulta presencial quando necessário.
- Máscaras e/ou outros dispositivos como face Shields, viseiras, ou análogos que cubram a face do recém-nascido e ou do lactente de forma parcial ou total, não são recomendados para crianças menores de 2 anos de idade, recém-nascidos e lactentes (NOTA TÉCNICA Nº 20/2020-COCAM/ CGCIVI/DAPES/SAPS/MS).

4.1.2 Ações e Atividades da APS na Saúde da Gestante e Puérpera

- Manter as consultas de pré-natal, exames laboratoriais e ultrassom obstétrico;
- Agendar as consultas com hora marcada e com intervalos maiores entre os atendimentos, reduzindo o máximo o tempo de espera;
- Reforçar as medidas de prevenção do covid-19 e estimular o distanciamento social.
- Gestante “caso suspeito” ao Covid-19 deverá utilizar máscara cirúrgica, e o profissional (EPI) que inclui máscara cirúrgica, luvas, óculos e avental;
- Gestante com suspeita de infecção ou diagnosticada e já em acompanhamento da infecção viral, a consulta de pré-natal deverá ser reagendada para quando finalizar o período de isolamento e deverá ser mantido no nível assistencial em que a gestante já estava sendo atendida anteriormente;
- Orientar gestante e familiares para reconhecer precocemente sinais e sintomas do novo Coronavírus, assim como sinais de gravidade;
- Em relação ao risco de teratogênese, pouco ou nada se sabe sobre a Covid-19, especialmente porque os casos relatados até o momento são de mulheres infectadas na segunda metade da gestação. Nenhuma dessas crianças apresentou dismorfologias. Além disso, analisando casos de infecção por SARS e MERS, não houve relatos de malformados.
- Contudo, quando disponível, é prudente a realização de ultrassonografia morfológica no segundo trimestre em mães com infecção por SARS-CoV-2, visto que não dispomos de dados suficientes para afastar esse risco (NOTA TÉCNICA Nº 7/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS).

Manejo obstétrico de gestantes com caso Covid-19 suspeito ou confirmado

	IDADE GESTACIONAL		
	<24 SEMANAS	24-34 SEMANAS	> 34 SEMANAS
Casos leves SG	<ul style="list-style-type: none"> – Cuidados clínicos maternos – Suporte à gestação – Não necessita fazer cardiocotografia 	<ul style="list-style-type: none"> – Cuidados clínicos maternos – Suporte à gestação se estabilidade clínica – Cardiotocografia (≥ 28 semanas) e US 	
SRAG	<ul style="list-style-type: none"> – Cuidados clínicos maternos – Não necessita fazer cardiocotografia – Priorizar bem-estar materno 	<ul style="list-style-type: none"> – Cuidados clínicos maternos – Cardiotocografia ($\geq 28c$) e US – Considerar corticoide (maturação pulmonar fetal)* Indicar parto se: <ul style="list-style-type: none"> – Alteração de vitalidade fetal – Houver benefício para a ventilação materna, discutido com a equipe de cuidados intensivos 	<ul style="list-style-type: none"> – Cuidados clínicos maternos – Cardiotocografia e US Indicar parto se: <ul style="list-style-type: none"> – Alteração de vitalidade fetal – Houver benefício para a ventilação materna, discutido com a equipe de cuidados intensivos

*Corticoterapia para maturação pulmonar: Betametasona 12 mg intramuscular a cada 24 hs (2 doses), ou Dexametasona 6 mg intramuscular de 12 em 12 hs (4 doses). Considerar o uso da dexametasona, uma vez que pode haver benefício para o tratamento da inflamação intersticial pulmonar materna.

Fonte: Adaptado, Fiocruz (2020). Manual Recomendações às Gestantes -MS

- Sobre o atendimento pré-natal de gestantes que apresentaram sintomatologia compatível com síndrome gripal, manter vigilância para o desenvolvimento de insuficiência placentária com quadro de restrição de crescimento intrauterino. Uma gestante com história de Covid-19 é uma gestante de risco inclusive para parto prematuro. Ainda que não existam dados atuais sobre a evolução dessas gestações, sabe-se por outros casos de infecção por Coronavírus (SARS e MERS) que podem existir alterações placentárias e maior taxa de RCF nesses fetos (NOTA TÉCNICA Nº 7/2020-COSMU/ CGCIVI/DAPES/SAPS/MS);
- Suspender temporariamente os grupos operativos de gestantes. Recomenda-se a adoção de outras estratégias educativas à distância, como: via grupos de WhatsApp, vídeos curtos, tele chamadas e videochamadas;
- O período puerperal merece atenção das equipes, tendo em vista as complicações que as mulheres podem apresentar como quadros de infecção, hemorragias, depressão pós-parto e sobre os sinais e sintomas que esta poderá apresentar com o agravamento da covid-19;
- Sob hipótese alguma, a mulher e o RN devem ser abandonados pelas equipes após a alta hospitalar.

- Puérperas classificadas como casos suspeitos, mesmo que assintomáticas, devem-se manter em isolamento domiciliar, preferencialmente, com o binômio em quarto privativo, distanciamento mínimo entre o berço do RN e a mãe de 1,5 -2 metros;
 - É importante orientar quando as medidas de higiene das mãos o uso de máscara durante os cuidados e a amamentação do RN e caso a puérpera precise circular em áreas comuns da casa;
 - Recomendar a amamentação para puérperas infectadas pelo coronavírus, de acordo com o Protocolo da COVID- 19 do (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020) recomendações da OMS, Sociedade Brasileira de Pediatria e outras sociedades científicas mundiais. A lactante que estiver na fase aguda da doença e a equipe sentir-se insegura de liberar o contato direto, o leite pode ser ordenhado e oferecido ao neonato. A mãe precisa ser informada dos riscos de transmissão do vírus à criança durante a amamentação e no contato próximo com a mãe e com pessoas infectadas no convívio social e, portanto, deve ser orientada para procedimentos de proteção da criança ao contato com o vírus.
 - Suspender temporariamente os grupos operativos de gestantes;
 - A amamentação pode ser mantida para puérperas infectadas por este vírus, de acordo com o Protocolo do covid-19 do (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Se a lactante estiver na fase aguda da doença e a equipe sentir-se insegura de liberar o contato direto, o leite pode ser ordenhado e ofertado ao neonato;
 - Higienizar todo o material utilizado a cada atendimento (ex: higienizar com álcool 70% o sonar, fita métrica, termômetros dentre outros);
 - Promover a educação de pacientes e familiares para reconhecer precocemente sinais e sintomas do novo Coronavírus, assim como sinais de gravidade.
 - Realizar a Classificação clínica da gestante e puérperas conforme orientações do Manual de Recomendações para a Assistência À Gestante e Puérpera frente à Pandemia de covid-19 (disponível na próxima página);
- Através da PORTARIA Nº 2.222/GM/MS, DE 25 DE AGOSTO DE 2020 o Ministério da Saúde institui, em caráter excepcional e temporário, Ações Estratégicas de Apoio à Gestação, Pré-Natal e Puerpério e o correspondente incentivo financeiro federal de custeio para o enfretamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do coronavírus.
- Constituem Ações Estratégicas de Apoio à Gestação, Pré-Natal e Puerpério:
- I a identificação precoce, o acompanhamento e o monitoramento de gestantes e puérperas com síndrome gripal, síndrome respiratória aguda grave ou com suspeita ou confirmação de covid-19;

- II a qualificação das ações de atenção ao pré-natal, parto e puerpério em todos os pontos da rede de atenção à saúde, no contexto da pandemia de coronavírus; e
- III o suporte ao distanciamento social para gestantes e puérperas que não possuam condições para realização de isolamento domiciliar. Acesse a portaria na íntegra – <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.222/gm/ms-de-25-de-agosto-de-2020-274149904>

Classificação clínica da Covid-19 segundo a gravidade

	Leve	Moderado	Grave
Classificação dos sinais e sintomas por grupo - gestante e puérperas	Síndrome Gripal (SG): – tosse; – dor de garganta ou coriza seguida ou não de ● perda de olfato (anosmia) ● perda do paladar (ageusia) – 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 (falta de força física), prostração, hipotermia (baixa temperatura do corpo), diarreia OU – pelo menos um dos sintomas acima + presença de fator de risco	Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) – Síndrome gripal que apresente dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O ₂ menor que 95% do ar ambiente OU coloração azulada de lábios ou rosto *Importante: em gestantes, observar hipotensão e oligúria

Fonte: Ministério da Saúde, 2020.

Escore de Alerta Obstétrico Modificado (MEOWS)

Parâmetro	Normal	Alerta Amarelo	Alerta Vermelho
Freq. Resp. (rpm)	11-19	20-24	<10 ou ≥25
Sat. O ₂ (%)*	96-100		≤95
Temp. (°C)	36-37,4	35,1-35,9 37,5-37,9	<35 ou ≥38
Freq. Card. (bpm)	60-99	50-59 100-119	≤49 ou ≥120
PA Sist. (mmHg)	100-139	90-99 140-159	≤89 ou ≥160
PA Diast. (mmHg)	50-89	40-49 90-99	≤39 ou ≥100
Sensório	Alerta		Qualquer alteração do nível de consciência

* Apenas para gestantes com frequência respiratória anormal ou dispneia

Fonte: Adaptado de Poon, Yang et tal, 2020

Para saber mais acesse:

Nota Informativa nº 13/2020SE/GAB/SE/MS

Manual de Recomendações para a Assistência À Gestante e Puérpera frente à Pandemia de covid-19 – http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/corona/manual_recomendacoes_gestantes_covid19.pdf

4.1.3 Ações e Atividades da APS na Saúde Sexual e Reprodutiva

- As ações de planejamento reprodutivo devem ser mantidas para homens e mulheres, com foco na gravidez não planejada e na prevenção combinada das ISTs/ HIV/ Aids e hepatites virais B e C;
- Os LARC (métodos contraceptivos reversíveis de longa duração) são especialmente indicados neste momento de pandemia pelo SARS-CoV-2, por não necessitarem de intervenção diária da mulher, possuírem alta eficácia e uso por longo tempo. Dentre os LARC, o SUS oferece o DIU de cobre, cuja inserção pode ser realizada no pós-parto e pós abortamento imediato e deve ser oferecido às mulheres;
- Usuárias em uso de anticoncepcional confirmadas com covid-19, realizar reavaliação clínica e atentar para sinais de trombose venosa profunda;
- Suspender as atividades educativas em grupos presenciais, podendo ser substituídas por estratégias a distância.

4.1.4 Ações e Atividades da APS no Controle do Câncer de Colo Uterino e Mama

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) recomenda que:

- Para câncer do colo do útero, a recomendação é um exame citopatológico a cada três anos, em mulheres entre 25 e 64 anos, com história prévia de dois exames iniciais anuais negativos. O reinício do rastreamento de câncer demanda uma análise criteriosa dos riscos e benefícios envolvidos, considerando o cenário epidemiológico no contexto local, a capacidade de resposta da rede de atenção à saúde e o histórico pessoal dos usuários. É aconselhável contrabalançar individualmente o risco de adiamento do rastreamento de câncer e o risco de contágio com o novo coronavírus, desenvolvimento da covid-19 e fatores prognósticos associados a piores desfechos (INCA, 2020);
- Para o câncer de mama, não é recomendado a realização de rastreamento em intervalos menores do que dois anos em mulheres fora da faixa etária de 50 a 69 anos, com exceção das mulheres com história familiar e a partir dos 40 anos.

- Nas situações em que as mulheres apresentem queixas ginecológicas e ou mamária, recomenda-se a realização da consulta, exame físico e se necessário a coleta da citopatologia e ou solicitação da mamografia.
- As equipes devem monitorar e realizar busca ativa das mulheres que tiveram o seu cuidado previamente compartilhado com AAE, ou Unacon e ou Cacon, a fim de, acompanhar a manutenção do seguimento da propedêutica, tratamento e reabilitação e garantir a continuidade do cuidado na APS.

A Portaria MS/3712/2020, instituiu em caráter excepcional em decorrência da pandemia da covid-19, incentivo financeiro para continuidade e o fortalecimento do acesso às ações integradas para rastreamento, detecção precoce de controles do câncer de mama e colo uterino de acordo com as recomendações do MS. Acesse: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.712-de-22-de-dezembro-de-2020-295788198> (Acesso: fev.2021)

4.1.5 Ações e Atividades da APS na Atenção à Saúde Bucal

- A programação das ações de saúde bucal deverá considerar o cenário epidemiológico da covid-19 no município e região de saúde bem como a capacidade de resposta da rede de atenção (por exemplo: capacitação dos profissionais da equipe, disponibilidade de EPI e estrutura dos consultórios odontológicos).
- Em qualquer cenário o atendimento às urgências e emergências odontológicas deverá ser mantido. Caso a retomada dos atendimentos odontológicos eletivos seja possível recomenda-se que seja feita de forma segura e gradativa.
- Recomenda-se que a retomada da agenda seja feita a partir dos grupos prioritários para a saúde bucal e dos usuários de maior risco, segundo as diretrizes clínicas locais.
- A estruturação da agenda de atendimentos deve buscar a segurança de usuários e profissionais, evitando um volume de agendamentos que gere aglomerações e garantindo o tempo necessário para limpeza e desinfecção do consultório odontológico entre os atendimentos.
- 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.

- Os profissionais devem se paramentar adequadamente em todos os atendimentos odontológicos, visando a efetiva proteção individual: luvas, gorro descartável, óculos de proteção com protetores laterais sólidos, protetor facial (*faceshield*), capote ou avental de mangas longas e impermeável e Máscara N95 / PFF2 ou equivalente.
- O atendimento odontológico deve ocorrer em ambiente individualizado, evitando o atendimento simultâneo em ambientes compartilhados, com mais de uma cadeira odontológica.
- No caso de consultório com mais de um gabinete odontológico, recomenda-se rodizar as cadeiras odontológicas para que possa ser realizada completa desinfecção a cada atendimento.
- No caso de ser necessário atendimento simultâneo em consultório compartilhado, recomenda-se que sejam inseridas entre os equipos, divisórias até a altura do teto, feitas de material liso, impermeável e de fácil limpeza e desinfecção. As divisórias devem ser submetidas a processos de limpeza e desinfecção diários.
- Sempre que possível, evitar o uso de equipamentos que gerem aerossóis como alta rotação, ultrassom e jato de bicarbonato tendo em vista a propagação aérea do vírus. Quando possível, orienta-se a aplicação de técnicas manuais como remoção de tecido cariado por colheres de dentina e raspagem com curetas periodontais.
- Utilizar, quando possível, de técnicas como Tratamento Restaurador Atraumático (ART/TRA) que visa a remoção do tecido cariado com instrumentos manuais e uso de ionômero de vidro de alta viscosidade, apresentando uma boa opção para os tratamentos, sendo o juízo clínico soberano para a definição da técnica terapêutica a ser adotada cada caso.
- Manter distanciamento mínimo de um metro da cadeira odontológica, dos CD, TSB e ASB, no momento que não estiverem prestando atendimento direto ao usuário, ou orientar os profissionais a permanecerem fora da sala de atendimento, caso não estejam desempenhando atividades dentro do consultório;
- Solicitar que os profissionais que não estiverem em atendimento ao usuário, fiquem disponíveis para prestar apoio em outras atividades na Unidade de Saúde, a exemplo do monitoramento dos casos positivos para a covid-19, em isolamento domiciliar e/ou usuários com condições crônicas, por meio do teleatendimento, definidos pela coordenação local;
- Aos usuários que apresentam quadros caracterizados como urgências odontológicas, mas com sinais e sintomas respiratórios, confirmação da covid-19 ou contato, deve ser ofertado manejo medicamentoso da condição odontológica, e manutenção

do isolamento domiciliar. Nos casos em que não ocorra a remissão do quadro odontológico, deve-se proceder ao atendimento com a paramentação adequada.

- Os atendimentos nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) possuem caráter prioritariamente eletivo, devendo ser organizados, da mesma forma que para a APS, levando-se em consideração a situação epidemiológica do município ou região de saúde.
- Recomenda-se a leitura do “Guia de Orientações para Atenção Odontológica no contexto da covid-19”, elaborado pelo Ministério da Saúde e disponível em:

Para saber mais: https://www.gov.br/saude/ptbr/media/pdf/2020/novembro/17/guia-de-orientacoes-do-atendimento-odontologico-no-contexto-da-pandemia_final.pdf

4.1.6 A APS e a Saúde Mental na Pandemia covid-19 – A Quarta Onda

O CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL NA PANDEMIA

A pandemia de covid-19, causada pelo vírus SARS-COV2, é um fenômeno mundial de características ímpares, esse novo contexto indica preocupação com o impacto na saúde mental das pessoas e as demandas nos serviços de saúde. Diagnosticar precocemente os sinais e sintomas na população e trabalhadores e planejar ações de cuidado à saúde mental, é fundamental nesse momento. Utilizar toda a rede de saúde, equipe multidisciplinar, rede de assistência social, instituições de ensino, organizações não governamentais, que possam em parceria, traçar estratégias nesse cuidado.

Pesquisa da Associação Brasileira de Psiquiatria realizada com os associados em 2020, indica que 47,9% dos entrevistados perceberam aumento de até 25% nos seus atendimentos após o início da Pandemia; 67,8% receberam pacientes novos que nunca haviam apresentado sintomas psíquicos antes; 69,3% receberam pacientes que haviam recebido alta e tiveram recaídas; relatam aumento da sintomatologia ansiosa, de quadros depressivos, transtornos de pânico, alterações no sono. Os 44,6% que não perceberam aumento no atendimento, em movimento contrário, relatam ausências justificadas pelo medo de contaminação, diminuição da procura por pessoas do grupo de risco e restrições impostas em algumas localidades.

Corroborando com esses resultados, um estudo chinês realizado através de formulário on-line, entrevistou 56679 pessoas. Os dados revelam que entre as pessoas contaminadas 75,4% apresentaram sintomas de depressão, 71% de ansiedade, 68% insônia e 71% estresse. Entre os profissionais da linha de frente 30,4% manifestaram sintoma depressivos, 34% ansiedade, 32,4% insônia e 27,3 % estresse. Entre os fatores

de risco observou-se que afetou mais pessoas abaixo dos 40 anos, com situação econômica mais baixa, com histórico anterior de problemas psiquiátricos, homens e pessoas solteiras. As pessoas que tiveram confirmação ou suspeita tiveram e duas vezes mais risco de apresentarem sintomas de alteração psicológica.

Estudo realizado no Brasil e Espanha no período de maio/abril por websurvey com 22.786 indivíduos mostrou que 8,3%, 11,6% e 27,4% apresentaram triagens positivas para depressão, ansiedade e ambos, respectivamente. E, entre os sintomas de ansiedade, os mais detectados foram incapacidade de relaxar, medo de que aconteça o pior e nervosismo, constatados de forma moderada em 41,7%. Além disso, 83,3% afirmaram que a qualidade geral do sono esteve prejudicada. Há relatos que 25% de profissionais da saúde afirmaram ter cogitado trocar de especialidade.

As pesquisas demonstram o caráter urgente de adoção de medidas para prevenir, amenizar e atender as pessoas que necessitem de Atenção Psicossocial, bem como alertam para a necessidade de se conhecer mecanismos para manter atitudes positivas, se cuidar, saber reconhecer sinais e sintomas comuns, e ações de atenção e cuidados, para a população e trabalhadores da linha de frente.

Numa Pandemia as reações mais frequentes incluem:

Medo de:

- Doecer e morrer;
- Perder as pessoas que amamos;
- Perder os meios de subsistência ou não poder trabalhar durante o isolamento e ser demitido;
- Ser excluído socialmente por estar associado à doença;
- Ser separado de entes queridos e de cuidadores devido ao regime de quarentena;
- Não receber um suporte financeiro;
- Transmitir o vírus a outras pessoas.

É esperado também a sensação recorrente de:

- Impotência perante os acontecimentos;
- Irritabilidade;
- Angústia;
- Tristeza.

Em caso de isolamento pode-se intensificar os sentimentos de:

- Desamparo, tédio, solidão e tristeza.

Entre as reações comportamentais mais comuns estão:

- Alterações ou distúrbios de apetite (falta de apetite ou apetite em excesso);
- Alterações ou distúrbios do sono (insônia, dificuldade para dormir ou sono em excesso, pesadelos recorrentes);
- Conflitos interpessoais (com familiares, equipes de trabalho).

RECOMENDAÇÕES GERAIS PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Como identificar sinais e sintomas de adoecimento:

As Equipes de Atenção Primária devem diagnosticar e orientar os usuários que apresentarem sinais e sintomas que necessitem de Atenção Psicossocial. Para tanto as equipes de Atenção Psicossocial e Multidisciplinares devem orientar e apoiar no reconhecimento, se uma reação psicossocial considerada esperada, está se tornando sintomática e precisará de encaminhamento especializado. Os profissionais devem estar atentos para:

- Sintomas persistentes;
- Sofrimento intenso;
- Comprometimento significativo do funcionamento social e cotidiano;
- Dificuldades profundas na vida familiar, social ou no trabalho;
- Risco de complicações, em especial o suicídio;
- Problemas coexistentes como alcoolismo ou outras dependências;
- Depressão maior, psicose e transtorno por estresse pós-traumático são quadros graves que requerem atenção especializada.

Os transtornos psíquicos imediatos mais frequentes são os episódios depressivos e as reações de estresse agudo de tipo transitório. O risco de surgimento destes transtornos aumenta de acordo com as características das perdas e outros fatores de vulnerabilidade.

Entre os efeitos tardios que podem aparecer, os mais recorrentes são:

- luto patológico;
- depressão;
- transtornos de adaptação;
- manifestações de estresse pós-traumático;
- abuso do álcool ou outras substâncias que causam dependência e transtornos psicossomáticos.

Como podemos prevenir esses sintomas:

Os pontos de atenção do sistema (UBS, CAPS, UPAS, Urgências, hospitais) são

fonte de ansiedade e estresse por serem apressados, burocráticos, não atenciosos, focados nas tecnologias e normas, entendidas como sinal de conhecimento técnico. Os fatores de isolamento/proteção aumentam esses efeitos. O que pode ajudar a minimizar a situação são sentimentos e valores mais solidários e positivos da mente humana como compaixão, altruísmo e a empatia. Compaixão pode ser entendida como uma resposta emocional ao perceber o sofrimento e envolve um desejo autêntico de ajudar. Ouvir, conectar, validar os sentimentos do outro com respeito, aceitação, calor humano e compartilhamento aberto de informação resulta em melhora das pessoas e ajuda o profissional de saúde, gestores e populações na difícil tarefa de cuidar de alguém, cuidar de si e cuidar de algo. Cuidar de si mesmo, de quem precisa do serviço e enfrentar a pandemia.

Cuidando dos outros

Orientações gerais para população (devem ser conhecidas por todas as equipes de ESF, EAB, SB, NASF, CAPS)

- Buscar fontes oficiais e seguras de informação, por exemplo: Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde, Universidades; informações falsas não contribuem para a prevenção. Reservar um ou dois momentos do dia para se informar;
- Focar em comportamentos preventivos que estão sob controle de cada um: lavar as mãos, manter distanciamento social, seguir rigorosamente as recomendações das autoridades de saúde, usar máscara;
- Manter o uso das medicações regulares, se precisar de nova receita, entrar em contato com seu serviço de saúde (ACS, ESF, UBS, CAPS);
- Evitar o uso de álcool e outras drogas;
- Cultivar os laços afetivos: aproveitar a convivência familiar. Manter contato com amigos por mensagens, ligações ou vídeos. Telefonar para alguém com quem não conversa há muito tempo;
- Evitar o exagero de buscar informações sobre o tema e tornar-se susceptível às notícias sensacionalistas (utilizar sites de verificação de notícias falsas); usar as informações principalmente para planejar ações práticas; aproveitar o tempo para aprender coisas novas ou aprofundar seus conhecimentos na sua área;
- Planejar uma rotina mesmo que fique dentro de casa: manter horários regulares para levantar e se deitar; manter os cuidados usuais e rotinas de alimentação; procurar realizar alguma atividade física (mesmo que dentro de casa);
- Se estiver em trabalho remoto, fazer pausas e se movimentar durante o período de trabalho.

- Não discriminar alguém que esteja doente. Ajudar com orientações para a prevenção de transmissão a outras pessoas é mais saudável;
- Buscar formas de ajudar a sua comunidade, incluindo familiares, vizinhos, trabalhadores. A solidariedade e a cooperação auxiliam os dois lados, e aumentam a satisfação e os vínculos sociais;
- Se estiver em sofrimento intenso, buscar ajuda profissional de psicólogos e psiquiatras: há profissionais e serviços disponíveis mesmo à distância. Disponibilizar em locais de fácil acesso os telefones e/ou links para atendimento gratuito especializado.

Orientações para gestores e trabalhadores – ações junto à comunidade:

- Disponibilizar todas as informações no site e nas redes sociais do município se possível (INSTAGRAM, FACEBOOK, etc) e boletins epidemiológicos;
- Utilizar as rádios locais para informações uteis e educativas; promovendo entrevistas com profissionais e gestores, professores de instituições de ensino do território;
- Disponibilizar um número de telefone para a população tirar dúvidas sobre sintomas e ser orientada no que fazer e que serviço procurar – Disque Corona;
- Produção de pequenos vídeos caseiros com pessoas chaves da comunidade que tenham credibilidade, para melhorar a adesão ao distanciamento social e uso de máscaras durante a Pandemia;
- Utilizar carros de som com orientações rápidas da importância do distanciamento social, evitar aglomerações, uso de máscaras;
- Esclarecimentos sobre o trabalho dos ACS, elucidando sobre o porquê da necessidade do uso de EPIs nas visitas, importância do monitoramento dos casos suspeitos e confirmados, e dos grupos de risco (pessoas idosas, com diabetes obesidade, com hipertensão, etc); e a mesma situação quanto ao ACE, precisa ir ao território realizar as ações de controle do meio ambiente (Dengue, Zoonoses) paramentados;
- Definição e divulgação clara do fluxo de encaminhamentos em situação de agravamento de casos e necessidade de transferência de usuários para serviços de maior complexidade, informando a família sobre o local, quem pode acompanhar, como se comunicar com a equipe de saúde, dando maior segurança para os familiares e acompanhantes, diminuindo o stress;
- Levantar os serviços disponíveis no próprio Estado ou Município que ofereçam atenção psicológica e junto a rede comunitária territorial de cuidado a saúde mental e promoção da saúde ou disponibilizar atendimento on-line por Profissionais Especializados em Atenção Psicossocial para os usuários que necessitem de uma

atenção individual; utilizar os recursos humanos já existentes na Rede de Saúde Mental e Equipe Multiprofissional, ou da Rede SUAS, se necessário contratar.

- Disponibilizar sites, telefones, onde as pessoas possam procurar atenção especializada.

Competências da APS frente às necessidades de Atenção Psicossocial

- Priorizar as visitas domiciliares, (usando os EPIs adequados), de acordo com a classificação de risco das famílias (por exemplo: onde houver pessoas com transtornos preexistentes, domicílios com idosos e pessoas dos grupos de risco, usuários confirmados com a covid-19);
- Realizar visita domiciliar ou manter contato telefônico nos casos identificados como suspeitos de alteração de comportamento ou humor;
- Ao acompanhar os portadores de COVID em isolamento domiciliar procurar saber sobre alterações de humor, sentimentos ruins ou qualquer alteração nas atitudes;
- Ao acompanhar os usuários dos grupos de risco identificados no território procurar saber sobre alterações de humor, sentimentos ruins ou qualquer alteração nas atitudes; cuidado especial com as puérperas, pessoas idosas, acamados, com hipertensão e/ou diabete de alto e muito alto risco, considerando também a figura do cuidador responsável;
- Estimular que façam atividades físicas no domicílio como dança, alongamento, automassagem e outros;
- Checar situação das medicações de uso contínuo dos usuários de todos os grupos de risco, considerando que a falta de medicação aumenta bastante o estresse, mas manter sob vigilância pessoas com risco ou história de tentativa de suicídio em relação a quantidade de medicações disponíveis.
- Acionar o setor de Assistência Social (SUAS) caso identifique situação social agravada pela pandemia;
- Acionar atendimento psicossocial já existentes: Rede de Atenção à Saúde Mental, ou por sites de ajuda que estão sendo disponibilizados pelas secretarias estaduais/municipais;
- Realizar teleatendimento segundo protocolo definido pelo Ministério da Saúde.

Competências da Atenção especializada no cuidado de pessoas com transtornos psicossociais: CAPS – Centros de Atenção Psicossocial:

- Os serviços devem permanecer abertos mantendo todas as medidas de distanciamento social e verificando a existência de sinais e sintomas respiratórios dos usuários que procurarem os serviços;

- Manter a distribuição de medicamentos em quantidade suficiente e segura para os usuários estáveis e monitorar os mais vulneráveis e de risco;
- Manter atualizada a lista das UBS de referência dos usuários, inclusive dos municípios da região de responsabilidade do serviço;
- Contactar a equipe de saúde da APS de referência do usuário quando ele procurar o serviço sem ter sido encaminhado, informando a ocorrência e as modificações no plano terapêutico que porventura tenham sido realizadas;
- Se possível realizar consultas no domicílio evitando o deslocamento de usuários com dificuldades de locomoção;
- Realizar consultas através dos mecanismos de tele consulta, seguindo protocolos dos conselhos específicos e do Ministério da Saúde; Observar as orientações do Conselho Federal de Psicologia através do link - “Cadastro e-Psi” (link: <https://e-psi.cfp.org.br/>), seguir orientações do Conselho Federal de Medicina para consultas médicas;
- Fortalecer vínculos visando ampliar a rede assistencial e de promoção da saúde de cunho intersetorial e territorial;
- Monitorar em conjunto com a UBS os casos mais graves e instáveis através do registro coletivo de usuários com transtornos mentais permanentes.

Recomendações aos gestores – cuidando de quem cuida:

- Manter efetiva transparência e comunicação com as equipes de saúde;
- Assegurar informações e protocolos de qualidade e fidedigna para todo o pessoal da equipe;
- Assegurar espaço para que os colegas forneçam apoio social uns aos outros (reuniões rápidas no início ou final do atendimento para trabalhar os sentimentos e analisar como podem se ajudar mutuamente), pode ajudar na diminuição do estresse e das angústias, sem obrigatoriedade na participação, com todas as regras de segurança necessárias;
- Manter reuniões frequentes e curtas com as equipes de saúde, garantindo espaço de escuta dos profissionais sobre suas dificuldades na execução do seu trabalho, de forma virtual ou presencial, mantendo todas as regras de convivência necessárias de distanciamento entre pessoas;
- Implantar uma equipe de profissionais preparados para dar atenção psicossocial aos trabalhadores, com os já existentes na Rede de Atenção Psicossocial, ou contratar se necessário, que podem identificar trabalhadores com alterações psicossociais;

- Ofertar serviço de atenção psicológica e psiquiátrica individual quando necessário, utilizando tele consultas próprias do Estado, Município ou outros:
Projeto TELEPSI - oferecido pelo MS, funciona de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, através do 0800 644 6543 (opção 4);
Programa linha de apoio do Todos pela Saúde – através do número 0800 999 8896 e e-mail fale@apoiopsico.com.br;
- Orientar quanto a atitudes errôneas de lidar com o estresse como o uso de tabaco, álcool ou outras drogas, importância de manter bons hábitos alimentares e de atividades físicas
- Se possível, alterne os trabalhadores entre atividades de alta e baixa tensão.

Cuidando de si

Cuidados com sua Saúde Mental – autocuidado:

- Reconhecer e acolher seus receios e medos, procurando pessoas de confiança para conversar;
- Retomar estratégias e ferramentas de cuidado que tenha usado em momentos de crise ou sofrimento e ações que trouxeram sensação de maior estabilidade emocional;
- Investir em exercícios e ações que auxiliem na redução do nível de estresse agudo (meditação, leitura, exercícios de respiração, entre outros mecanismos que auxiliem a situar o pensamento no momento presente, bem como estimular a retomada de experiências e habilidades usadas em tempos difíceis do passado para gerenciar emoções durante a epidemia);
- Se você estiver trabalhando durante a epidemia, fique atento a suas necessidades básicas, garanta pausas sistemáticas durante o trabalho (se possível em um local calmo e relaxante) e entre os turnos. Evite o isolamento junto a sua rede socioafetiva, mantendo contato, mesmo que virtual;
- Caso seja estigmatizado por medo de contágio, compreenda que não é pessoal, mas fruto do medo e do estresse causado pela epidemia, busque colegas de trabalho e supervisores que possam compartilhar das mesmas dificuldades, buscando soluções compartilhadas;
- Investir e estimular ações compartilhadas de cuidado, evocando a sensação de pertença social (como as ações solidárias e de cuidado familiar e comunitário)
- Reenquadrar os planos e estratégias de vida, de forma a seguir produzindo planos de forma adaptada às condições associadas a pandemia;
- Manter ativa a rede socioafetiva, estabelecendo contato, mesmo que virtual, com

familiares, amigos e colegas;

- Evitar o uso do tabaco, álcool ou outras drogas para lidar com as emoções;
- Buscar um profissional de saúde quando as estratégias utilizadas não estiverem sendo suficientes para sua estabilização emocional;
- Buscar fontes confiáveis de informação como o site da Organização Mundial da Saúde;
- Reduzir o tempo que passa assistindo ou ouvindo coberturas midiáticas;
- Compartilhar as ações e estratégias de cuidado e solidariedade, a fim de aumentar a sensação de pertença e conforto social;
- Estimular o espírito solidário e incentivar a participação da comunidade.

4.1.7 Ações e Atividades da APS na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

- Instituir medidas protetivas a covid-19 para a população idosa e ILPI.
- Realizar avaliação multidimensional do idoso com SG ou SRAG, utilizando fluxograma de Classificação Clínico Funcional dos Idosos (MORAIS et al 2020b);
- Realizar a Classificação Clínico Funcional, quando houver profissionais capacitados, com o objetivo de definir melhor, junto com a família, as estratégias de proporcionalidade terapêutica (suporte invasivo versus cuidados paliativos), na presença de critérios de gravidade da covid-19 (MORAES et al 2020b);
- Aplicar o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20), quando possível, por um profissional de saúde de forma presencial ou por via telefônica, com o objetivo de facilitar a estratificação de risco e o manejo clínico do idoso na APS. O IVCF 20 também pode ser realizado por um familiar devidamente capacitado (ANEXO XVII);
- Acompanhar os idosos com IVCF-20 \geq 15 pontos, com o objetivo de manejar adequadamente as condições crônicas de saúde reconhecidas pelo instrumento.
- Monitorar diariamente os domicílios onde existem idosos frágeis, pela equipe multidisciplinar, por telefone ou visita domiciliar do ACS;
- Disponibilizar o número do telefone da unidade de saúde, orientando o idoso, familiar e/ou cuidador, para antes de ir à unidade de saúde realizarem contato prévio com a equipe, principalmente na suspeita de síndrome gripal;
- Recomendar o uso de sintomáticos para febre e mialgia, de preferência o uso de paracetamol ou dipirona, com a devida prescrição, e ficar atento aos sinais de alerta de complicações, como confusão mental, delirium, prostração, perda do apetite e, particularmente, dispneia. Nestes casos, o usuário deve ser avaliado

pela Equipe de Saúde, que definirá o melhor tratamento. Está contraindicado o uso de Anti-inflamatório não Esteroides (AINE), de qualquer classe, pelo alto risco de complicações;

- Manter nutrientes para os idosos, evitando-se ou proibindo-se dietas restritivas, otimizando o aporte de proteínas (ovos, leite e derivados, carnes em geral), a ofertas de líquidos;
- Estimular a realização de atividade física dentro do domicílio e áreas peridomiciliares, para evitar a perda da massa muscular e outras complicações decorrentes da imobilidade;
- Prorrogar as receitas de uso contínuo, com data de validade expirada de acordo com as normativas estabelecidas pelo MS, SES ou SMS;
- Entregar os medicamentos de uso prolongado para os idosos no domicílio; quando não possível, entregar na UBS a um familiar ou cuidador;
- Realizar a vacinação H1N1 e covid-19 dos idosos, preferencialmente, no domicílio, priorizando os frágeis ou em fragilização, e aqueles idosos portadores de comorbidades;
- Realizar vacinação do H1N1 e covid-19 nas ILPI;
- Visitar as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do território, orientando sobre as medidas protetivas e monitorar diariamente de forma presencial ou via telefônica;
- Monitorar os idosos com casos leves, em isolamento domiciliar, por telefone ou visita domiciliar, durante 14 dias a partir do início dos sintomas da seguinte forma:
 - » Estratos 1 a 5 da Classificação Clínico Funcional (CCF): intervalos de 48/48h.
 - » Estratos 6 a 10 da Classificação Clínico Funcional (CCF): intervalos de 24/24h.

Observações:

1. A APS deverá ficar atenta aos sintomas atípicos da covid-19 em idosos, como declínio funcional rápido, confusão mental (delirium), astenia, perda do olfato ou paladar, vômitos e diarreia.
2. Os locais que ainda não trabalham com o IVCF 20 poderão utilizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na APS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Ações e atividades para idosos residentes e trabalhadores em ILPI

- Dar suporte as instituições de longa permanência para idosos (ILPI) e orientar medidas protetivas aos residentes, cuidadores e profissionais dessas instituições situadas no território da APS;

- Capacitar os trabalhadores das ILPI a realizar as várias medidas protetivas e de controle da covid-19 (uso de EPIs, higienização das mãos, ambientes, mercadorias e outros);
- Adotar as medidas protetivas: realizar distanciamento social de 1,5 metros; lavar as mãos frequentemente com água e sabão ou álcool em gel a 70%; evitar tocar os olhos, o nariz e a boca com as mãos não lavadas; praticar etiqueta respiratória;
- Reduzir o número de visitantes, bem como frequência e duração, com estabelecimento de cronograma evitando aglomeração; contraindicar visita de crianças e pessoas com sintomas de SG e ou SRAG;
- Restringir saída dos idosos a não ser em casos de urgência e emergência (consulta ou hospital);
- Reduzir o tempo dos residentes nas áreas comuns da instituição para evitar aglomerações; estabelecer escalas para a saída dos idosos dos quartos para as áreas comuns; se possível, servir as refeições nos quartos;
- Realizar lavagem das mãos com água e sabão sempre que usar o banheiro e antes de se alimentar. Em casos de maior dependência, o próprio cuidador deve auxiliar o idoso na higienização, sempre usando luvas e máscaras;
- Dar preferência a toalhas descartáveis em vez de tecido para secar as mãos;
- Aumentar a ingestão de líquidos, pois os idosos frequentemente esquecem de beber água;
- Manter os ambientes arejados, preferencialmente, com ventilação natural;
- Orientar quanto ao não compartilhamento de objetos de uso pessoal como: pratos, copos, talheres e inclusive máscaras utilizadas pelos residentes;
- Monitorar os idosos diariamente, ficando atento aos sinais e sintomas sugestivos de SG e SRAG, notificando a UBS de referência;
- Manter as vacinas em dia contra H1N1, pneumocócica e covid-19;
- Monitorar diariamente as ILPI, via visita do ACS, ou outro profissional da equipe multiprofissional da UBS, por meio de ligação telefônica;
- Orientar aos trabalhadores da ILPI, que é frequente no idoso frágil a presença de outros sintomas (confusão mental, piora rápida do estado geral, náuseas, vômitos e diarreia), podendo não apresentar febre;
- Monitorar os trabalhadores/cuidadores das ILPI:
 - » Verificar diariamente presença de sinais e sintomas de SG e SRAG nos trabalhadores/cuidadores e afastar de suas funções até confirmação ou não da covid-19;
 - » Usar máscara de tecido desde o domicílio até a ILPI, guardando-a em reci-

- piante adequado. Os trabalhadores que tiverem contato direto com o idoso usar máscaras cirúrgicas, observando a necessidade de troca;
- » Trocar roupas e sapatos ao chegar na ILPI, antes de iniciar as atividades. O uso de roupas e calçados deve ser exclusivo da instituição;
 - » Lavar as mãos com água e sabão ou álcool gel a 70% ao entrar na ILPI;
 - » Usar luvas e máscaras no contato com os idosos. Descartar as luvas e trocar as máscaras com frequência.
- Conduta na presença de idosos com suspeita de covid-19:
 - » Isolar rigorosamente os casos suspeitos de SG até resultado de exames, em local confortável e arejado. Quando na impossibilidade de isolamento o idoso deverá ser transferido imediatamente para local indicado pelo serviço de saúde ou contatar a família para acolher o idoso com suporte do serviço de saúde mais próximo. Esta transferência imediata deve-se ao interesse coletivo dos outros idosos residentes na ILPI, pois o risco de transmissibilidade é altíssimo, mesmo com a tentativa de isolamento realizado dentro da ILPI.
 - Rastreamento laboratorial da covid-19 nas ILPI:
 - » Verificar a possibilidade de testagem sorológica semanalmente de todos os idosos e trabalhadores/cuidadores e quando houver casos confirmados realizar o RT-PCR;
 - » Na presença de confirmação da covid-19 em um trabalhador/cuidador, está indicado o rastreamento laboratorial de todos inclusive dos idosos;
 - Adotar o uso de máscaras de tecido pelos idosos em ambiente coletivo e funcionários que não têm contato direto com eles; os demais trabalhadores devem usar máscaras cirúrgicas e quando realizar procedimento gerador de aerossol usar a máscara N95. No cuidado do idoso com SG utilizar os demais EPIs (gorro, luvas, avental e protetor facial);
 - Contraindicar o uso de máscaras pelos idosos: acamados, inconscientes ou incapazes de removê-las sem assistência, uso de cateteres, doença neuropsiquiátrica não controlada, portadores de demência, esquizofrenia ou retardo mental e doença respiratória limitante. O uso da máscara deve ser avaliado individualmente;
 - Observar potenciais problemas com o uso da máscara:
 - » Reações alérgicas locais: calor local e aumento da umidade, falsa sensação de segurança; lesão no pavilhão auditivo; auto contaminação pelo toque ou reutilização da máscara.

4.1.8 Ações e Atividades da APS na Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes

- Manter os atendimentos para a demanda dos eventos agudos passíveis de atendimento na UBS (verde e azuis) e encaminhar para a referência os casos que não forem possíveis estabilizar na APS, por meio do Plano de Cuidado Integrado da APS;
- Orientar e sensibilizar a comunidade quanto à necessidade de procurar atendimento definido pela equipe de saúde, de acordo com o estrato de risco (baixo risco, médio, alto e muito alto risco), para monitoramento e avaliação da condição crônica;
- Envolver a Equipe Multiprofissional (equipe SF, equipe de APS, equipe SB e antigo NASF) nas demandas multidimensionais dessas pessoas;
- Acompanhar e manejar precocemente os usuários de Alto e Muito Alto Risco quando da alta da Rede de Urgência e Emergência ou Rede Hospitalar;
- Entregar no domicílio as fitas de aferição de glicemia capilar e orientar para monitoramento domiciliar pelos próprios usuários, familiar ou cuidador; quando não for possível, disponibilizar na UBS a um familiar ou cuidador;
- Entregar, preferencialmente, a medicação de uso contínuo no domicílio, priorizando os usuários de muito alto e alto risco;
- Realizar acompanhamento dos casos estáveis por meio de visitas domiciliares, contato telefônico ou WhatsApp.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) elaborou multiprofissionalmente, dois e-book sobre o autocuidado e o cuidado com os pés da pessoa com diabetes em tempos de covid-19. Os materiais utilizam de linguagem acessível aos usuários, podem ser utilizados pelas equipes em ações educativas com usuários em diferentes formatos e contemplam temas como: as medidas de cuidados com os pés, alimentação saudável, prática de atividades físicas, monitoramento das taxas glicêmicas, uso da medicação, capacidade adaptativa, resolução de problemas e como reduzir riscos. Acesse: <https://www.diabetes.org.br/e-books/>

Para as unidades que já possuem consultas agendadas:

- Verificar organização da agenda semanalmente, com fluxos e horários pré-definidos;
- Identificar as pessoas usuárias de acordo com o risco clínico (muito alto, risco, alto, médio e baixo risco), considerando também a vulnerabilidade social e capacidade de autocuidado para planejar o atendimento;

- Realizar consulta para usuários com muito alto risco no domicílio, pelo médico ou enfermeiro, de acordo com as diretrizes clínicas utilizadas;
- Realizar teleconsulta para os usuários de alto risco por telefone ou WhatsApp, pelo médico ou enfermeiro, avaliando a necessidade de visita domiciliar posterior;
- Monitorar usuários de médio e baixo risco, via contato telefônico ou WhatsApp qualificado (verificando alterações da glicemia capilar e níveis pressóricos pela equipe multidisciplinar, sempre consultando a história clínica do usuário. Em caso de relato de anormalidade agendar consulta na unidade.

4.1.9 Ações e Atividades da APS para População em Situação de Rua

- Garantir acesso aos serviços de saúde, baseando-se na universalidade e equidade da assistência em saúde do SUS;
- Notificar casos suspeitos de covid-19 para a vigilância do município;
- Priorizar o uso de linguagem acessível, a fim de garantir a efetividade da educação em saúde;
- Sensibilizar os grupos e pessoas em situação de rua para o não compartilhamento de utensílios, tais como: garrafas, talheres, vasilhames, copos, entre outros; cigarros, cachimbos e outros itens relacionados ao uso de álcool e drogas e incentivar a utilização de materiais descartáveis;
- Manter nos equipamentos e locais de circulação dessas pessoas, informativos imagéticos visíveis de como proceder a higienização das mãos, os insumos necessários para tais procedimentos e manter o distanciamento social;
- Garantir espaço para isolamento, caso haja instituições de abrigo ou dormitório no território de abrangência, fazer as recomendações de prevenção para casos suspeitos de SG e SRAG, dentre elas a covid-19. É importante a articulação da SMS com a Secretaria de Assistência Social e entidades de apoio à população em situação de rua para traçar estratégias conjuntas para prevenção da covid-19 e ao mesmo tempo garantir suporte de alimentação e higiene para essa população.

4.1.10 Ações e Atividades da APS para a População 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 usuário permaneça em tratamento domiciliar:

- Caso o indígena com diagnóstico laboratorial ou clínico epidemiológico de C covid-19 esteja fora da aldeia, recomenda-se manter o tratamento nesse mesmo local 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 usuário 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 indígena sobre a importância das medidas protetivas 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 indígena para unidade de referência hospitalar.

Observação: Por meio portaria nº 2.405, de 16 de setembro de 2020, o Ministério da Saúde institui incentivo financeiro federal de custeio, em caráter excepcional e temporário, aos municípios e Distrito Federal para o fortalecimento das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde no cuidado às populações específicas, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da covid-19.

Para efeitos desta Portaria, entende-se por populações específicas:

- I População indígena não aldeada;
- II Populações dispersas;
- III Populações do campo, da floresta e das águas;
- IV População ribeirinha;
- V População assentada;
- VI População quilombola;
- VII População em situação de rua;
- VIII Povo cigano;
- IX População circense;
- X População privada de liberdade;
- XI Adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa;
- XII População residente em áreas de comunidades e favela;
- XIII Grupos populacionais que estejam em situação de vulnerabilidade socioeconômica, conforme disposto no §1º do art. 12-A do Título II da Portaria de Consolidação

GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017; e
XIV Demais povos e comunidades tradicionais.

Acesse a portaria na íntegra: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2-405-de-16-de-setembro-de-2020-277907703>

4.2 CENTROS COMUNITÁRIOS DE REFERÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19 E CENTROS DE ATENDIMENTO PARA ENFRENTAMENTO À COVID-19

Os Centros para enfrentamento a covid-19 têm como responsabilidades:

- Orientar a população sobre medidas protetivas a serem adotadas durante o isolamento social;
- Identificar casos suspeitos de COVID 19;
- Realizar atendimento presencial utilizando o Fast Track;
- Realizar classificação de risco;
- Estabilizar e encaminhar o usuário conforme protocolos e fluxos do MS, SES ou SMS;
- Articular com os demais níveis de atenção à saúde fluxos de referência e contra referência, considerando o disposto nos Planos de Contingências de cada ente federado;
- Notificar os casos de SG e SRAG conforme normativa do Ministério da Saúde;
- Realizar testagem da população de risco, considerando os públicos-alvo e respectivas indicações do MS, SES ou SMS.

4.3 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

Atendimento da AAE na rede de atenção à saúde durante pandemia - covid-19

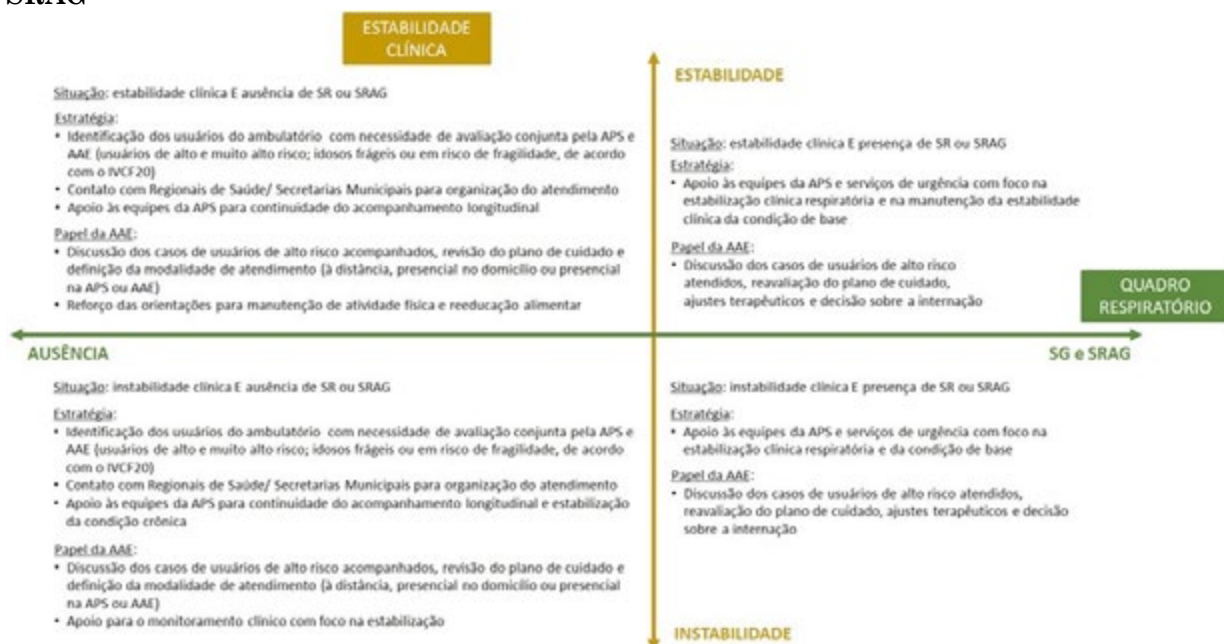
- a) **Objetivo:** Disponibilizar instrumentos, orientações, manejo e controle das condições de saúde de cada Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Ambulatorial Especializada com ações organizadas e uniformes durante a fase epidêmica do covid-19.
- b) **Resultado esperado:** Equipe da AAE alinhada em relação as ações referentes a prevenção e atenção às pessoas durante a epidemia - covid-19

Ações e atividades nos ambulatórios de atenção especializada

- Responsabilizar-se pela atenção aos usuários vinculados ao AAE de modo a manter ou estabelecer medidas para sua estabilização;

- Apoiar as equipes da APS com ações de matriciamento (segunda opinião, discussão conjunta do caso, telemedicina)
- Garantir espaços institucionalizados para Educação Permanente em Saúde no cotidiano das equipes, por meio de reuniões, fóruns, videoconferência, contato telefônico ou WhatsApp;
- Contribuir, participando da definição de fluxos assistenciais na Rede de Atenção à Saúde, elaboração e implementação de Protocolos e Diretrizes clínicas para garantir a integralidade do cuidado da SRAG pelo novo Coronavírus;
- Elaborar e manter disponíveis as normas e rotinas dos procedimentos adotados na prestação de serviços de atenção à saúde de pacientes suspeitos de infecção pelo novo Coronavírus na AAE;
- Orientar as equipes para o uso racional dos insumos diagnósticos e EPI, tendo em vista que toda a Rede de Atenção está sob pressão pelas demandas oriundas do enfrentamento do novo coronavírus.
- Apoiar as equipes da APS na orientação aos usuários para importância da manutenção de atividades físicas e processos de reeducação alimentar na estabilização das condições crônicas.
- Elaborar material educativo aos usuários para incentivar a manutenção das atividades acima como vídeo aulas com exercícios que podem ser realizados dentro dos domicílios.

Quadro resumo das intervenções da AAE para usuários estratificados como de alto e muito alto risco conforme grau de estabilidade da condição crônica e presença ou não de SG ou SRAG



- Os ambulatórios instalados dentro de ambiente hospitalar, gerenciar mecanismos de barreira que garantam que usuários ambulatoriais, tenham entradas e saídas independente, sem contato com usuário internados em leitos de observação.
- Para os atendimentos ou realização de exames, os usuários com capacidade insuficiente para o autocuidado, recomenda-se que seja acompanhado por um apoiador não pertencente ao grupo de risco.

Teleatendimento na AAE

- Mesmos os teleatendimentos devem ser compartilhados e regulados pela APS.
- Recomenda-se que à APS compartilhe o cuidado com a AAE, fornecendo informações do acompanhamento longitudinal do usuário e o ambulatório elabore plano de cuidado compartilhando as informações do atendimento realizado, solicitação de exames, prescrições terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, orientações, metas clínicas e se haverá necessidade de atendimentos subsequentes informando a data.
- Recomenda-se que os primeiros atendimentos ocorram presencialmente podendo ser realizada de forma compartilhada com a equipe de APS do usuário, garantindo a realização do exame físico, realização de testes ou exames complementares, como por exemplo, glicemia capilar, ECG etc. As consultas ambulatoriais subsequentes podem ocorrer teleatendimento. Obrigatoriamente devem ocorrer via sincronia de áudio e vídeo, que garantam o sigilo médico do atendimento e o registro adequado em prontuário

Triagem de sintomáticos de SG e SRAG no AAE no atendimento presencial

- Realizar triagem de casos de Síndrome Gripal e SRAG na porta de entrada do AAE para todos os usuários que acessam o ambulatório;
- Disponibilizar Equipamento de Proteção Individual (EPI), máscara cirúrgica para suspeito de SRAG e cuidador;
- Definir o local mais apropriado para os atendimentos de SG e SRAG;
- Realizar a abordagem global do idoso com SG ou SRAG, utilizando fluxograma de Classificação Clínico Funcional dos Idosos (IVCF20) (MORAES, E. N.; MORAES, F.L; BICALHO, 2020)
- Instituir o Fast-Track (Fluxo Rápido) na AAE conforme protocolos do Ministério da Saúde
- Estabelecer manejo terapêutico de casos leves;

- Seguir critérios para prescrição de Oseltamivir, conforme manejo clínico do Ministério da Saúde (MS);
- Caso necessário o uso de antitérmicos e analgésicos preferir o uso de paracetamol ou dipirona.
- Estabelecer fluxograma de estabilização e encaminhamento à Rede de Urgência e Emergência;
- Estabelecer fluxograma de acompanhamento e monitoramento domiciliar em conjunto com a APS para casos leves com indicação de isolamento;
- Estabelecer Recomendações e Manejo em Grupos Especiais (Crianças, Gestantes e Puérperas, Adultos e Idosos);
- Estabelecer medidas administrativas como capacitação dos profissionais de saúde e garantia de suprimento de EPI aos pacientes, cuidadores e profissionais de saúde envolvidos no atendimento;

4.3.1 Manejo Clínico de Usuários com Doença Cardiovascular durante a Pandemia – Orientações Específicas Conforme Notas Técnicas, Diretrizes e Orientações da Sociedade Brasileira de Cardiologia

- Na China, onde aconteceram os primeiros casos, foi demonstrada a associação de fatores de risco como diabetes e hipertensão com formas mais graves da doença que levam a necessidade de terapia intensiva e ventilação mecânica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2020).
- Os pacientes portadores de doenças crônicas, que representam em torno de 25 a 50% dos pacientes infectados, apresentam maiores taxas de mortalidade, como a seguir:
 - » Câncer: 5,6%
 - » Hipertensão: 6%
 - » Doença respiratória crônica: 6,3%
 - » Diabetes: 7,3%
 - » Doença cardiovascular (DCV): 10,5%
- Fatores associados a maior chance de mortalidade são: idade acima de 50 anos, presença de doenças crônicas (citadas acima), escore SOFA elevado (Sequential Organ Failure Assessment) e detecção de níveis laboratoriais aumentados de proteína C reativa, dímero D, ferritina, troponina, mioglobina e de interleucina-6.
- A maioria dos pacientes com indicação de internação apresentam à admissão alterações na radiografia de tórax (60%) e na tomografia de tórax (89%). Os acha-

dos mais comuns são infiltrado pulmonar em vidro fosco, infiltrado intersticial e infiltrado periférico.

- A infecção pelo novo coronavírus acomete o sistema cardiovascular em um número considerável de casos, sendo as principais manifestações e sua prevalência as seguintes abaixo:
 - » Arritmias (16%)
 - » Isquemia miocárdica (10%)
 - » Miocardite (7,2%)
 - » Choque (1-2%)
- Também vale a pena ressaltar que os pacientes graves admitidos nas Unidades de Terapia Intensiva chinesas, evoluíram com hipoxemia e síndrome de desconforto respiratório entre o 9º e o 12º dia. Os pacientes que foram a óbito apresentam complicações cardiovasculares como choque e disfunção ventricular, complicações infecciosas e renais entre o 14º e o 20º dia da infecção.

Surgiu a preocupação de que pacientes que usam medicações que aumentam a expressão de ECA 2 poderiam ter um pior prognóstico quando acometidos por covid-19.

O Instituto Nacional de Cardiologia realizou uma rápida revisão da literatura e concluiu que (SANTOS JR et al., 2020):

- Devido à descoberta de que o segundo coronavírus causador de síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2) usa a enzima de conversão da angiotensina 2 (ECA2) como receptor para entrada nas células, tem havido dúvidas sobre a segurança do uso de fármacos que aumentam a expressão da ECA2 durante a greve pandemia em curso. Esses incluem fármacos frequentemente utilizados nas doenças crônicas mais comuns (hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus). Foi realizada uma revisão rápida com o objetivo de analisar a associação entre esses fármacos e desfechos graves da infecção pelo SARS-Cov-2. Foi realizada uma busca em três bases de dados biomédicas (MEDLINE, Embase e LILACS). Encontramos apenas um artigo que estudou a associação entre o uso de inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) e bloqueadores do receptor de angiotensina (BRA) e a mortalidade de 112 pacientes com infecção pelo SARS-Cov-2 e história de doença cardiovascular internados em um hospital em Wuhan (China) entre janeiro e fevereiro de 2020. O risco de morte nos expostos foi de 0,18 e nos não expostos de 0,14, com uma diferença de risco de 0,04 (IC 95% de -0,10 a 0,25) e o risco relativo de 1,26 (IC 95% de 0,45 a 3,49). Como o

resultado do estudo é inconclusivo e as intercorrências decorrentes da modificação súbita do tratamento dessas doenças crônicas têm o potencial de morbimortalidade e sobrecarga do sistema de saúde, recomendamos que não se modifique o tratamento dos pacientes que usam IECA e BRA. O volume de artigos publicados sobre a infecção pelo SARS-Cov-2 aumenta rapidamente, portanto esta revisão será atualizada periodicamente durante a epidemia.

- A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), em 13 de março de 2020, se pronunciou prontamente em nota esclarecedora que não havia evidências definitivas a respeito da associação entre o uso desses fármacos e maior risco da doença e recomendou a avaliação individualizada do paciente. A OMS se pronunciou da mesma forma sobre o tema referenciando o posicionamento de sociedades médicas internacionais bem com a SBC.
- Que em pacientes sintomáticos com infecção suspeita ou confirmada, com doença cardiovascular prévia ou manifestando-se com descompensação cardíaca aguda ou nos portadores da forma grave da doença, o médico deva considerar monitorizar a função cardiovascular por meio da realização de ecocardiograma transtorácico com Doppler, monitorização eletrocardiográfica e dosagem de biomarcadores como a troponina e o dímero D.
- Que pacientes cardiopatas devam ser conduzidos de acordo com atuais diretrizes vigentes, assegurando--se o melhor tratamento disponível para essas enfermidades crônicas. Além disso, considera fundamental que os pacientes com DCVs se mantenham rigorosamente aderentes à dieta adequada, sono regular e à atividade física, evitando a exposição ao tabagismo e ao etilismo.
- Suspender as consultas ambulatoriais eletivas presenciais. Caso o médico julgue imprescindível realizá-la, deve fazê-lo de acordo com as determinações das autoridades locais e do diretor técnico do serviço.
- Sempre que possível, utilizar recursos de telemedicina (teleorientação, telemonitoramento e teleinterconsulta), conforme regulamentação do CFM.
- Pacientes atendidos à distância em telemedicina, devem ser referenciados para atendimento presencial, se apresentarem qualquer um dos itens abaixo (MARCELO; SARAIVA; LAN, 2020) :
 - 1) **Hipertensão Arterial** – Paciente com possibilidade de aferir níveis pressóricos: PA maior ou igual a 180 X 100 mmHg, classificando-se como hipertensão arterial não controlada entende-se que para esses indivíduos torna-se complexo o ajuste farmacológico por telemedicina devendo, portanto, o atendimento ser realizado de maneira presencial

- 2) **Sintomas que possam sugerir Síndrome Isquêmica Aguda ou Emergências Cardiovasculares** – Pacientes referindo dor torácica típica ou mesmo atípica caracterizada como dor súbita, sobre o esterno, constante e constrictiva, e que se irradia para mandíbula, dorso, pescoço e braços associado aos fatores de risco presentes. Sintomas relacionados à dispneia e cansaço de início recente podem caracterizar quadro de equivalente anginoso necessitando, portanto, em ambas as condições acima a estratificação diagnóstica e terapêutica serem realizadas de maneira presencial.
- 3) **Insuficiência Cardíaca (IC)** – Paciente com diagnóstico prévio de IC, com ou sem tratamento medicamentoso contínuo, que apresenta queixas sugestivas de piora do quadro clínico como por exemplo: dispneia, edema de membros inferiores, tosse noturna, sibilos ou estertores pulmonares, ortopneia e/ou dispneia paroxística noturna ou sintomas correlatos. Esses indivíduos ainda que oligo sintomáticos devem obrigatoriamente receber atenção presencial.
- 4) **Arritmias Cardíacas** – Queixas como palpitações, síncope, pré síncope em investigação ou não devem obrigatoriamente receber atenção presencial
- 5) **Uso de Anticoagulantes** – Paciente que estão em uso contínuo de anticoagulantes orais ou injetáveis que apresentam quadro de sangramento espontâneo.
- 6) **Procedimentos Invasivos** – Paciente que refere história prévia de cirurgia cardíaca e/ou procedimentos cardíacos invasivos, que apresentem sinais ou sintomas sugerindo piora do estado clínico.
- 7) **Portadores de Marcapasso** – Paciente com história prévia de implante de marcapasso artificial cardíaco que referem sintomas clínicos de qualquer natureza.

Ressalte-se que as presentes recomendações se referem às afecções cardiovasculares que requerem atenção presencial mais comumente encontradas na prática clínica. Outras afecções relacionadas ao aparelho cardiovascular não descrita nesse documento devem ser sempre concorrer com o juízo clínico do médico em relação ao acompanhamento à distância ou presencial.

Realização de teste ergométrico, atentar para as medidas de segurança como:

- Recomenda-se que a sala de ergometria seja ventilada ativamente;
- Intervalo de tempo entre os testes ergométricos individuais idealmente de pelo menos 60 minutos em cada esteira para permitir tempo suficiente para a adequada higienização dos equipamentos;

- Todo o equipamento utilizado para a realização do exame deve ser adequadamente higienizado entre cada usuário examinado;
- Devem-se priorizar manguitos automáticos de pressão arterial sempre que disponíveis;
- O usuário deve permanecer com máscara cirúrgica durante toda a duração do exame;
- As equipes de saúde devem utilizar os EPI preconizados, precaução de contato mais aerossóis;
- As equipes de saúde devem realizar o exame mantendo o maior distanciamento físico possível do paciente, que deve ser, no mínimo, de 2,0 m;
- Não se recomenda a presença de acompanhante na sala de ergometria.

ECG, MAPA, HOLTER

No contexto específico dos métodos gráficos, devem-se estimular os meios não presenciais de diagnóstico, como o acesso remoto e o telediagnóstico em tempo real, ferramentas que reduzem tanto o número de profissionais de saúde expostos como o seu tempo de contato com o usuário. Em casos em que esses exames não podem ser postergados, a orientação para a reabertura inclui:

- Emitir laudo por meio não presencial de eletrocardiograma, Holter, Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA).
- Dar prioridade ao uso da MRPA no lugar do MAPA, quando possível.
- Seguir os protocolos institucionais de contato e higienização/limpeza para instalação e devolução dos aparelhos de Holter e MAPA.

Ecocardiograma transtorácico (ETT)

- Aplicar as medidas de segurança cabíveis, como: uso de máscara pelo usuário e profissionais; sala ventilada; limpeza do equipamento, maca e ambiente entre um exame e outro, etc.

Saiba mais:

Posicionamento – Protocolo de Reconexão dos Serviços de Cardiologia com os Pacientes Durante a Pandemia de covid-19– 2020 – <http://abccardiol.org/wp-content/plugins/xml-to-html/include/lens/index.php?xml=1678-4170-abc-115-04-0776.xml&lang=pt-br>

4.3.2 Manejo Clínico de Usuários Com Diabetes durante a Pandemia – Orientações Específicas Conforme Nota Técnica e Orientações da Sociedade Brasileira de Diabetes

- As pessoas com diabetes que estão no grupo de maior risco para evoluir com as formas mais graves da doença são aquelas com longa história de diabetes, mau controle metabólico, presença de complicações, doenças concomitantes e especialmente idosas (maiores de 60 anos), independentemente do tipo de diabetes. O risco de complicações na pessoa com diabetes bem controlado é menor, tanto para diabetes tipo 1 quanto para tipo 2.
- A baixa imunidade na pessoa com diabetes está ligada à elevação do açúcar no sangue, não à falta de produção de insulina. Por isso o controle da glicemia, através de monitorização, uso adequado da insulina ou medicação oral, alimentação equilibrada e exercício físico, vai permitir que a pessoa com diabetes enfrente o coronavírus com menos riscos à sua saúde.
- A pessoa com diabetes que está muito acima do peso também pode ter a imunidade afetada por ter maior inflamação desenvolvida por este excesso de peso
- A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) e a Sociedade Brasileira de Cardiologia vêm dirigir-se à população brasileira com Diabetes Mellitus (DM) em relação ao uso dos inibidores da SGLT2: empaglifozina (Jardiance® e Glyxambi®), dapaglifozina (Forxiga® e XigDuo XR®) e canaglifozina (Invokana®), atualmente utilizados para o controle da glicemia em pacientes com DM tipo 2:
 - » Até o momento, não existem evidências na literatura de que a infecção pelo Coronavírus promova um aumento na incidência de cetose ou cetoacidose em relação a outras infecções em pacientes com ou sem DM. Entretanto, este fato pode ser plausível, tendo em vista a observação da ocorrência de hiperglicemias severas nas formas mais graves da covid-19.
 - » O uso de inibidores da SGLT2 em pacientes com DM tipo 1 não está recomendado em nenhuma situação e não encontra respaldo em bula. Estas observações já foram reiteradas pelas agências reguladoras – Federal Drug Administration (FDA) e Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA).
 - » Pacientes com diagnóstico de DM tipo 2, propensos ou não à cetose, que estejam usando simultaneamente insulina e inibidores da SGLT2, podem manter o esquema terapêutico, mas devem suspender o uso caso

haja infecção sintomática pelo Coronavírus, e sempre após orientação do médico assistente.

- » O uso de inibidores da SGLT2 em pacientes sem DM ou com pré-diabetes para redução do risco cardiovascular não tem ainda aprovação em bula pela ANVISA para essa indicação e, por isso, não deve ser feito, independentemente da presença da covid-19.
- » Pacientes internados não devem receber inibidores da SGLT2 devido ao maior risco de desidratação. Durante a internação, a hiperglicemia deve ser tratada com insulina em seus esquemas variados.
- A SBD vem por meio desta reforçar as orientações do Conselho de Hipertensão da Sociedade Europeia de Cardiologia e do Departamento de Hipertensão arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia para a manutenção do tratamento com inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA) ou o início dessa terapêutica conforme as diretrizes existentes.
- Esses fármacos, frequentemente usados por pessoas com diabetes, apresentam significativos efeitos benéficos no tratamento da hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e infarto agudo do miocárdio com redução de eventos cardiovasculares e mortalidade, além de comprovada ação na proteção renal.
- Até o momento, não há evidências de que esses medicamentos tenham qualquer efeito negativo para os seus usuários no contexto do Covid-19.

4.3.3 Manejo Clínico de Gestantes durante Pandemia – Orientações Específicas Conforme Nota Técnica e Orientações da Febrasgo e Manual de Orientações às Gestantes do MS

- As consultas de pré-natal deverão seguir as rotinas habituais, de acordo com seu risco ou presença de intercorrências ou morbidades. Em todas as consultas recomenda-se investigar a presença de sintomas gripais e/ou contatos recentes com pessoas infectadas pelo covid-19. Reforçamos que as gestantes devem permanecer o mínimo de tempo necessário para a realização das consultas de pré-natal, evitando ao máximo aglomerações em salas de esperas.
- Também devemos recomendar que as pacientes compareçam sem acompanhantes nas consultas.
- Os intervalos entre consultas e realização de exames poderão ser ampliados, sempre avaliando-se riscos e benefícios, com intuito de se evitar exposição desnecessária das gestantes a ambientes de risco para contaminação.

4.3.4 Manejo Clínico de Crianças Durante Pandemia – Orientações Específicas conforme Nota Técnica e Orientações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)

1) Casos leves-tratamento ambulatorial

- A maioria dos pacientes com sintomas presentes manifestam clínica de infecção viral do trato respiratório superior sem complicações, podendo apresentar sintomas inespecíficos como febre, fadiga, tosse (com ou sem produção de escarro), anorexia, mal-estar, dor muscular, dor de garganta, dispneia, congestão nasal ou dor de cabeça. Mais raramente, os pacientes também podem apresentar diarreia, náusea e vômito.
- Todos os pacientes, se o comprometimento clínico permitir, devem ser tratados no domicílio (regime ambulatorial). Nestas situações o isolamento domiciliar deve ser mantido por 14 dias a partir do início dos sintomas. O acompanhamento deve ser preferencialmente estabelecido à distância (telefone ou ambiente virtual), exceto pela ocorrência de intercorrências ou complicações, que obrigarão consulta presencial. Recomenda-se um contato precoce nas primeiras 48 horas de evolução, para o estadiamento correto da evolução da doença. Seus contatos domiciliares devem receber a mesma orientação quanto medidas de isolamento.
- Uso de antitérmicos ou sintomáticos deve recair sobre o uso preferencial de paracetamol oral (10 a 15 mg/kg/dose) ou alternativamente dipirona oral (10 mg/kg/dose).
- Uso de oseltamivir possui indicação mais controversa. Segundo orientações do Ministério da Saúde (Protocolo - Influenza 2017), portadores de síndrome gripal que possuam situações de risco potencialmente associadas a complicações, independentemente do seu status vacinal, deveriam receber o antiviral. Outras guias internacionais não fazem referência ao seu uso, mesmo para situações ambulatoriais em que o diagnóstico etiológico não será confirmado.

2) Amamentação (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020)

- O Departamento Científico de Aleitamento Materno (DCAM) da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) vem, nesta nota, informar aos pediatras sobre como atuar na amamentação diante de casos de mães que estejam com suspeita ou infectadas pelo covid-19.

De acordo com um único estudo publicado no Lancet, foi pesquisado em pacien-

tes com pneumonia causada pelo covid-19, a presença do vírus no líquido amniótico, sangue do cordão umbilical, leite materno e *swab* da orofaringe do recém-nascido. Nestas amostras os resultados foram negativos. Portanto, até o momento não há documentação de transmissão vertical durante a gestação e nem no período neonatal, pela amamentação.

Por outro lado, o consenso chinês é contrário à evidência disponível, ao afirmar que existiria a possibilidade de transmissão vertical do covid-19 e por isso, a amamentação deveria ser contraindicada, mesmo em casos apenas suspeitos, mas não apontaram nenhum caso de transmissão vertical.

Outras duas revisões, uma do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) norte-americano e outra do Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), de Londres, concluíram que caso a mãe queira manter o Aleitamento Materno, a mesma deverá ser esclarecida e estar de acordo com as medidas preventivas necessárias:

- Lavar as mãos antes de tocar no bebê na hora da mamada;
- Usar máscara facial durante a amamentação.

Arthur I. Eidelman, médico e editor chefe da *Breastfeeding Medicine*, contribui nessa mesma linha afirmando que: “Dada à realidade de que as mães infectadas pelo coronavírus provavelmente já colonizaram seus bebês, a amamentação continuada tem o potencial de transmitir anticorpos maternos protetores ao bebê através do leite materno. Portanto, a amamentação deve continuar com a mãe praticando cuidadosamente a lavagem das mãos e o uso de uma máscara durante a amamentação, para minimizar a exposição viral adicional ao bebê”.

No caso da mãe não se sentir à vontade para amamentar diretamente a criança, ela poderá extrair o seu leite manualmente ou usar bombas de extração láctea (com higiene adequada) e um cuidador saudável poderá oferecer o leite ao bebê por copinho, xícara ou colher (desde que esse cuidador conheça a técnica correta de uso desses utensílios).

Portanto, finalizamos dizendo que, em sintonia com o pronunciamento da FEBRASGO, o DCAM - SBP, até o momento, é favorável à manutenção da amamentação em mães portadoras do covid-19 (se for o desejo delas). As principais publicações nesse tema, até então indicam que, como em várias outras viroses, os benefícios da amamentação superam os riscos de transmissão da covid-19.

O Departamento Científico de Neonatologia recomenda manter os protocolos clínicos anteriores à pandemia para práticas de amamentação desde a primeira hora de vida, desde que sejam asseguradas medidas de prevenção de infecção por SARS-CoV-2, detalhadas ao longo desse manual.

4.3.5 Propedêutica do Câncer de Colo Uterino, Mamas e Outros – Recomendações para AAE

Considerando que a AAE oferta serviços especializados complementares e essenciais para a propedêutica clínica do câncer, não só para câncer de colo uterino e mama, recomenda-se a manutenção da carteira de serviços da propedêutica oncológica, observando a Nota Técnica do INCA sobre o Rastreamento de câncer durante a pandemia de covid-19 de 09 de julho de 2020. A recomendação é de que nos casos de indivíduos com resultados de testes de rastreamento anormais prévios à pandemia devem ser localizados, inclusive por busca ativa, e priorizados para confirmação diagnóstica. E nos casos da presença de sinais ou sintomas de câncer um profissional ou serviço de saúde deve ser consultado imediatamente com prioridade com relação às consultas para fins de rastreamento na APS.

Desta forma, é recomendável a manutenção dos serviços de AAE, que ofertem à propedêutica do câncer, a fim de, garantir o acesso de usuários que apresentem resultados anormais nos exames de rastreio, realizados antes da pandemia e ou de usuários que apresentarem sinais e sintomas neste período, como acompanhamento compartilhado pela APS, as consultas médicas especializadas, exames, procedimentos diagnósticos/terapêuticos, o compartilhamento para as UNACON e ou CACON e o monitoramento.

Em relação a retomada dos exames de rastreio, a recomendação é de orientar que, pela heterogeneidade da situação da pandemia por covid-19 no Brasil, não é possível adotar uma recomendação única a esse respeito. Como regra geral, é recomendável que ao considerar o retorno das ações de rastreamento os gestores de saúde levem em conta indicadores locais a respeito de incidência de covid-19, disponibilidade de testes para confirmação da infecção, mortalidade pela doença, disponibilidade de leitos de terapia intensiva e letalidade dos casos de covid-19. Para o reinício do rastreamento de câncer demanda:

- análise criteriosa dos riscos e benefícios envolvidos, considerando o cenário epidemiológico no contexto local;
- a capacidade de resposta da rede de atenção à saúde;
- o histórico pessoal dos usuários;
- contrabalançar individualmente o risco de adiamento do rastreamento de câncer e o risco de contágio com o novo coronavírus, desenvolvimento da covid-19 e fatores prognósticos associados a piores desfechos;
- garantia da adesão às diretrizes vigentes, especialmente em relação às reco-

mendações de população-alvo e periodicidade. A realização de rastreamento de câncer de mama e de colo do útero fora dessas recomendações traz mais riscos do que benefícios, o que se agrava ainda mais nesse período de pandemia. O mesmo ocorre para cânceres em que não há recomendação de rastreamento.

É papel da AAE apoiar à APS:

- Na elaboração do plano de retomada dos rastreamentos,
- Garantir a continuidade da oferta dos serviços para usuários com alteração nos exames de rastreio realizados previamente à pandemia e ou para usuários com queixas, submetidos à avaliação e rastreio, compartilhados pela APS, tais como: consultas especializadas, exames (mamografia, biopsias, colposcopia, cirurgia de Alta Frequência (CAF), ultrassonografia, punção com agulha fina (PAAF), core biopsy etc.) e demais serviços das outras linhas de cuidados da propedêutica oncológica;
- Apoiar por meio de teleconsultoria, no manejo dos usuários e discussão de casos clínicos específicos e,
- Auxiliar no monitoramento, vigilância e busca ativa dos usuários em acompanhamento na AAE e ou na unidade/centro oncológico.

A Portaria MS/3712/2020, instituiu em caráter excepcional em decorrência da pandemia da covid-19, incentivo financeiro para continuidade e o fortalecimento do acesso às ações integradas para rastreamento, detecção precoce de controles do câncer de mama e colo uterino de acordo com as recomendações do MS. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.712-de-22-de-dezembro-de-2020-295788198> – Acesso: fev.2021

4.3.6- Doente Renal Crônico – Recomendações de Boas Práticas às Unidades de Diálise em Relação a Epidemia do Novo Coronavírus (covid-19) da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN)

- As unidades de diálise devem atuar na informação adequada de seus pacientes e colaboradores sobre as medidas básicas de prevenção, enfatizando e intensificando a higienização frequente das mãos com álcool gel 70% ou lavagem com água e sabão; orientando pacientes e colaboradores a evitarem tocar olhos, boca e nariz sem higienização adequada das mãos; evitarem contato próximo com indivíduos infectados; cobrirem boca e nariz ao espirrar ou tossir, fazendo uso de lenço descartável; limparem e desinfetarem objetos e superfícies tocados com

frequência; evitem o compartilhamento de objetos de uso pessoal (como escovas de dentes, talheres, pratos e copos) e, se estiverem infectados, evitem o contato com outras pessoas, optando por ficar em casa sempre que possível (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2020).

- Recomenda-se intensificar a higienização de objetos e superfícies de uso frequente do público, como maçanetas de portas, braços de cadeiras e botões de elevadores. Evidências recentes sugerem que alguns coronavírus podem permanecer infectantes em superfícies inanimadas por até 9 dias. A desinfecção de superfícies com hipoclorito de sódio a 0,1% ou etanol 62-71% reduz significativamente a infectividade dos coronavírus após 1 minuto de exposição.
- Pacientes e colaboradores devem ser estimulados a evitar, se possível, o transporte público.
- Recomenda-se que as Unidades de Diálise estimulem a vacinação para influenza de seus pacientes, na ausência de contraindicação.
- Recomenda-se às unidades de diálise que tomem medidas administrativas para reduzir, dentro do possível, o número de transeuntes e acompanhantes.
- Acompanhantes de pacientes e colaboradores com sintomas respiratórios devem ser desencorajados a comparecer à Unidade de Diálise.
- Recomenda-se manter os ambientes ventilados e arejados na Unidade de Diálise.
- Reuniões por videoconferência devem ser estimuladas sempre que possível.

Cuidados em relação aos pacientes em diálise

- Casos suspeitos devem ter avaliação médica e orientações antes da entrada no local de diálise. Após avaliação, a conduta deve ser tomada de acordo com o quadro clínico do paciente e com as recomendações vigentes das autoridades sanitárias locais e do Ministério de Saúde
- Antes de atender o caso suspeito, o profissional de saúde deve paramentar-se com o uso de avental descartável, máscara e óculos de proteção.
- Recomenda-se a utilização de máscara cirúrgica para pacientes com sintomas respiratórios e seus acompanhantes durante toda a permanência na unidade de diálise.
- A equipe clínica assistencial multidisciplinar deve fazer uso de máscara cirúrgica. Sugere-se também que os demais colaboradores (manutenção, higienização, recepcionistas, vigilantes) da unidade de diálise também façam uso de máscara cirúrgica. A máscara cirúrgica deve ser substituída por uma nova sempre que tiver úmida.

- Profissionais da saúde da Unidade de Diálise responsáveis pela assistência de casos confirmados ou suspeitos devem utilizar máscaras tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3 sempre que forem realizar procedimentos geradores de aerossóis, como, por exemplo, intubação orotraqueal, ventilação não invasiva, reanimação cardiopulmonar ou ventilação manual antes da intubação.
- Se possível, designar um sanitário para uso exclusivo do caso suspeito. Se não for possível, deve-se limpar as superfícies normalmente tocadas do(s) sanitário(s) (torneira, maçaneta, tampa de lixeira, balcões) com água e sabão ou desinfetante, conforme procedimentos descritos na RDC 56, de 6 de agosto de 2008.
- Se o paciente não puder usar máscara cirúrgica em razão de dificuldade respiratória, devem ser providenciadas toalhas e solicitado que ele cubra o nariz e a boca quando for tossir ou espirrar.
- As toalhas utilizadas devem ser recolhidas e destinadas à limpeza e desinfecção, ou dispostas em saco branco leitoso para gerenciamento como resíduo sólido do grupo A, de acordo com as diretrizes da RDC 56, de 2008.
- Em Unidades de Diálise em que há quarto privativo para isolamento, pacientes com suspeita ou confirmação de infecção por covid-19 devem ser dialisados em quarto de isolamento.
- Em unidades de diálise em que não há quarto para isolamento, o(s) pacientes com suspeita ou confirmação de infecção por covid-19 devem dialisar, de preferência, em ala separada e no último turno. O paciente deve estar separado por, no mínimo, 1,82m do paciente mais próximo (em todas as direções).
- Em Unidades de Diálise com muitos casos suspeitos ou confirmados, recomenda-se, se possível, turno de diálise exclusivo ou a abertura de turnos suplementares.
- Sugere-se considerar uso único do dialisador em pacientes com casos confirmados ou suspeitos de covid-19.
- O caso suspeito deverá ser estimulado a realizar a lavagem das mãos ou usar a solução alcoólica para higienização das mãos com frequência, especialmente após tossir ou espirrar.
- Manter o paciente, durante o procedimento dialítico, com máscara cirúrgica, bem como os pacientes próximos ao caso suspeito.
- Em relação à duração do isolamento e das medidas de precaução de contato nos casos confirmados; a duração do isolamento e o momento de descontinuação deve ser uma decisão individualizada caso a caso. Alguns fatores devem ser considerados nesse processo decisório, como presença ou desaparecimento de sintomas relacionados a infecção, data da infecção e o estado clínico e laboratorial com

realização de teste confirmatório (RT-PCR) para a COVID 19.

- Em pacientes portadores de Doença Renal Crônica em diálise, a SBN não recomenda medidas que reduzam o tempo ou a frequência do tratamento dialítico nos casos suspeitos ou confirmados de infecção pela covid-19.

4.3.6 Atendimentos Oftalmológicos

De acordo com o Conselho Brasileiro de Oftalmologistas (CBO) o exame de fundo de olho deve ser preferencialmente realizado com métodos que permitam a manutenção da paramentação sugerida ao médico e ao usuário, assim como a maior distância possível entre a face de ambos. Quando necessário fundoscopia sob miose, recomenda-se oftalmoscopia indireta ou o uso de retinógrafos não midriáticos. Sugere-se evitar o exame de oftalmoscopia direta.

- Recomenda-se o uso de protetor de respiração do biomicroscópio;
- Diante deste cenário, a aferição da pressão intraocular é recomendada com tonômetro de aplanção de Goldmann. Não é recomendado a utilização do tonômetro de sopro pelo risco de contaminação através dos aerossóis criados pelo sopro no filme lacrimal. A desinfecção dos tonômetros deve ser realizada antes e após a medição de cada usuário.

Manual de Boas Condutas para Retomada das Atividades Eletivas em Oftalmologia em tempos de Covid19 – Disponível em: <https://cbo.net.br/2020/manual-de-boas-condutas-para-retomada-de-atividades-eletivas-em-oftalmologia-em-tempos-de-covid-19-versao-atualizada-14-20-21> Acesso: fev./2021

4.4. ATENÇÃO HOSPITALAR, SAMU E UPA

Proposta de atendimento hospitalar na RAS durante pandemia covid-19

- a) Objetivos: Disponibilizar instrumentos, orientações, manejo e controle das condições de saúde na Atenção Hospitalar com os princípios normativos e diretrizes norteadas na Rede de Urgência e Emergência (RUE), durante a fase epidêmica da covid-19.
- b) Estrutura: Os equipamentos e serviços da RUE são: SAMU, UPA, Hospital sem UTI, Hospital com UTI e Atenção Domiciliar.
- c) Resultado esperado: As Unidades que compõem a RUE de cada Região possam prestar uma assistência qualificada às pessoas durante pandemia covid-19.

Ações e atividades da atenção hospitalar da RUE

- Assegurar que os componentes da RUE atuem de forma integrada, articulada e sinérgica no enfrentamento da covid-19, conforme as pactuações estabelecidas para o fluxo de usuários com SRAG e o Protocolo de Manejo Clínico na Atenção Hospitalar (MS-2020).
- Elaborar ou atualizar o Plano de Resposta Hospitalar à covid-19, com o objetivo de preparar a ampliação da capacidade do hospital de forma organizada, integrada e escalonada para fazer frente à crise gerada pela epidemia (desproporção entre a necessidade de recursos e os recursos existentes) e, com isso, atender e salvar o máximo de vidas possível. O plano segue a metodologia proposta pelo Projeto Lean nas Emergências, partindo do princípio de que os hospitais que necessitem atender um aumento de demanda, como o aumento de casos de SRAG na pandemia, conseguem expandir a sua capacidade em até 20%. Devem, no entanto, identificar e respeitar o próprio limite de atendimentos de usuários graves (5-10 usuários em 24 horas); dispor de recursos operacionais de reserva (como respiradores) e equipe competente para atendimento de situações críticas; e conhecer e se basear em estimativas de demandas (taxas médias de internação vigentes no território de saúde; em média, 18,5% de usuários internados, sendo 4,7% em UTI).
- Muitos hospitais já desenvolveram este plano durante a primeira onda da pandemia, devendo reativá-lo aos primeiros sinais de um recrudescimento dos casos na região de saúde.
- As principais ações que o Plano de Resposta Hospitalar à covid-19 deve propor são:
 - » Implantar o Gabinete de Crise composto pela direção do hospital e responsáveis dos setores chave (assistenciais, de apoio e logísticos). Deve ser deliberativo; ter reuniões diárias em sala adequada e de utilização exclusiva para a gestão da crise; apoiar as equipes operacionais; e monitorar continuamente os indicadores de demanda e utilização de recursos.
 - » Implantar ferramenta de gerenciamento diário, para monitoramento da demanda de novos usuários (novas internações), a disponibilidade e utilização de recursos (equipe, EPI, equipamentos, espaços, insumos e medicamentos, exames) e a saída de usuários (por alta, transferência ou óbito). A ferramenta deve proporcionar uma gestão visual, facilitando a análise e tomada de decisão rápidas.
 - » Realizar a gestão dos leitos (taxas de ocupação e permanência) e implantar a governança clínica (modelo de triagem reversa; admissão ou suspensão de procedimentos eletivos).

- » Utilizar estratégias para comunicação interna, entre o gabinete de crise e as equipes operacionais (nos dois sentidos), e externa, com as famílias dos usuários internados e a imprensa.

O detalhamento das orientações para elaboração do Plano e as ferramentas propostas estão disponíveis no endereço: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/03/Ebook-SirioLibanes-PlanodeCriseCOVID19-LeannasEmerg--ncias-0304-espelhadas.pdf>

Outras recomendações para a organização da atenção hospitalar:

- Assegurar ações para mitigar os impactos da covid-19 na saúde mental, protegendo e promovendo o bem-estar psicológico dos profissionais de saúde; realizar treinamentos para toda força de trabalho; garantir o suprimento de equipamentos de proteção individual (EPI) e orientar as equipes para seu uso racional.
- Definir a infraestrutura (estrutura física, equipamentos, insumos, recursos humanos) necessária para atender os usuários portadores de covid-19, de acordo com a gravidade.
- Realizar intervenções para aumento da capacidade operacional: adiar cirurgias e procedimentos eletivos por tempo adequado, mantendo a assistência para tratamentos oncológicos e urgências; realizar a triagem reversa (classificação dos usuários internados de acordo com o risco clínico e a previsão de alta); adequar uma “sala de alta” correspondente a espaço para usuários que já receberam alta e aguardam a chegada de familiares, com intuito de liberar com mais rapidez o leito; adaptar serviços internos (como salas de recuperação cirúrgica e salas cirúrgicas), com funcionários e possibilidade de instalação de equipamentos para fornecer suporte respiratório para usuários graves; reativar leitos hospitalares bloqueados em outras unidades; contratualizar leitos de retaguarda e leitos de UTI em unidades da rede pública e/ou privadas; requisitar judicialmente, em caso de extrema necessidade, estruturas privadas que possam ser adequadas para ampliação de leitos hospitalares.
- Revisar urgentemente as tubulações de gases medicinais para haver suprimento adequado de oxigênio.
- Elaborar e manter disponíveis as normas e rotinas dos procedimentos adotados na prestação de serviços de atenção à saúde de pacientes suspeitos de infecção pelo novo Coronavírus na Atenção Hospitalar.

Os hospitais de Pequeno Porte (HPP) com número total de leitos existentes entre 31 e 49, através da portaria nº 561 de 26 de março de 2020, foram autorizados a receber

pacientes 100% pela Central de Regulação oriundos de UTI e leitos de enfermaria de hospitais de referência ao covid-19 habilitada, com finalidade de desospitalização para liberação de leitos de alta complexidade.

Fluxos de atendimento para atenção hospitalar na RUE

- Atendimento do enfermeiro na sala de triagem: verificar sinais e sintomas de SG ou SRAG, existência de comorbidades, medicamentos em uso, alergia a medicamentos e realizar notificação compulsória, conforme Fast Track do Protocolo do MS.
- Classificar e estratificar a Gravidade da Síndrome Gripal após triagem inicial, conforme Fast Track do Protocolo do MS.
- Avaliar a necessidade de coletar SWAB. Se sim, encaminhar amostra ao laboratório junto com a ficha de Notificação.
- Em se tratando de casos leves, prescrever medicação caso necessário, e liberar para isolamento domiciliar, reforçando as medidas de precaução padrão, principalmente, higienização das mãos, etiqueta respiratória, uso de máscara e atentar para sinais de gravidade.
- Após cada atendimento, garantir ventilação e realizar higienização ambiental adequada (superfícies e equipamentos).
- Adequar a estrutura hospitalar para internação em enfermaria e UTI de pacientes com suspeita ou confirmação de covid-19 vindo do setor de Emergência ou regulados pela Central. A unidade hospitalar deve ter espaços físicos, equipes de profissionais e fluxos assistenciais e de apoio separados dos demais pacientes internados por outras demandas.
- O paciente portador de SRAG deverá ser internado em enfermaria exclusiva, para suporte respiratório e manejo de acordo com as diretrizes clínicas disponibilizadas.
- O paciente portador de SRAG e Insuficiência Respiratória deverá ser internado em leitos de UTI exclusivos, para suporte respiratório intensivo e manejo clínico de acordo com as diretrizes clínicas disponibilizadas.
- Para o manejo clínico de usuários com maior gravidade pode ser consultado o “Protocolo de orientações para manejo de pacientes com covid-19” publicado pelo Ministério da Saúde e disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/Covid19-OrientacoesManejoPacientes.pdf> ou <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/206>
- Realizar gestão diária dos leitos e registro eletrônico no censo hospitalar do Ministério da Saúde, conforme a Portaria nº 758, de 9 de abril de 2020.

- Transição do cuidado pós alta para acompanhamento pela equipe da APS deve ser realizado através do Plano de Cuidado Integrado (Anexo XVI) até o restabelecimento completo do usuário.

4.4.1 Ações e Atividades da Unidade de Saúde Temporária para Assistência Hospitalar – HOSPITAL DE CAMPANHA

A Portaria Ministerial nº 1.514 de 15 de junho de 2020 define Hospitais de Campanha, como uma das estratégias complementares, de caráter excepcional e temporário, que podem ser utilizadas para ampliação e organização da oferta de leitos, sendo uma responsabilidade pelos governos Estaduais, do Distrito Federal e dos Municípios e deverá fazer parte dos Planos de Contingência elaborados para o enfrentamento à covid-19.

Para definir a estratégia de organização e ampliação dos leitos por meio da implantação de Hospitais de Campanha, os gestores, podem levar em consideração as seguintes estratégias anteriores:

- I. Priorizar a estruturação dos leitos clínicos e de UTI em unidades hospitalares existentes e permanentes da rede assistencial.
- II. Ampliar os leitos clínicos e de UTI nas unidades hospitalares existentes e permanentes, aproveitando áreas não assistenciais e assistenciais com menor utilização em relação ao enfrentamento da covid-19, de preferência, tornando essas áreas exclusivas para esse tipo de atendimento, otimizando as medidas de isolamento e proteção dos profissionais da saúde e a segurança dos demais profissionais e pacientes.
- III. Dedicar unidades hospitalares existentes e permanentes exclusivamente para o enfrentamento da COVID- 19, realizando os ajustes necessários no fluxo de atenção da rede com a realocação dos serviços da unidade dedicada para outras unidades e otimizando as medidas de isolamento e proteção dos profissionais de saúde e a segurança dos demais profissionais e pacientes.
- IV. Considerar a contratação de leitos clínicos e de UTI da saúde suplementar, utilizando a infraestrutura existente na esfera privada da rede assistencial.

As unidades hospitalares de campanha devem funcionar com o acesso regulado, voltadas para a internação de pacientes com sintomas respiratórios de baixa e média complexidade, podendo funcionar como retaguarda clínica para unidades hospitalares permanentes que possuam UTI e sejam definidas como referência para tratamento da covid-19.

Fonte: MS, (2020). Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.514-de-15-de-junho-de-2020-261697736>. Acesso em: 31/01/2021

Os Hospitais de Campanha podem ser implantados nos seguintes espaços:

- I. Anexo a unidades de saúde hospitalares permanentes.
- II. Equipamentos urbanos como estádios de futebol ou centro de convenções.
- III. Áreas abertas, desde que vinculados a estruturas hospitalares pré-existentes.
- IV. Qualquer estrutura existente que o comporte, readequado para o perfil de atendimento a que se destina.

- O Hospital de Campanha deve contemplar espaço físico, equipe assistencial e de apoio técnico, equipamentos médico-hospitalares, mobiliários e insumos, condizentes com as atividades a serem realizadas, (dispor de equipamentos médico-hospitalares por ambiente conforme sugere o sistema Somasus do Ministério da Saúde).
- Deve garantir o acesso aos serviços técnico, como: Central de Material e Esterilização (CME), lavanderia e laboratório disponibilizado na Rede de Saúde e promover referência a alta complexidade, garantindo tempo de resposta oportuno.
- E onde couber, tendo priorização nos seguintes pontos: Climatização de ar; Abastecimento de água potável; PGRSS; Sistema de abastecimento e manutenção de energia; Sistema de gases medicinais; Distanciamento mínimo entre pontos de atendimento (OMS); Acesso à lavatórios.
- E deve atentar às normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e da Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT e às recomendações da Organização Mundial da Saúde - OMS.

Para saber mais: ANVISA NOTA TÉCNICA Nº 8/2020. Disponível em: <file:///C:/Users/marco/Downloads/Nota%20t%C3%A9cnica%20n%2008-2020%20GVIMS-GG-TES-Anvisa-%20Hospitais%20de%20Campanha.pdf>. Acesso em: 31/01/2021

Podem ser estruturados da seguinte forma:

- I. Leito de Internação Clínica: voltado para a internação de pacientes com sintomas respiratórios de baixa complexidade.
- II. Leito de Suporte Ventilatório Pulmonar, voltado para:
 - a) apoio a internação clínica com a função de tratamento dos casos de piora do quadro respiratório que necessite de suporte ventilatório não invasivo e invasivo.
 - b) estabilização do paciente, quando apresentar estado de choque e instabilidade hemodinâmica, até o remanejamento à unidade de referência hospitalar que possua leitos de UTI para enfrentamento da covid-19.

Seu eixo principal deve estar voltado para a unidade funcional de internação, com perfil assistencial composto da seguinte forma:

- 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 respiratório: apoio a unidade de internação clínica com função de estabilização dos pacientes com piora do quadro clínico até remanejamento destes à unidade de referência que possua leitos de UTI para enfrentamento da covid-19. Esse leito deve respeitar as necessidades referentes ao espaço, equipe e equipamentos relacionados ao processo de trabalho.

A proporção sugerida é de 10 leitos de suporte respiratório para cada grupo de 40 leitos clínicos e a unidade deve contemplar equipe assistencial, equipamentos médico-hospitalares, mobiliários, insumos e de apoio técnico condizentes com suas atividades e respeitando sua demanda.

O MS orienta que no caso de instalação de uma nova estrutura hospitalar (Hospital de Campanha), que não seja vinculado a um estabelecimento de saúde já existente, esta deverá ser cadastrada no CNES. E no caso de ampliação temporária de área hospitalar já existente deve ser feita a atualização do cadastro da estrutura hospitalar que será vinculada e não deve possuir uma nova numeração de CNES específica.

Para mais informações acesse: https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/Orienta%C3%A7%C3%B5es_CNES_-_COVID-19. Acesso em 16/07/2020.

4.4.2 Ações e Atividades das Tendões de Testagem

As Tendões de Testagem ou abrigos de testagem, são espaços criados de forma temporária para triagem, diagnóstico, orientação e encaminhamento de pacientes com suspeita da covid-19.

Devem estar vinculadas a uma unidade de saúde responsável. Devem ser instaladas em áreas externas, com vistas a ampliar os espaços das unidades de saúde evitar e evitar a aglomeração e circulação de pessoas com suspeitas de covid-19, em ambientes fechados.

- Os resultados dos exames realizados deverão ser disponibilizados aos usuários e encaminhados para UBS de vinculação do usuário (podendo ser por via digital).
- As tendões não devem em nenhum caso possuir uma numeração de CNES específica, devendo ser utilizado o CNES do estabelecimento que tem a responsabi-

lidade técnica sobre a tenda. Em caso desta estrutura ser anexa ao endereço do estabelecimento de saúde responsável, toda a capacidade instalada existente nesta estrutura temporária pode ser informada no cadastro da própria unidade. Caso esteja localizada em outro endereço é possível informá-la como endereço complementar.

4.4.3 Ações e Atividades da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para Caso Suspeito de SG e SRAG

As UPA's 24h são estruturas de complexidade intermediária compondo uma rede organizada em conjunto com a atenção primária, atenção especializada e atenção hospitalar.

As UPA's pertencentes a RUE, compactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para os demais pontos de atenção da Rede, para APS ou AAE ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população.

- As UPAs devem manter o seu funcionamento 24 orientando os procedimentos de etiqueta respiratória e higiene das mãos durante o período de permanência na Unidade.
- Fazer a triagem para reconhecer o caso suspeito para colocar em área separada das demais que contenha suprimento de higiene respiratório e das mãos.
- Na entrada do serviço durante ou antes da triagem ofertar máscaras cirúrgicas para pacientes e acompanhantes e orientar sobre a higiene adequada das mãos.
- Realizar classificação de risco conforme protocolos do Ministério da Saúde.
- Casos leves e moderados deverão ser informados para a APS, com os resultados de exames se realizados, para que sejam instituídos processos de continuidade do cuidado incluindo o monitoramento.

4.4.4. Ações e Atividades do SAMU para Caso Suspeito ou Confirmado de covid-19

- Disponibilizar máscara cirúrgica para os pacientes e acompanhantes.
- Disponibilizar os EPI preconizados (óculos de proteção ou protetor facial, máscara cirúrgica, avental impermeável e luva de procedimentos). No caso de necessidade de procedimentos que gerem aerossóis, a equipe deverá usar máscara N95.

- Realizar a higiene das mãos e orientar possíveis acompanhantes quanto à sua importância.
- Garantir a ventilação da ambulância durante o transporte.
- Limpar e desinfetar todas as superfícies internas das ambulâncias após a realização do atendimento, utilizando álcool a 70%, hipoclorito de sódio ou outro desinfetante indicado para este fim, conforme POP, utilizado na rotina do serviço.
- Orientar os profissionais socorrista efetuar a lavagem de todas as peças de uniforme/fardamento utilizados durante o turno de serviço, isoladamente, sem contato com as demais peças de roupas da família.
- Organizar a logística de acesso regulado e transporte de urgência, respondendo com tempo oportuno as demandas de atendimento nos domicílios, UBS, UPA e transferência para internação hospitalar de usuários com SRAG.

4.4.5 Ações e Atividades da Atenção Domiciliar (SAD) para Pacientes Suspeitos e Confirmados de covid-19 que Foram Hospitalizados

- Acolher pacientes portadores e suspeitos de covid-19 que apresentam evolução clínica satisfatória e que necessitam de seguimento do cuidado.
- Prestar cuidados transitórios, intensificados e multiprofissionais e que se enquadram no perfil de atendimento para o SAD/Melhor em Casa, a fim de contribuir com rotatividade dos leitos hospitalares e a diminuição da lotação hospitalar.
- Assegurar cuidadoso julgamento clínico e todos os critérios de inclusão no SAD/ Programa Melhor em Casa
- Avaliar a condição de seguimento do cuidado no domicílio, com acompanhamento do SAD/ Programa Melhor em Casa, desde que exista garantia de contato telefônico com as equipes, atendimento móvel de urgência e retaguarda para internação em caso de intercorrências e necessidade de hospitalização.
- Certificar se a salubridade do ambiente residencial é adequada para prestação de cuidados com o isolamento rigoroso que é preconizado.

Assegurar os critérios mínimos recomendados para alta do SAD/Programa Melhor em Casa, em pacientes portadores ou suspeitos de covid-19, tais como: dados vitais e saturação de O₂ normais, normalização dos níveis laboratoriais que estavam ainda alterados à admissão, sem nenhuma queixa ou sintoma adicional e sem risco de agravamento iminente que justifique a permanência do paciente no serviço.

4.5 UNIDADE HOSPITALAR PERINATAL

Ações e atividades nos Hospitais, Maternidades e Unidades Neonatais

Em meio à pandemia de covid-19 à Rede de Atenção a Saúde Materna e Infantil tem um desafio singular e deve ser preservada e incentivada a suprir da melhor forma possível as necessidades assistenciais que garanta o acesso, acolhimento e resolutividade a fim de reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

A população de gestantes e puérperas apresenta um desafio único durante essa pandemia, uma vez que essas mulheres têm múltiplas interações com o sistema de saúde culminando com a admissão hospitalar para o parto.

Um estudo realizado em New York, EUA, em que a testagem universal de SARS-CoV-2 foi feita em todas as gestantes admitidas para o parto, revelou que, a maioria das pacientes que eram positivas para SARS-CoV-2 estavam assintomáticas no parto. Apesar de se tratar de um estudo realizado em centro único e, portanto, com limitações de prevalência, esse resultado nos alerta para a necessidade de medidas de prevenção do contágio e da disseminação da doença na assistência ao parto e nascimento, para a mãe, o recém-nascido e equipe da assistência. A realização de testes diagnósticos (RT-PCR) deve ser priorizada nessa população e realizados de acordo com o quadro abaixo:

Sintomáticas	Realizar o teste RT-qPCR em qualquer momento do ciclo gravídico puerperal	
Assintomáticas	Localidade em que o Resultado RT-qPCR é possível em 2 a 7 dias	a) Na internação hospitalar: - Indicação obstétrica (abortamento, gravidez ectópica, mola hidatiforme, parto, entre outros), - Indicação cirúrgica (cerclagem, cesariana eletiva, entre outros) ou - Controle clínico de alguma doença associada b) Três dias antes de parto cesárea ou outro procedimento eletivo
	Localidade em que o Resultado qRT-PCR é obtido após 7 dias da coleta	Realizar teste entre 37-38 semanas no local de atendimento pré-natal (intenção obter resultado previamente ao parto).

OBS: Tais práticas de rastreamento do SARS-CoV-2 anteparto não eliminam a necessidade de triagem de sintomas gripais das gestantes à admissão hospitalar.

Para tanto, é necessário que a equipe esteja familiarizada com os fluxos assistenciais reorganizados, protocolos clínicos reajustados. A capacitação da equipe, em processo constante, com aquisição de novos conhecimentos, torna-se um componente fundamental da qualidade.

A transmissão transplacentária SARS-CoV-2 é possível, com raros relatos na literatura e a maioria deles parcialmente documentados. A via ou modo de transmissão mais frequente é a perinatal, intraparto ou após o nascimento, por contaminação veiculada durante a assistência ao parto ou posteriormente por cuidadores. dos recém-nascidos.

Estrutura, organização e fluxos assistenciais na unidade perinatal

A unidade hospitalar deve elaborar plano de contingência, que envolva todos os setores, cadeias de fornecedores e os diferentes pontos da rede de atenção à saúde. Devem ser contemplados: redimensionamento da sua capacidade instalada; estratégias para aumentar a capacidade dos leitos hospitalares; leitos de isolamento nas clínicas envolvidas; leitos de retaguarda em UTI adulto e neonatal, com previsão de espaços alternativos e necessidade de recursos humanos, dimensionando afastamento de profissionais que fazem parte do grupo de risco e por adoecimento por covid-19 e/ou outras causas. Deve também prever necessidades de insumos, equipamentos, medicamentos e EPIS. O Plano de Contingência deve também estabelecer o monitoramento dos estoques desses itens.

Deve ser revista a organização dos fluxos e da carteira de serviços da unidade hospitalar como a suspensão de procedimentos eletivos, internações eletivas com finalidade diagnóstica ou cirúrgica;

Como as unidades de cuidados à maternidade e ao recém-nascido possuem configuração física diversas, cada instalação deve considerar o espaço apropriado e as necessidades de pessoal para impedir a disseminação do vírus, observando as seguintes recomendações:

- Triagem das gestantes na chegada ao Hospital para identificar casos suspeitos de SG e SRAG;
- Isolamento adequado de grávidas que confirmaram covid-19 ou são suspeitas;
- Separação de equipes que cuidarão das gestantes com covid-19, sempre que possível;
- Treinamento básico e de atualização para todos aos profissionais, para aumentar a adesão às práticas recomendadas de controle de infecções e uso e manuseio de equipamentos de proteção individual (EPI);

CONSIDERAÇÕES PRÉ-HOSPITALARES NA ATENÇÃO HOSPITALAR AO PARTO E NASCIMENTO

Sempre que possível a APS deve informar à maternidade, com antecedência, as gestantes com diagnóstico ou suspeitas de infecção covid-19, possibilitando que a maternidade esteja preparada para a assistência qualificada, com foco nos seguintes

aspectos: identificar a sala mais apropriada para o parto, garantir os suprimentos de controle e prevenção de infecções, assegurar que os EPIs estejam corretamente posicionados e a equipe de saúde treinada e pronta para o atendimento, antes mesmo da chegada daquela paciente.

Caso a gestante com diagnóstico clínico ou laboratorial para covid-19 esteja se deslocamento para maternidade por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou similar, a equipe da APS deve entrar em contato com a central do SAMU e ou unidade hospitalar receptora e notificar imediatamente à chegada (antecipada) de uma gestante com suspeita de covid-19.

Gestante, parturiente e puérpera

Definir os fluxos e locais de atendimento:

- Para reduzir o risco de contágio e disseminação da doença, deve-se organizar os fluxos de atendimento hospitalar às gestantes, parturientes e puérperas de forma que não haja contato com outros usuários hospitalizados e o contato com profissionais de saúde seja restrito ao mínimo necessário para uma assistência de qualidade. Os fluxos de pacientes com sintomas gripais e não gripais devem ser necessariamente separados, em todo o percurso clínico da gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido, enquanto hospitalizados. Ressalta-se também a importância de se ofertar espaço privativo para essas parturientes para o seu trabalho de parto, parto e puerpério;
- Recomenda-se que sejam destinados leitos específicos para internação de pacientes suspeitos de Covid- 19, com o estabelecimento de fluxos e equipe específica, limitando a exposição a outros membros da equipe;
- Exames e procedimentos quando possível devem ser realizados no quarto de isolamento.

Acolhimento e classificação de risco

Conforme definição do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico do MS (2014), o acolhimento e a classificação de risco é um dispositivo de organização dos fluxos, com base em critérios que visam priorizar o atendimento às mulheres que apresentam sinais e sintomas de maior gravidade e ordenar toda a demanda. Ele se inicia no momento da chegada da mulher, com a identificação da situação e ou queixa ou evento apresentado por ela.

Desta forma, a recomendação é de que todas as gestantes, parturientes e ou puérperas que procure os hospitais, devem ser acolhidas, avaliadas e classificadas para covid-19 e influenza.

Esta informação deve ser amplamente compartilhada com a equipe para definição do manejo adequado da gestante, parturiente e neonato;

- Gestante com sintomas respiratórios devem receber máscara cirúrgica e ser encaminhadas para sala de atendimento exclusivo;
- O acompanhante também deve receber máscara e orientações de evitar circular pelas instalações hospitalares.
- A Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, conhecida como Lei do Acompanhante, determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito ao acompanhante, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. O acompanhante deve ser único ou única, de acordo com a livre escolha da mulher, regular, assintomático, não pertencente ao grupo de risco e sem histórico de contato com portador de síndrome gripal ou infecção respiratória comprovada por covid-19;
- É recomendado que o hospital elabore cartilha com orientações para mulheres parturientes, puérperas e acompanhantes, informando as medidas preventivas gerais adotadas pela instituição, em relação a covid-19, durante a permanência no hospital.

Componente hospitalar admissão materna

- As pacientes com sinais e sintomas de SRAG preferencialmente devem ser admitidas em hospitais/maternidades com UTI adulto e neonatal;
- Quando admitidas em maternidades de risco habitual, por situação clínica emergencial, a comunicação deve ser imediatamente acionada com os dispositivos da rede;
- As maternidades de risco habitual precisam ter material de urgência e emergência para gestantes e recém-nascidos, até a transferência, quando as condições clínicas demandarem;
- Gestantes, parturientes e puérperas com covid-19 comprovado ou suspeito, internadas, devem ser admitidas em local apropriado para gerenciamento imediato de emergências.
- As pacientes devem ser mantidas em quarto com isolamento, preferencialmente exclusivo; quando não for possível, é aceitável a manutenção de mais de uma paciente com os mesmos sintomas, preservando o distanciamento de 2 metros entre os leitos maternos e entre os leitos neonatais;
- Recomenda-se que a gestante seja posicionada em decúbito lateral esquerdo;
- A infecção por SARS-CoV-2 por si só não é uma indicação para o parto, a menos que seja necessário para melhorar a oxigenação materna ou condições fetais. A

conduta deverá ser tomada de acordo com as condições clínicas da gestante e do feto;

- Durante a internação manter o monitoramento de saturação de O₂ materna, estabilizada em torno do valor de referência $\geq 95\%$;
- A mãe deve receber orientações, ANTES DO NASCIMENTO DA CRIANÇA, sobre a situação epidemiológica do covid-19, sua situação de saúde, o plano de cuidados no parto, nascimento e ao longo da permanência hospitalar de acordo com as condições clínicas dela e da criança, medidas preventivas que devem ser adotadas com foco na criança, nele e na equipe da assistência.

Assistência ao parto

Preparo da equipe:

- Para reduzir o risco de contágio, manter equipe mínima na sala de parto;
- A equipe da assistência neonatal deve ser informada da admissão hospitalar da parturiente;
- Todo o material e equipamento para assistência e reanimação neonatal devem estar preparados e verificados antes da mãe entrar na sala;
- Sobre as medidas de proteção da equipe recomenda-se o uso correto dos EPI's, conforme procedimentos operacionais padrão (POP) e a equipe treinada sobre a correta utilização. Os EPI's apropriados, devem ser usados por todos os presentes na sala;
- A equipe da assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento deve utilizar máscaras faciais N95/PFF2, ou compatível, de acordo com recomendações do MS e OMS. A expiração forçada, durante o trabalho de parto e parto, pode reduzir significativamente a eficácia de uma máscara cirúrgica na prevenção da propagação do vírus por gotículas respiratórias, e com potencial para formação de aerossóis. Os procedimentos de sala de parto apresentam riscos de contaminação com secreções por gotículas e aerossóis de secreções respiratórias, e contato com substâncias biológicas como: sangue, líquido amniótico e fezes;
- As diretrizes locais em relação à paramentação e desparamentação devem estar detalhadas e sistemática e rigorosamente seguidas.

Preparo da sala de parto

- Além das recomendações padrões estabelecidos para as boas práticas da assistência ao parto, os cuidados no preparo da sala de parto devem observar as medidas preventivas da covid-19.

- Preferencialmente, o parto de casos suspeitos, prováveis e confirmados de infecção por covid-19, deve ser realizado em sala de isolamento com pressão negativa, procurando soluções das equipes da CCIH, engenharia hospitalar e equipe assistencial.

O parto

- O manejo e a via de parto devem ser individualizados, dependendo principalmente do estado clínico da gestante e da avaliação do bem-estar fetal;
- Todas as mulheres confirmadas ou suspeitas para infecção com SARS-CoV-2 devem ter monitoramento contínuo da cardiocotografia no trabalho de parto;
- A via de parto e o momento do nascimento devem ser individualizados, de acordo com a condição clínica da gestante, idade gestacional e condição fetal;
- Tanto a anestesia regional como geral podem ser consideradas, na dependência das condições clínicas da gestante após avaliação pré-anestésica e discussão entre os profissionais da equipe;
- Para gestante com teste positivo para SARS-CoV-2 em que o trabalho de parto se inicia espontaneamente, com progresso adequado, deve ser avaliado o parto vaginal;
- Para a proteção das equipes de saúde, partos na água devem ser evitados;
- A indução do parto pode ser considerada quando o colo estiver favorável, mantendo atenção no monitoramento do trabalho de parto, para abreviação quando houver hipóxia neonatal, parada de progressão e/ou piora materna;
- Garantir estrutura e processos de trabalho com composição de equipe para realização de cesareas em situações como choque séptico, ou quando indicado pela situação clínica da mulher e ou criança.
- Existem muitas dúvidas e ainda não há evidenciadas sobre a melhor abordagem terapêutica específica para o SARS-CoV-2. Porém muito pode ser realizado no tratamento de suporte em tempo oportuno.
- Conforme protocolo do MS, nos casos de SRAG, em gestantes e puérperas, recomenda-se o uso Oseltamivir.
- O uso de antibacteriano, deve ser individualizado pelo médico assistente e seguir protocolos institucionais da Comissão de Infecção Hospitalar (CCIH), observando a segurança da medicação para a mãe e para o feto.
- O esteroide antenatal para amadurecimento pulmonar fetal deve ser administrado à mãe em trabalho de parto prematuro, quando indicado.
- O Sulfato de Magnésio (MgSO₄) deve ser administrado à mãe para neuroproteção

do feto com menos de 30 semanas de gestação, conforme orientação atual.

- Heparina e outros fármacos, de acordo com avaliação e protocolo clínico.

Abordagem neonatal ao nascimento

- A assistência clínica aos RN de mães confirmadas ou suspeitas da infecção pela covid-19 em sala de parto e/ou sala de reanimação inclui a prevenção da exposição perinatal do recém-nascido ao vírus durante o parto (periparto) e após o nascimento, no período neonatal imediato.
- As ações de saúde para prevenção da transmissão e contaminação pelo vírus inclui evitar o contato do recém-nascido, imediatamente após o nascimento, com secreções respiratórias da mãe e de profissionais potencialmente infectados e assintomáticos, evitar o contato com superfícies ou materiais biológicos contaminados com o vírus, na forma de fômites e prevenção da contaminação com partículas aerossolizadas com presença do vírus no ambiente, nos procedimentos de reanimação.
- A equipe perinatal deve ser composta para assegurar o cuidado efetivo e, ao mesmo tempo, para reduzir riscos de contaminação pelo contato próximo. Recomenda-se fortalecer a sistematização dos processos e comunicação para emergências;
- Preferencialmente deve ser designado uma equipe exclusiva para participar de partos de mães suspeitas ou confirmados de covid-19. É importante que os profissionais mais experientes sejam solicitados na primeira instância, para minimizar a exposição da equipe. As unidades locais em conjunto com a gestão hospitalar devem organizar as equipes.
- Se for previsto que o recém-nascido necessite de suporte respiratório como na prematuridade ou sofrimento fetal, membros da equipe neonatal adequadamente qualificados devem estar presentes no parto;
- O EPI deve ser colocado em uma sala adjacente e outro membro da equipe deve esperar do lado de fora da sala de parto, pronto para ser chamado caso o recém-nascido precise de alguma intervenção;
- A equipe perinatal deve estar paramentada com equipamento de proteção individual (EPI): avental descartável e impermeável de mangas longas, touca, máscara N95 ou PFF-2, óculos de proteção ou protetor facial e luvas;
- O uso de máscaras N95 ou PFF2 são especialmente importantes durante procedimentos geradores de aerossóis como aspiração de vias aéreas, ventilação com pressão positiva, intubação traqueal e aplicação de CPAP com máscara. Recomenda-se instalar filtro tipo HEPA para partículas finas de alta eficácia, eletrostático

- e hidrofóbico, no balão de reanimação e no ventilador mecânico manual em T;
- A ressuscitação/estabilização neonatal deve prosseguir conforme as orientações atuais do PRN-SBP;
 - Se for necessário equipamento adicional, isso pode ser passado à equipe por um membro da equipe 'limpo' fora da sala;
 - Secar normalmente o RN enquanto o cordão ainda está intacto;
 - Clampeamento do cordão de 1 a 3 minutos em RN => 34s com boa vitalidade, ou seja, respirando ou chorando e com tônus muscular;
 - Clampeamento do cordão com 30-60 segundos em RN <34s com boa vitalidade, ou seja, respirando ou chorando e movimentação ativa);
 - No caso de um RN prematuro, medidas termo regulatórias padrão conforme documento da SBP.
 - Recomenda-se a permanência do RN em incubadora fechada como barreira de proteção para a criança, após os cuidados iniciais e antes da transferência para a continuidade do cuidado no alojamento conjunto ou Unidade Neonatal de Cuidados Progressivos.
 - Recém-nascidos instáveis devem ser transportados em incubadoras de transporte devidamente equipadas para responder às suas demandas clínicas, como já recomendado pelo PRN-SBP;
 - No transporte interhospitalar, além das estratégias de prevenção de gotículas, contato e aerossóis, a incubadora e o veículo de transporte devem, obrigatoriamente, passar por desinfecção antes e após o término do procedimento. O transporte interhospitalar deve ser realizado antes do nascimento da criança para reduzir riscos de transmissão e complicações clínicas!
 - Não está recomendado o contato pele a pele e amamentação na sala de parto;
 - A amamentação é recomendada na continuidade do cuidado neonatal, se possível, na primeira hora de vida. As mães devem ser orientadas sobre a lavagem de mãos e o uso de máscaras durante o manuseio da criança para cuidados e amamentação;
 - Recomenda-se banho precoce quando as condições do RN permitirem para evitar a possível colonização da pele pelo vírus.

Diagnóstico da infecção no período neonatal

Definição de infecção suspeita e confirmada por SARS-CoV-2 no período neonatal
INFECÇÃO SUSPEITA

RN filho de mãe com síndrome gripal, suspeita ou confirmada por SARS-CoV-2, nos últimos 14 dias antes do parto até 28 dias após o nascimento, OU

RN diretamente exposto a pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2, dentre eles familiares, cuidadores, equipe médica ou visitante.

INFECÇÃO CONFIRMADA

Teste positivo para SARS-CoV-2 por RT-PCR em amostras obtidas do trato respiratório ou sangue, critérios diagnósticos em RN Sintomáticos

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- As manifestações clínicas são inespecíficas, sobretudo em recém-nascidos prematuros como instabilidade ou flutuações de temperatura, muito comumente com hipotermia;
- É necessário monitorar manifestações sistêmicas como sucção débil, letargia, vômitos, sinais de dificuldade respiratória, com aumento da frequência respiratória, tiragem intercostal e subcostal, batimentos de aletas nasais, gemido, balanço tóraco-abdominal, cianose e apneia. Instabilidade hemodinâmica com taquicardia, tempo de enchimento capilar aumentado e hipotensão sistêmica são sinais tardios de agravamento do quadro clínico;
- Podem também estar presentes sintomas gastrointestinais como intolerância alimentar, vômitos, diarreia, sangramento intestinal e distensão abdominal. Todos esses sinais podem estar relacionados ao quadro de prematuridade ou sofrimento perinatal e ainda infecções outras não relacionadas ao SARS-CoV-2.
- O monitoramento dos dados vitais dentre eles perfusão capilar, temperatura, frequência cardíaca, oximetria e, pressão arterial quando indicada, é fundamental;

Exames laboratoriais (molecular e sorológicos)

Pesquisa do RNA do vírus SARS-CoV-2 por RT-PCR (reação em cadeia da polimerase), em swabs de secreção respiratória, coletados na orofaringe:

- Considerado padrão ouro para o diagnóstico de covid-19. O vírus pode ser detectado a partir de dois dias de infecção, independente de presença de sintomas. Um ou mais resultados negativos não descartam a possibilidade de infecção;
- Pesquisa de IgM e IgG covid-19: testes mais divulgados, sobretudo por existir a versão do teste rápido. Pode ocorrer falso negativo se o paciente não responde logo com IgM ou falso positivo por IgM residual, que pode persistir por meses. Neste caso, não permite saber, com certeza, se o paciente é recém infectado, exigindo a confirmação com RT-PCR;
- Exames laboratoriais complementares: conforme evolução do quadro clínico da criança.

Testando os recém-nascidos para covid-19

- Sempre que possível, os recém-nascidos de mães covid-19 positivas devem ser testados para a presença do vírus por meio do RT-PCR;
- Os RN de mães com infecção, diagnosticadas como suspeitas devem ser consideradas potencialmente infectadas e, portanto, com risco de transmissão do vírus por pelo menos 14 dias;
- Os recém-nascidos sintomáticos devem ser priorizados para diagnóstico por RT-PCR.

O momento ideal para a coleta dos testes para detecção do SARS-CoV-2 é desconhecido. Com base no conhecimento disponível e considerando que a via de transmissão é principalmente pós-natal e que em nosso meio o uso racional de recursos é imperativo, recomenda-se:

- Coletar swab de oro e nasofaringe para realização de RT-PCR com 24 a 48 horas de vida. Repetir a coleta a cada 48 a 72 horas, até obter 2 resultados negativos consecutivos;
- Se positivo, considerar coleta de swab retal para a realização de RT-PCR caso a internação seja prolongada;
- Se o resultado for negativo em paciente com alto índice de suspeição para covid-19, particularmente quando foi coletada amostra somente do trato respiratório superior, colher amostra adicional de aspirado traqueal, se possível, para novo teste.

Com relação aos demais exames laboratoriais, solicitar hemograma, proteína C reativa e hemocultura, na dependência da evolução e gravidade do quadro clínico. Também considerar gasometria arterial, eletrólitos, testes de função renal e hepática, marcadores cardíacos, LDH, CK, além de pesquisa para esclarecimento etiológico para influenza, H1N1, VSR e TORCHS.

Nos RN com manifestações respiratórias, solicitar Raio-X de tórax e tomografia ou ultrassonografia de tórax, na dependência da disponibilidade do exame no serviço. Se houver manifestações gastrointestinais, solicitar Raio-X e/ ou ultrassonografia de abdome.

Critérios diagnósticos para recém-nascidos assintomáticos

Testar RN assintomáticos para SARS-CoV-2, quando existe disponibilidade dos testes, pode facilitar a organização da assistência hospitalar e na transição do cuidado com a atenção ambulatorial especializada e APS, sendo importante ferramenta para a compreensão da transmissão viral.

Plano de cuidado intrahospitalar

Os componentes do cuidado incluem: prevenção da disseminação e transmissão da covid-19, estabilização clínica da criança, definição do nível do cuidado, diagnóstico específico e de comorbidades, plano de alta, transição do cuidado hospitalar com integração ao cuidado ambulatorial, na APS e AAE.

1) Recém-nascido assintomático, com bom estado clínico em alojamento conjunto mãe-filho, privativo, em isolamento

- Mãe clinicamente estável com suspeita clínica ou confirmada de infecção pelo SARS-CoV-2 covid-19 e RN assintomático devem ser encaminhados ao alojamento conjunto em acomodação privativa, em regime de isolamento, respeitada distância mínima de 2 metros entre o leito da mãe e o berço do RN. A presença de acompanhante é permitida desde que seja único, regular, assintomático, não pertencente ao grupo de risco e sem histórico de contato com portador de síndrome gripal ou infecção respiratória comprovada por covid-19.
- Para a redução do risco de disseminação do vírus no ambiente e prevenção de transmissão da covid-19 para a criança a mãe deve ser orientada para higienização das mãos, antes e após os cuidados ao RN, e para uso de máscaras cirúrgicas para precauções de transmissão por gotículas durante os cuidados e a amamentação.
- Diagnóstico laboratorial: Em nosso meio não estão indicados exames laboratoriais para diagnóstico de SARS-CoV-2 em RN assintomático, clinicamente estável, recebendo cuidados básicos. Porém sempre que possível, os recém-nascidos devem ser testados por RT-PCR
- Se a mãe precisar de assistência para cuidar de seu filho, orienta-se um cuidador que pode ser um familiar saudável e sem história de doença ou contato próximo com doente. O RN ficará isolado da mãe, em quarto isolado de acordo com o arranjo local, com 2 metros de distância entre os leitos;
- Devem ser assegurados critérios mínimos, para que a alta de RN seja segura conforme Portaria N° 2068/201.6

AMAMENTAÇÃO

A amamentação deve ser mantida nas crianças clinicamente estáveis. Nas internadas na UNCP, priorizar o leite materno mantendo o aleitamento por meio de ordenha do leite se as condições da mãe permitirem.

TRIAGEM NEONATAL NO HOSPITAL

- Teste da oximetria de pulso (teste do coraçãozinho) É fundamental para o diagnóstico de malformações cardíacas complexas. Nenhum RN deve receber alta sem o teste, e quando positivo, sem o ecocardiograma;

- Teste de triagem biológica (teste do pezinho), recomendado pelo MS a sua realização às 48 horas de vida, antes da alta hospitalar;
- Teste do olhinho e orelhinha poderão ser realizados no hospital ou agendados para realização em nível ambulatorial e deverão ser informados no Plano de Alta.
- Para o teste do frênulo lingual, recomenda-se não examinar o frênulo lingual diretamente. Observar a amamentação!

2) Cuidados no alojamento conjunto de mães e recém-nascidos sem diagnóstico c-19 ou sem suspeita da doença

- Manter o Alojamento Conjunto mãe-filho, de mães saudáveis, sem história ou doença por covid-19, conforme Portaria do MS, 2068 de 21 de outubro de 2016.

3) Gestão na Unidade Neonatal

É necessário manter um registro de todos os profissionais que entram na sala. Todos os profissionais da assistência devem seguir as diretrizes de EPI recomendadas localmente antes de entrar na sala de isolamento;

As investigações clínicas devem ser minimizadas. Recomenda-se equipe experiente para definições de adiamento de investigações de rotina e na priorização dos itens do cuidado, reduzindo investigações desnecessários

O fluxo na Unidade Neonatal, com capacidade de leitos, insumos, equipamentos e disponibilidade de equipe precisa ser monitorado diariamente.

Os fluxos precisam ser definidos de acordo com os protocolos instituídos pela CCIH.

4) Cuidados na Unidade Neonatal de cuidados progressivos

- Os RN de mães com suspeita ou infecção confirmada pela covid-19, com complicações da prematuridade ou recém-nascidos a termo com quadros clínicos instáveis, deverão ser encaminhados para a Unidade de Cuidados Progressivos, em leitos de terapia intensiva ou intermediários de acordo com a demanda.
- O RN assintomático, clinicamente estável, cuja mãe está moderada ou gravemente doente em cuidados intensivos, poderá ficar na unidade neonatal ou em isolamento, em alojamento conjunto, com acompanhante escolhido pela mãe. Essas situações abrangem também o cuidado ao RN estável cuja mãe sintá-se insegura para cuidar do filho em alojamento conjunto.

- A engenharia hospitalar e a CCIH e neonatologia devem discutir a melhor estrutura para assistência ao recém-nascido doente. É recomendável que o RN seja admitido em local que permita isolamento, em incubadora de dupla parede com mangas íris, em quarto individual e com pressão negativa
- O RN deve receber cuidados de acordo com sua demanda clínica, seguindo os protocolos do serviço de suporte ventilatório, hemodinâmico, práticas nutricionais e todos os outros, mantendo as orientações específicas de controle do covid-19;
- Realizar raio de tórax na presença de sinais de insuficiência respiratória, como recomendado em protocolos clínicos internacionais consensuados;
- As avaliações clínicas devem seguir as recomendações de manipulação mínima, priorizando a monitoração de FC, FR PA não invasiva, FR, padrão respiratório e oximetria de pulso, mantendo a qualidade da atenção, adequando-a à gravidade e evolução do quadro clínico e especificidades como hiperbilirrubinemia, risco de infecções, asfixia e outros;
- Recomenda-se reduzir exames aos estritamente necessários, restringindo os de rotina. Realizá-los quando forem indicados para confirmar suspeita clínica;
- O plano nutricional deverá seguir protocolos clínicos para o perfil clínico da criança. Existem poucas evidências, mas os consensos recomendam que o leite ordenhado da própria mãe deva ser oferecido aos recém-nascidos internados nas unidades neonatais, desde que sejam garantidas todas as precauções de segurança. Recomenda-se que a decisão seja discutida pela equipe e compartilhada com os pais, levando em conta benefícios e riscos.
- RN filho de mãe confirmada para covid-19 deverá permanecer em isolamento até a alta hospitalar, sendo o exame do RN positivo ou negativo para covid-19;
- RN filho de mãe com a doença descartada, poderá ser liberado do isolamento, seguindo os cuidados de acordo com as recomendações.

CUIDADOS RESPIRATÓRIOS NA UNIDADE NEONATAL

- A intubação apresenta risco particularmente alto, deve ser realizada por profissional experiente e deve envolver o uso de EPI apropriado, mesmo em uma emergência.
- A aspiração deve ser em sistema fechado, se possível;
- As terapias de CPAP e alto fluxo estão associadas a aerolização significativa e devem, portanto, também ser considerado de alto risco para contaminação e disseminação do vírus;
- O suporte ventilatório no período neonatal segue as recomendações normais de antes da pandemia da COVID- 19, acrescidas daquelas atuais referentes a proteção de aerossóis.

Orientações para pais e visitantes

- Pais positivos para covid-19 não devem visitar seu filho na Unidade Neonatal;
- Os pais que foram rastreados para o covid-19, por qualquer motivo, não devem ter permissão para visitar seu recém-nascido até que sejam confirmados negativos;
- As unidades devem procurar minimizar a perda de contato da família, por exemplo, com técnicas de vídeos.
- Os pais que telefonarem para as unidades neonatais para obter informação devem receber aconselhamento oportuno, com o objetivo de minimizar o contato direto com os serviços neonatais ou pediátricos.
- As visitas de outros funcionários às UN devem ser reduzidas ao mínimo;
- As reuniões, exceto as do comitê gestor da covid-19 deve ser remotas

Plano de alta hospitalar e integração da Atenção Hospitalar à Atenção Primária à Saúde (APS) e interface com a Atenção Ambulatorial Especializada - AAE

Os critérios e plano de alta para RN de mães suspeitas ou com diagnóstico confirmado para covid-19 serão definidos de acordo com a evolução clínica durante a permanência hospitalar: assintomático, infecção de média intensidade e infecção grave, levando em consideração se são recém-nascidos prematuros ou termo.

- Deve ser elaborado um Plano de Cuidados de Alta do RN definindo estratégias de cuidado presencial ou à distância;
A integração com APS deve assegurar acompanhamento nos primeiros dias de hiperbilirrubinemia, estabelecimento do aleitamento materno, com prevenção do desmame precoce, e continuidade da vacinação iniciada no hospital, com verificação da caderneta da criança;
- As altas só poderão ser dadas com crianças estáveis elaboradas clínica e laboratorialmente, quando necessário, para os problemas com risco de adoecimento e morte em domicílio, como fatores de risco para infecções não covid-19, como: hiperbilirrubinemia moderada e grave, prematuridade tardia, com apoio da APS e AAE, quando necessário;
- Prematuros devem sair do hospital com plano de cuidados para monitoramento de risco de infecções, apneia, desidratação, desmame precoce, desnutrição;
- Orientações específicas para pais sobre a redução do risco de infecção por covid-19 (reduzir o contato social, lavar as mãos) e intervenções destinadas a prevenir outras doenças (por exemplo, imunizações) devem ser otimizadas;
- No momento da alta, oferecer orientações de manutenção do isolamento domiciliar materno, evitando visitas e respeitar distanciamento de outras pessoas.

- Lavar as mãos com água e sabão por pelo menos 20 segundos antes de amamentar ou trocar o bebê para os cuidados de rotina, como troca de fraldas e banho. Usar álcool gel quando não for possível a lavagem das mãos.
- Fazer limpeza de objetos e superfícies do domicílio com álcool a 70 % líquido.
- Recomendado estratégias de monitoramento clínico por meio de teleatendimento; elas foram autorizadas em caráter excepcional e temporário pelo Ministério da Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- As teleorientações poderão ser realizadas pelo pediatra e equipe multiprofissional, de acordo com suporte oferecido por cada Unidade de Saúde. Nos RN pré-termos (RNPT), iniciar o monitoramento 48 horas após a alta hospitalar e manter de 2 em 2 dias até que eles completem 2500 g, finalizando a terceira etapa do Método Canguru. Seguir com as teleorientações no ambulatório de seguimento (follow up) e atender presencialmente os casos identificados por meio da telemedicina.
- Orientar sobre a continuidade do contato pele a pele e aleitamento materno, respeitando-se as normas sobre uso de máscaras cirúrgicas, lavagem das mãos e uso de álcool gel.
- Tentar viabilizar transporte sanitário para o domicílio, por meio de parcerias com as secretarias municipais de saúde.
- Orientar as famílias no sentido de identificar situações clínicas de alerta em RNPT, para seguir fluxos assistenciais da APS.

Referências

REFERÊNCIAS DA 4ª VERSÃO

INTRODUÇÃO

Boletim Epidemiológico 01. <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/04/Boletim-epidemiologico-SVS-04fev20.pdf>

O lado oculto de uma Pandemia: A Terceira Onda da COVID-19 ou o Paciente Invisível - Eugênio Vilaça Mendes. <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf>

Guia de Vigilância Epidemiológica | Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. MS – agosto de 2020. <https://coronavirus.saude.gov.br/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19>

Orientações para manejo de pacientes com COVID-19. MS – maio 2020. <https://coronavirus.saude.gov.br/manejo-clinico-e-tratamento>

Nota Técnica nº 59/2021. MS. <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/fevereiro/02-1/nota-tecnica-recomendacoes-quanto-a-nova-variante-do-sars-cov-2-no-brasil.pdf>

OMS (2021) Atualização epidemiológica: Ocorrência das variantes de SARS-CoV-2 nas Américas. <https://www.paho.org/pt/documentos/atualizacao-epidemiologica-ocorrencia-variantes-sars-cov-2-nas-americas-20-janeiro-2021>

Painel do WHO Coronavírus Disease (COVID-19). <https://covid19.who.int/>. acessado em 03/02/2021

Painel CONASS – COVID-19. <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>

Parecer Público de avaliação de solicitação de autorização temporária de uso emergencial, em caráter experimental, da vacina adsorvida covid-19 (inativada) – Instituto Butantan. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/arquivos/arquivos-vacinas-uso-emergencial/ppam-final-vacina-adsorvida-covid-19-inativada-butantan-2.pdf>

Parecer Público de avaliação de solicitação de autorização temporária de uso emergencial, em caráter experimental, da vacina covid-19 (recombinante) – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/confira-materiais-da-reuniao-extraordinaria-da-dicol/ppam-final-vacina-covid-19-recombinante-fiocruz.pdf>

Nota Informativa nº 01/2020 – CGSB/DESF/SAPS/MS. https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200618_N_SEIMS-0014975480-NI1COVID19COLETASWAB-SUS_2002239356930452608.pdf

NOTA TÉCNICA nº 52/2020 – CGPNI/DEIDT/SVS/MS. https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/10/11-sei_nota-reinfeccao.pdf

NOTA TÉCNICA nº 12/2021 – SEI/GRECS/GGTES/DIRE1/ANVISA. https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota_tecnica_1307074_nota_tecnica_n_12_corrigida.pdf

ORIENTAÇÃO TÉCNICA PARA USO DE EPI NA CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19. <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-12-2021-orientacao-tecnica-para-uso-de-epi-na-campanha-nacional-de-vacinacao-contr-a-covid-19/>

NOTA TÉCNICA nº 12/2021 – SEI/GSTCO/DIRE1/ANVISA. Acessada em 15/02/2021. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/sangue-tecidos-celulas-e-orgaos/notas-tecnicas/nota-tecnica-12-2021-gtsco>

GUIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019 – covid-19-MS- 15 de março - Versão 3

Knight et al. 2020: Knight Marian, Bunch Kathryn, Vousden Nicola, Morris Edward, Simpson Nigel, Gale Chris et al. Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: national population based cohort study BMJ 2020. 369 :m2107.

NOTA TÉCNICA nº 7/2021 – SEI/COINS/GIMED/GGFIS/DIRE4/ANVISA

Ongoing Living Update of COVID-19 Therapeutic Options: Summary of Evidence - PAHO. 17/02/2021. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52719/PAHOIMSEIHCOVID-19210003_eng.pdf?sequence=26&isAllowed=y. ACESSADO 01/03/2021

Sobre as variantes do vírus que causa COVID-19 – CDC. Acessado 03/03/2021. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/transmission/variant.html>

Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19- 5ª edição- 15/03/2021. https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/17/plano_nacional-de-operacionalizacao-da-vacina-contr-a-covid-19_5a-ed_17-03.2021 (acessado em 18/03/2021)

APS

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.

_____. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso: 27 de jan. 2021

_____. Portaria nº 397, de 16 de março de 2020. Dispõe sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Disponível: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-397-de-16-de-marco-de-2020-*-248809238>. Acesso: 28 de jan. 2021

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução do CFM no 2.227/2018. De-

fine e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias. Brasília, 2018. Disponível <https://www.in.gov.br/materia//asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/62181135>. Acesso: 26 de jan.2022.

FIOCRUZ. Cartilha Povos Indígenas no Contexto da Pandemia Saúde Mental e Psicossocial. 2020. Disponível <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/cartilha_povos_indigenas.pdf>. Acesso: 3 de nov.2020.

MINISTERIO DA SAÚDE. Caderneta de saúde da pessoa idosa. 4 edição, Brasília, 2017. Disponível <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/CADERNETA-PESSOA-IDOSA-2017-Capa-miolo.pdf>>. Acesso: 29 de jan.2021.

MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Protocolo de manejo clínico do Coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde. Disponível em: <http://20200327_ProtocoloManejo_ver06_Final.pdf>. Acesso em: 01 de abril 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE: Secretaria de Atenção Primária (SAPS): Nota Técnica–DIDEPRE/CONPREV/INCA, 2020. Disponível<<https://www.inca.gov.br/publicacoes/notas-tecnicas/rastreamento-de-cancer-durante-pandemia-de-covid-19>>. Acesso em 29 jan. 2021.

MORAES, E. N.; MORAES, F.L; BICALHO, M. A. C. et al. A pandemia por Coronavírus e o idoso. Núcleo de Geriatria e Gerontologia. Universidade Federal de Minas Gerais. 2020a.

MORAES, E. N; MOTA, M.A.; BARRA, R.; et al. Fluxograma de acolhimento e classificação de risco do idoso com suspeita de infecção pelo Coronavírus nas redes de atenção à saúde.2020b.(16m19s). Disponível em: <<http://qrco.de/bbTtxta>>. Acesso em 01 de abril 2020b.

Portaria nº 381 de 01 de março de 2021GM/MS. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-361-de-1-de-marco-de-2021-306208769>

Anvisa concede primeiro registro definitivo para vacina contra a Covid-19 nas Américas. <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/02/anvisa-concede-primeiro-registro-definitivo-para-vacina-contra-a-covid-19-nas-americas>. Acessado em 03/03/2021

SAÚDE MENTAL

Atendimentos Psiquiátricos no Brasil sofrem impacto da pandemia COVID-19. ABP. Disponível em: <https://www.abp.org.br/post/atendimentos-psi-quiatricos-no-brasil-sofrem-impacto-da-pandemia-de-covid-19>. Acesso em 22 de Jun. 2020.

Depression, Anxiety, and Lifestyle Among Essential Workers: A Web Survey From Brazil and Spain During the COVID-19 Pandemic, De Boni RB, Balanza- Martinez V, Mota JC, Cardoso TDA, Ballester P, Carbonell B, Bastos FI, Kapczinski F. J Med Internet Res 2020;22(10):e22835. Disponível em <https://preprints.jmir.org/preprint/22835/accepted>. Acessado em 25/01/2021.

Cartilha Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Recomendações Gerais.

Cartilha Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Recomendações para gestores

Cartilha Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Recomendações aos Psicólogos para atendimento online.

Considerações psicossociais e de saúde mental durante o surto de COVID-19, https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51996/OPASBRACOV1920040_por.pdf?seq.

Estresse em profissionais da saúde que atendem pacientes com COVID-19, disponível em: <https://www.sbponline.org.br/2020/03/grupode-trabalho-gt-de-enfrentamento-da-pandemia-sbp-covid-19>.

Faro, A., Bahiano, M. A., Nakano, T. C., Reis, C., Silva, B. F. P., & Vitti, L. S. (2020). COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. Estudos de Psicologia (Campinas), 37, e200074. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>

Heidgger, M. Ser e Tempo. 12a. Ed. Petrópolis, Ed. Vozes, 2002, Parte 1

Le Shi, et al.; Prevalence of and Risk Factors Associated With Mental Health Symptoms Among the General Population, in China During the Coronavirus Disease 2019. Pandemic-JAMA Network Open. 2020;3(7):e2014053. doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.14053> (Reprinted) July 1, 2020 1/16.

Nota informativa: A SAÚDE MENTAL EM MEIO À PANDEMIA COVID-19, Fernanda Benquerer Costa - Médica Psiquiatra

NOTA TÉCNICA nº 41/2020. CGMAD/DAPES/SAPS/MS

Organização Pan-Americana da Saúde, 2020, Considerações psicossociais e de saúde mental durante o surto de COVID-19, 18 de março de 2020

ORNELL, Felipe, et al. O impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, e00036520, Mar. 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1037/o-impacto-da-pandemia-de-covid-19-na-saude-mental-dos-profissionais-de-saude>. acessos em 22 Jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00036520>.

Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health, 13 MAY 2020

Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais: COE/SVS/MS | Abr. 2020

Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais - COE/SVS/MS | Abr. 2020 (anexo 30 do link PlanificaSUS)

Recomendações sobre manutenção de Medicamentos. Resolução – RDC nº 357, de 24 de março de 2020.

Dantas ESO. Saúde Mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. Interface (Botucatu). 2021; 25(Supl. 1): e200203 <https://doi.org/10.1590/Interface.200203>

Rego MAS e cols. Documento científico: Prevenção e Abordagem da Infecção por COVID-19 em mães e Recém-Nascidos, em Hospitais-Maternidades MARÇO 2020; 1-7 páginas

REFERÊNCIAS DAS VERSÕES ANTERIORES

RESOLUÇÃO CFM no 2.227/2018 – Define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias.

MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Protocolo de manejo clínico do Coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/20200504_ProtocoloManejo_ver09.pdf>. Acesso em: 01 de abr. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE: Secretaria de Atenção Primária (SAPS): NOTA TÉCNICA nº 7/2020. COSMU/CGCIVI/ DAPES/SAPS/MS <http://189.28.128.100/dab/docs/portal-dab/documentos/notatecnicagestantes72020COCAMCG-CIVIDAPES-SAPSMS03abr2020COVID-19.pdf>> Acesso em 27/04/2020

MORAES, E. N.; MORAES, F.L; BICALHO, M. A. C. et al. A pandemia por Coronavírus e o idoso. Núcleo de Geriatria e Gerontologia. Universidade Federal de Minas Gerais. 2020^a.

MORAES, E. N; MOTA, M.A.; BARRA, R.; et al. Fluxograma de acolhimento e classificação de risco do idoso com suspeita de infecção pelo Coronavírus nas redes de atenção à saúde.2020b.(16m19s). Disponível em: <<http://qrco.de/bbTtxta>>. Acesso em 01 de abr. 2020.

FIOCRUZ. Cartilha Povos Indígenas no Contexto da Pandemia-Saúde Mental e Psicossocial. 2020. https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/cartilha_povos_indigenas.pdf

Secretaria de Vigilância em Saúde Guia de Vigilância Epidemiológica- Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019- agosto de 2020- 57 pag – Brasília/DF Site: <http://www.saude.gov.br/svs> acessado em 10/09/2020

Saúde Mental

Cartilha Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Recomendações Gerais.

Cartilha Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Recomendações para gestores

Cartilha Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Recomendações aos Psicólogos para atendimento online.

Considerações psicossociais e de saúde mental durante o surto de COVID-19, https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51996/OPASBRACOVID1920040_por.pdf?seq

Estresse em profissionais da saúde que atendem pacientes com COVID-19, disponível em: <https://www.sbponline.org.br/2020/03/grupode-trabalho-gt-de-enfrentamento-da-pandemia-sbp-Covid-19>.

Faro, A., Bahiano, M. A., Nakano, T. C., Reis, C., Silva, B. F. P., & Vitti, L. S. (2020). COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. Estudos de Psicologia (Campinas), 37, e200074. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>

Heidgger, M. Ser e Tempo. 12a. Ed. Petrópolis, Ed. Vozes, 2002, Parte 1

Le Shi, et al.; Prevalence of and Risk Factors Associated With Mental Health Symptoms Among the General Population, in China During the Coronavirus Disease 2019. Pandemic-JAMA Network Open. 2020;3(7):e2014053. doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.14053> (Reprinted) July 1, 2020 1/16.

Nota informativa: A SAÚDE MENTAL EM MEIO À PANDEMIA COVID-19, Fernanda Benquerer Costa Médica Psiquiatra.

NOTA TÉCNICA Nº12/2020-CGMAD/ DAPES/ SAPS/ MS

Organização Pan-Americana da Saúde, 2020, Considerações psicossociais e de saúde mental durante o surto de COVID-19, 18 de março de 2020

ORNELL, Felipe, et al. O impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, e00036520, Mar. 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1037/o-impacto-da-pandemia-de-Covid-19-na-saude-mental-dos-profissionais-de-saude>. acessos em 22 Jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00036520>.

Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health, 13 MAY 2020

Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais: COE/SVS/MS | Abr. 2020

Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais - COE/SVS/MS | Abr. 2020 (anexo 30 do link PlanificaSUS).

Atenção Ambulatorial Especializada

COE/SVS/MS. Guia de Vigilância Epidemiológica Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. Brasília - DF: [s.n.]. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/07/GuiaDeVigiEpidemC-19-v2.pdf>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM no 1.643/2002 [que] define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. [s.l: s.n.]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1643_2002.pdf.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA.; INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Prescrição Eletrônica. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28674:-2020-04-23-13-38-34&catid=3. Acesso em: 26 abr. 2020.

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE EMERGÊNCIA (2019-2021)- SBP. Sistematização da assistência de pacientes com COVID-19 no serviço de emergência pediátrica.

COE/SVS/MS. Guia de Vigilância Epidemiológica-Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. Brasília - DF: [s.n.]. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/07/Guia-DeVigiEpidemC19-v2.pdf>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM no 1.643/2002 [que] define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. [s.l: s.n.]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1643_2002.pdf.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA.; INSTI- TUTO NACIONAL DE TEC- NOLOGIA DA INFORMAÇÃO; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Prescrição Eletrônica. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28674:-2020-04-23-13-38-34&catid=3. Acesso em: 26 abr. 2020.

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE EMERGÊNCIA (2019-2021)- SBP. Sistematização da assistência de pacientes com COVID-19 no serviço de emergência pediátrica. [s.l: s.n.].

MARCELO, Q.; SARAIVA, J. F. K.; LAN, C. J. Telemedicina_SBC. [s.l: s.n.].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 467, 2020. Brasília: [s.n.]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>.

MORAES, E. N.; MORAES, F.L; BICALHO, M. A. C. ET AL. A PANDEMIA POR CORONAVÍRUS E O IDOSO. N. DE G. E G. U. F. DE M. G. 2020A. A PANDEMIA POR CORONAVÍRUS E O IDOSO. Belo Horizonte: [s.n.].

SANTOS JR, B. et al. Análise da Associação entre Fármacos que Aumentam a Expressão de ECA2 e Desfechos Graves em Pacientes com COVID-19: uma Revisão Rápida. Rio de Janeiro: [s.n.]. Disponível em: https://sbc-portal.s3.sa-east-1.amazonaws.com/diretrizes/Rapid_Review_COVID19_ECA2.pdf.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SBC informa-Nota de esclarecimento 13 de março de 2020-Infecção pelo Coronavírus 2019 (COVID-19). Disponível em: <http://www.cardiol.br/sbcinforma/2020/20200315-comunicado-coronavirus.html>. Acesso em: 12 abr. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Recomendações de Boas Práticas da Sociedade Brasileira de Nefrologia às Unidades de Diálise em relação a Epidemia do novo Coronavírus (COVID-19) Sociedade Brasileira de Nefrologia. São Paulo: [s.n.]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. O Aleitamento Materno nos Tempos de COVID-19. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22393c--Nota_de_Alerta_sobre_Aleitamento_Materno_nos_Tempos_COVID-19.pdf. Acesso em: 12 abr. 2020.

Atenção hospitalar, SAMU e UPA

Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Posicionamento da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) sobre Covid-19. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://paliativo.org.br/posicionamento-diretoria-an-cuidados-paliativos-covid19/>. Acesso em: 20 abr. 2020.

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/ab598660-3de-4-4f14-8e6f-b9341c196b28>. Acesso em: 21 abr. 2020.

Asociación Madrileña de Calidad Asistencial. Protocolo para la gestión hospitalaria de la pandemia de Sars-Cov-2 (Covid-19). Disponível em: <http://www.amcasistencial.es/upload/usuarios/00087/web/Protocolo%20Gral%20para%20la%20Gesti%C3%B3n%20de%20la%20Crisis%20Coronavirus%20elaborado%20por%20AMCA%20V1.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2020.

Associate Prof. & Interventional Pulmonologist Amrita Institute of Medical Sciences. International Pulmonologist's Consensus on Covid-19 - 2nd Edition. Disponível em: https://www.saudedafamilia.org/coronavirus/artigos/international_pulmonologists_consensus.pdf. Acesso em: 22 abr. 2020.

B. Rache, Rocha, R., Nunes, L., Spinola, P., Malik, A. M. e A. Massuda. Necessidades de Infraestrutura do SUS em Preparo à Covid-19: Leitos de UTI, Respiradores e Ocupação Hospitalar. Nota Técnica n.3. IEPS: São Paulo, 2000. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/IEPS-NT3.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Tratamento do novo Coronavírus 2019-nCoV. Brasília, 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: 20 abr. 2020.

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: 21 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico, n. 4. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde. Jan. 2020. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/23/Boletim-epidemiologico_SVS_04.pdf. Acesso em: 21 abr. 2020.

FERGUSON, N. et al. Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand. [s.l: s.n.]. Imperial College London: Mar. 2020. Disponível em: <https://spiral.imperial.ac.uk:8443/handle/10044/1/77482>. Acesso em: 28 abr. 2020.

Hospital Sírio Libanês. Recomendações de cuidados de fim de vida para pacientes em insuficiência respiratória aguda por infecção pelo Covid-19. Março, 2020.

Ministério da Saúde. Nota Técnica nº09/2020. 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). Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/março/24/NOTA-T--CNICA-N-9-2020-CGAH-AHU-SAES.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. Plano de Contingência do Paraná COVID-19. 2020. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PLANOCOVID19final.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2020.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. Plano Estadual de Contingências para Enfrentamento do Novo Coronavírus - 2019-nCoV. 1ª ed. Fev. 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/feve-reiro/13/PLANO-DE-CONTINGENCIA-novo-coronavirus--BAHIA-EM-REVIS--O.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Novel Coronavirus (2019-nCoV) technical guidance. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em: 20 abr. 2020.

Consenso Internacional de Pneumologia em Covid-19. Nota Técnica n° 9 / 2020, CGAHD/SAES /MS, 23 de março de 2020.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira Para Abordagem do Covid-19 em Medicina Intensiva- abril 2020.

Assistência na Atenção hospitalar-unidade perinatal

Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Posicionamento da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) sobre COVID-19. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://paliativo.org.br/posicionamento-diretoria-an-cuidados-paliativos-covid19/>. Acesso em: 20 abr. 2020.

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-b-9341c196b28>. Acesso em: 21 abr. 2020.

Araujo-Filho J de AB, Sawamura MVY, Costa AN, Cerri GG, Nomura CH. Pneumonia por COVID-19: qual o papel da imagem no diagnóstico? J Bras Pneumol. 2020;46(2):1–2.

Asociación Madrileña de Calidad Asistencial. Protocolo para la gestión hospitalaria de la pandemia de SARS-CoV-2 (Covid-19). Disponível em: <http://www.amcasistencial.es/upload/users/00087/web/Protocolo%20Gral%20para%20la%20Gesti%C3%B3n%20de%20la%20Crisis%20Coronavirus%20elaborado%20por%20AMCA%20V1.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2020.

Associate Prof. & Interventional Pulmonologist Amrita Institute of Medical Sciences. International Pulmonologist's Consensus on Covid-19 - 2nd Edition. Disponível em: https://www.saudedafamilia.org/coronavirus/artigos/international_pulmonologists_consensus.pdf. Acesso em: 22 abr. 2020.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira Para Abordagem do Covid-19 em Medicina Intensiva- abril 2020.

B. Rache, Rocha, R., Nunes, L., Spinola, P., Malik, A. M. e A. Massuda. Necessidades de Infraestrutura do SUS em Preparo à COVID-19: Leitos de UTI, Respiradores e Ocupação Hospitalar. Nota Técnica n.3. IEPS: São Paulo, 2000. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/IEPS-NT3.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Tratamento do novo Coronavírus 2019-nCoV. Brasília, 2020. Disponível em: <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/05/Protocolo-de-manejo--clinico-para-o-novo-coronavirus-2019-ncov.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

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://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/28/Boletim-epidemiologicoS-VS-28jan20.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico, n. 4. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde. Jan. 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/23/Boletim-epidemiologico-SVS-04.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica n° 9 / 2020, CGAHD/SAES /MS , 23 de março de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fluxo de Manejo clínico de Gestantes na Atenção Especializada. Mar., 2020; Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/março/20/Fluxo-de-manejo-clinico-de-gestantes.pdf> Acesso em: abr., 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica n°09/2020. 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). Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/março/24/NOTA-T--CNICA-N-9-2020-CGAHD--DAHU-SAES.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. ATENÇÃO ÀS GESTANTES NO CONTEXTO DA INFECÇÃO COVID-19 CAUSADA PELO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2), pp. 1–6, 2020, [Online]. Available: <http://189.28.128.100/dab/docs/portal-dab/documentos/notatecnicagestantes72020COCAMC-GCI-VIDAPESSAPSMS03abr2020COVID-19.pdf>.

Consenso Internacional de Pneumologia em Covid-19.

COE/SVS/MS, “Guia de Vigilância Epidemiológica-Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019,” Brasília - DF, 2020.

C. Disease, “Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Hospital Preparedness Assessment Tool,” vol. 2019, no. Cdc, pp. 1–5, 2019.

D. Sutton, K. Fuchs, M. D’Alton, and D. Goffman, “Universal Screening for SARS-CoV-2 in Women Admitted for Delivery.,” N. Engl. J. Med., pp. 1–2, 2020, doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMc2009316>.

FERGUSON, N. et al. Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand. [s.l: s.n.]. Imperial College London: Mar. 2020. Disponível em: <https://spiral.imperial.ac.uk:8443/handle/10044/1/77482>. Acesso em: 28 abr. 2020.

Hospital Sírio Libanês. Recomendações de cuidados de fim de vida para pacientes em insuficiência respiratória aguda por infecção pelo Covid-19. Março, 2020.

H. Chen et al., “Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records,” *Lancet*, vol. 395, no. 10226, pp. 809–815, 2020, doi: [10.1016/S01406736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S01406736(20)30360-3).

S. A. Rasmussen, J. C. Smulian, J. A. Lednicky, T. S. Wen, and D. J. Jamieson, “Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: What obstetricians need to know,” *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 2019, pp. 1–12, 2020, doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.02.017>.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. Plano de Contingência do Paraná COVID-19. 2020. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PLANO-COVID19final.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2020.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. Plano Estadual de Contingências para Enfrentamento do Novo Coronavírus - 2019-n CoV. 1ª ed. Fev. 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/PLANO-DE-CONTINGENCIA-novo-coronavirus--BAHIA-EM-REVIS--O.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2020.

PEDIATRIA SB de. Recomendações para Assistência ao Recém-Nascido na sala de parto de mãe com COVID-19 suspeita ou confirmada. 2020;1–8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Novel Coronavirus (2019-nCoV) technical guidance. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em: 20 abr. 2020.

CONASS, CONASEMS. COVID-19 Estratégia de Gestão-Instrumento para apoio à tomada de decisão na resposta à pandemia da Covid-19 na esfera local. Brasília, 2020.

FALAVIGNA, M.; COLPANI, V.; STEIN, C.; et al. Guidelines for the pharmacological treatment of COVID-19. The task-force/consensus guideline of the Brazilian Association of Intensive Care Medicine, the Brazilian Society of Infectious Diseases and the Brazilian Society of Pulmonology and Tisiology. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, v. 32, n. 2, p. 166–196, 2020. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32667444>.

GOVERNO FEDERAL/CONGRESSO NACIONAL. Lei Federal-14019-2-julho-2020-. , 2020. Brasília. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2020/lei-14019-2-julho-2020-790376-norma-pl.html>. .

Reabilitação na COVID-19

Nota Técnica 28/2020 MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E TEMÁTICA, COORDENAÇÃO-GERAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. <https://pcd.mppr.mp.br/arquivos/File/NI28.pdf>. Acesso em: 20/09/2020

APS REABILITAÇÃO <https://assobrafir.com.br/covid--19-fisioterapia-na-atencao-primaria-a-saude/> Acesso em: 20/09/2020.

CASOS LEVES REABILITAÇÃO https://assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020/06/ASSOBRAFIR_COVID-19_Formas-Leves_2020.06.03.pdf Acesso em: 20/09/2020.

Parecer BRASPEN/AMIB para o Enfrentamento do COVID-19 em Pacientes Hospitalizados <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Parecer-BRASPEN--COVID-19.pdf>. Acesso em: 20/09/2020.

Anexos

CONASS, CONASEMS. COVID-19 Estratégia de Gestão--Instrumento para apoio à tomada de decisão na resposta à pandemia da Covid-19 na esfera local. Brasília, 2020.

FALAVIGNA, M.; COLPANI, V.; STEIN, C.; et al. Guidelines for the pharmacological treatment of COVID-19. The task-force/consensus guideline of the Brazilian Association of Intensive Care Medicine, the Brazilian Society of Infectious Diseases and the Brazilian Society of Pulmonology and Tisiology. Revista Brasileira de terapia intensiva, v. 32, n. 2, p. 166–196, 2020. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32667444>.

GOVERNO FEDERAL/CONGRESSO NACIONAL. Lei Federal-14019-2-julho-2020, 2020. Brasília. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2020/lei-14019-2-julho-2020-790376-norma-pl.html>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PAC- TUADO NO GT SVS AINDA NÃO PUBLICADO. Definições operacionais SG e SRAG. Brasília, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE -Definição de caso <https://coronavirus.saude.gov.br/definicao-de-caso-e-notificacao>

MINISTÉRIO DA SAÚDE- Plataforma de Triagem de casos Covid-19 <http://covid-19.maida.health/>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS Nº 1444/2020. Brasília, 2020. <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.444-de-29-de-maio-de-2020-259414882>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS Nº 1445/2020. Brasília, 2020. <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=01/06/2020&jornal=515&pagina=46>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS Nº1792/2020. Brasília, 2020 <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=21/07/2020&jornal=515&pagina=41>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE- Recomendações da SBMFC para a APS- 3ª EDIÇÃO- 20/07/2020- ACESSADA EM 22/07/2020. https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/07/Recomendac%CC%A7o%CC%83es--da-SBMFC-para-a-APS-durante-a-Pandemia_3versa%C-C%83o_12_07-1.pdf

TELEMEDICINA/ TELEASSISTÊNCIA

“A tecnologia deve ser o veículo da mudança, e não o guia. Nesse contexto, ter um diagnóstico claro das necessidades em saúde ou de aprimoramento dos serviços de saúde deve ocorrer antes da definição de quais soluções serão incorporadas”¹.

INTRODUÇÃO E CONCEITOS

Telemedicina (TM) ou telemática, segundo a Organização Mundial da Saúde, é a prestação de serviços de saúde por todos os profissionais da saúde, onde a distância é um fator crítico, usando tecnologias de informação e comunicação (TIC) para a troca de informações válidas para diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças e lesões, pesquisa e avaliação, e para a educação continuada de prestadores de cuidados de saúde, tudo no interesse de promover a saúde dos indivíduos e de suas comunidades².

Telemedicina é um termo geral para se referir a entrega remota de cuidados de saúde e informação em saúde³. O termo Telemedicina tornou-se muito amplo e genérico, tanto que recentemente outros termos veem sendo utilizados para especificar um ou outro ramo da telemedicina, tais como: Telessaúde, Saúde on-line, e-saúde, Teleconsulta; Teleoftalmologia e Teledermatologia entre outros⁴.

Bashshur propôs algumas características básicas para a Telemedicina³:

1. Distância física entre comunidades: as que necessitam e a que provê o serviço médico.
2. Uso da tecnologia para realizar a assistência, em substituição a presença física.
3. Disponibilidade de equipe médica e de profissionais de saúde para prestar o serviço.
4. Disponibilidade de profissionais das áreas de tecnologia responsáveis pelo desenvolvimento e manutenção da infra-estrutura de TM.
5. Sistematização do processo de teleassistência com desenvolvimento de protocolos de dados clínicos.
6. Estruturação de segurança, qualidade e sigilo dos dados e serviços oferecidos através da TM.

Wen conclui que “Tendo por base estas características, podemos dizer que a telemedicina não é uma atividade exclusivamente médica, mas é o resultado da união de profissionais de saúde e de tecnologia, formando uma importante sinergia para o desenvolvimento de atividades que visam a promover a saúde”⁵.

A história da telemedicina nos remete a Idade Média, na Europa, quando pragas assolaram o continente. Com o risco de contaminação, um médico se isolou na margem oposta do rio que banhava o povoado e, de lá, se comunicava verbalmente com um auxiliar. Este último descrevia os sintomas e a evolução da doença ao médico e recebia então as orientações das condutas a serem tomadas⁶.

Em 1906 Wilhelm Einthoven (prêmio Nobel), inventor do eletrocardiograma, iniciou experiências de consulta remota através da rede telefônica e descreve como realizar a transmissão por telefone de eletrocardiogramas (ECG)⁷.

Em 1910, na Inglaterra foi criado o primeiro estetoscópio elétrico que funcionava por telefone e em 1948, transmitiu-se pela primeira vez imagens de radiologia através do telefone entre West Chester e Philadelphia ⁷.

Porém, muitos consideram que a primeira aplicação foi realizada pela National Aeronautics and Space Administration (NASA), no início de 1960, devido ao programa de voos espaciais e o desenvolvimento de sofisticadas tecnologias de telemetria biomédica, sensores remotos e comunicações espaciais⁵.

Em 2018 visando o desenvolvimento de políticas públicas e ao aumento de investimentos no uso das TIC no setor de saúde na 71ª Assembleia Mundial da Saúde, foi aprovada uma resolução em relação a saúde digital que insta os países-membros para “que avaliem o uso das tecnologias digitais para a saúde” e “ que determinem os âmbitos prioritários onde seria conveniente dispor de orientações normativas e de assistência e assessoramento técnicos sobre saúde digital”, entre outras ações⁸.

No Brasil a primeira experiência com Telemedicina remota 1994 quando foi iniciada as operações da TELECARDIO, empresa especializada em realizar eletrocardiogramas à distância⁶. Em 2007 o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Telessaúde⁹.

No Brasil, assim como no mundo, a pandemia da Covid-19 e a necessidade de impor medidas de isolamento social, trouxeram a telemedicina como estratégia fundamental para manter o provimento da saúde para as pessoas. A característica disruptiva que essas inovações provocam na prestação dos serviços de saúde merece que aprofundemos o conhecimento e a prática da telemedicina.

A Telemedicina deve ser dirigida principalmente para as necessidades dos pacientes, e também aos profissionais e sistemas de saúde, e não guiada pela tecnologia por si¹.

O Ministério da Saúde define os seguintes termos¹:

- **Telediagnóstico:** serviço autônomo que utiliza as Tecnologias de Informação e Comunicação para realizar serviços de Apoio ao Diagnóstico através de distâncias geográficas e/ou temporais, incluindo diversos subtipos como Telerradiologia, Tele-eletrocardiograma, Tele-eletroencefalograma, Tele-espirometria, Telepatologia e outros, geralmente de forma assíncrona.
- **Telecirurgia:** realização, a distância, de cirurgia (ou procedimento) por um cirurgião, por meio de um sistema robótico; conhecida como cirurgia remota (remote surgery).
- **Telemonitoramento:** monitoramento a distância de parâmetros de saúde e/ou doença de pacientes por meio de TICs, incluindo a coleta de dados clínicos do paciente, sua transmissão, processamento e manejo, realizado por um profissional de saúde por meio de um sistema eletrônico.
- **Teleducação:** conferências, aulas, cursos, ou disponibilização de objetos de aprendizagem interativos sobre temas relacionados à saúde ministrados a distância por meio de TICs.
- **Segunda Opinião Formativa (SOF):** resposta sistematizada – construída com base em revisão bibliográfica das melhores evidências científicas e clínicas, com o papel ordenador da atenção básica à saúde – a perguntas originadas das teleconsultorias selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes dos serviços de saúde.
- **Teleconsulta:** é a realização de consulta médica (ou por outro profissional de saúde) a distância por meio de tecnologia de informação e comunicação, ou seja, interação a distância entre profissional de saúde e paciente.

A teleconsulta pode ser de dois tipos:

- » **Síncrona:** realizada em tempo real, geralmente por web, videoconferência ou telefone. triagem e avaliação inicial de sinais e sintomas, consulta com necessidade de avaliação do paciente, consulta de saúde mental, monitoramento de pacientes¹⁰.
- » **Assíncrona:** realizada por meio de mensagens offline, ou seja, com um tempo previamente determinado para resposta, sem expectativa de resposta automática. Exemplos de aplicação: solicitação de renovação de receitas, monitoramento de pacientes, orientações pós-consulta, orientações preventivas, avaliação de exames complementares¹⁰
- **Teleconsultoria:** consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação

bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho.

São inúmeras as razões que têm justificado a incorporação de soluções em Telemedicina nos serviços de saúde¹:

- resolução de filas de espera para atendimentos ou exames especializados;
- ganhos de escala, uma vez que muitos serviços podem ser atendidos por um menor número de profissionais utilizando Telemedicina;
- garantia ou melhoria de acesso a locais de difícil provimento;
- aumento da qualidade assistencial;
- evitação de deslocamentos de pacientes e profissionais;
- monitoramento a distância;
- redução do tempo para resolução dos problemas em saúde;
- diminuição de custos diretos (recursos humanos, deslocamentos) e indiretos (carga de doença, tempo); e
- assistência às urgências ou situações críticas de saúde – ex.: acidente vascular cerebral agudo, doentes em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).

Telessaúde

O Telessaúde oferta serviços de teleconsultoria para profissionais da APS/AB de todo o Brasil através do número **0800 644 6543**. Esta consultoria registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho em saúde, podendo ser em tempo real ou por meio de mensagens offline¹¹.

Para o Amazonas, Distrito Federal, Recife, Belo Horizonte e Porto Alegre o Ministério da Saúde disponibiliza o Regula mais Brasil que atua em duas frentes utiliza a telessaúde para apoiar os médicos presentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e orienta a regulação das filas para consultas na Atenção Secundária à Saúde. O objetivo do projeto é aperfeiçoar os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), oferecendo apoio no manejo de casos e diminuindo o tempo de espera para consultas com especialistas.

Os casos são classificados a partir de critérios de encaminhamento para priorizar os mais graves, transformando as filas em uma lista de acesso qualificada. Em paralelo, o projeto qualifica os profissionais da APS para resolver as condições sensíveis ao setor na UBS. Antes de decidir pelo encaminhamento ou não ao especialista, o médico pode ligar para o núcleo de telessaúde (0800 644 6543 – opção 2) e discutir o caso com um dos médicos teleconsultores.

O Regula Mais Brasil diminui a espera e otimiza o atendimento com o especialista para oferecer melhores condições à saúde dos pacientes, seja na UBS ou na Atenção Secundária à Saúde¹².

Consultório Virtual de Saúde da Família

Uma outra ferramenta desenvolvida para os profissionais é o uso da plataforma on-line, do consultório Virtual de Saúde da Família, disponibilizada para 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 recebem treinamento para a navegação no sistema, com manutenção e suporte técnico do sistema 24 horas por dia¹³.

Os profissionais que aderirem recebem gratuitamente certificação para a realização dos teleatendimentos. A plataforma permite 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.

Plataforma CRM e CFF

Em 23/04/2020 o Conselho Federal de Medicina (CFM), o Instituto Nacional de Tecnologia da Informação (ITI) e o Conselho Federal de Farmácia (CFF) lançaram uma plataforma que permite validar receitas médicas e atestados digitais que pode ser acessada através de <https://prescricao-eletronica.cfm.org.br/>¹⁴.

A plataforma auxilia a relação remota entre médico, paciente e farmacêutico, com a possibilidade de o paciente receber prescrições diretamente no celular, sem uma via em papel, e ter o documento conferido, via plataforma, diretamente no balcão da farmácia. O projeto conta, também, com um Validador de Documentos que valida a receita em meio digital (formato PDF) quanto a sua autoria, se assinada por um médico habilitado e se dispensada por um farmacêutico. Permite, ainda, verificar a integridade do documento assinado com certificado digital ICP-Brasil. O médico realiza o download dos modelos de receita, atestado ou relatório no site do CFM. Posteriormente realiza o preenchimento, assina digitalmente utilizando um certificado ICP Brasil por meio

da ferramenta Adobe Acrobat e envia o arquivo assinado ao seu paciente. O paciente envia o arquivo à parte interessada, que valida o documento por meio do validador de documentos <https://assinaturadigital.iti.gov.br/>

Caso seja uma receita, o farmacêutico fará a dispensação desta receita, assinando-a digitalmente e registrando-a junto ao Registro de Dispensação.



Fonte: CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Entenda a dispensação na telemedicina, 2020. 16p. Disponível em: http://covid19.cff.org.br/wp-content/uploads/2020/07/entenda-a-dispensacao-na-telemedicina_versao11.pdf > Acesso em: 12/07/2020.

MARCOS REGULATÓRIOS PARA USO DA TELEMEDICINA NO BRASIL

Congresso Nacional:

Lei Federal Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

Dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural¹⁵.

Lei Federal Nº 13.853, de 8 de julho de 2019

Altera a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, para dispor sobre a proteção de dados pessoais e para criar a Autoridade Nacional de Proteção de Dados

Lei Federal Nº 13.989, de 15 DE ABRIL DE 2020

Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2)¹⁶.

Ministério da Saúde

A Portaria 467 de 20 de março de 2020 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 previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19¹⁷

Portaria 526 de 24 de junho de 2020 que inclui, altera e exclui procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Através desta Portaria foi incluído o Procedimento 03.01.01.025-0 TELECONSULTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA cuja descrição é Atendimento à distância, suporte assistencial, consultas, monitoramento e diagnóstico, clínico ambulatoriais, realizados por meio de Tecnologia da Informação e Comunicação, podendo ser realizado pelas Categorias profissionais: Enfermeiros, Médicos, Médicos Clínicos, Médicos em Especialidades Cirúrgicas, Médicos em Medicina Diagnóstica e Terapêutica, Cirurgiões-Dentistas, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Fonoaudiólogos, Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos e Psicanalistas, Assistentes Sociais e Economistas Domésticos¹⁸.

Conselho Federal de Medicina (CFM)

Resolução 1643 de 26 de agosto de 2002 define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina¹⁹.

O Conselho Federal de Medicina através do OFÍCIO CFM Nº 1756/2020 – COJUR, enviado ao MS, informa que decidiu aperfeiçoar ao máximo a eficiência dos serviços médicos prestados e, em caráter de excepcionalidade e enquanto durar a batalha de combate ao contágio da Covid-19, reconhecer a possibilidade e a eticidade da utilização da telemedicina, além do disposto na Resolução CFM nº 1.643, de 26 de agosto de 2002, nos estritos e seguintes termos²⁰:

- **Teleorientação:** para que profissionais da medicina realizem à distância a orientação e o encaminhamento de pacientes em isolamento;
- **Telemonitoramento:** ato realizado sob orientação e supervisão médica para monitoramento ou vigilância à distância de parâmetros de saúde e/ou doença.

- **Teleinterconsulta:** exclusivamente para troca de informações e opiniões entre médicos, para auxílio diagnóstico ou terapêutico.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)

O Conselho Federal de Enfermagem através da **RESOLUÇÃO COFEN N° 634/2020** autoriza e normatiza, “ad referendum” do Plenário do Cofen, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos, e dá outras providências²¹.

Conselho Federal de Odontologia (CFO)

RESOLUÇÃO CFO-226, de 04 de junho de 2020 dispõe sobre o exercício da Odontologia a distância, mediado por tecnologias, e dá outras providências²².

Fica expressamente vedado o exercício da Odontologia a distância, mediado por tecnologias, para fins de consulta, diagnóstico, prescrição e elaboração de plano de tratamento odontológico.

Admite-se como exceção os casos em que, estando o paciente obrigatoriamente sob supervisão direta de Cirurgião-Dentista, este realize a troca de informações e opiniões com outro Cirurgião-Dentista, com o objetivo de prestar uma melhor assistência ao paciente.

Será admitido o telemonitoramento realizado por Cirurgião-Dentista, que consiste no acompanhamento a distância dos pacientes que estejam em tratamento, no intervalo entre consultas, devendo ser registrada no prontuário toda e qualquer atuação realizada nestes termos.

Admite-se também, enquanto durar o estado de calamidade pública declarado pelo Governo Federal, a teleorientação realizada por Cirurgião-Dentista com o objetivo único e exclusivo de identificar, através da realização de questionário pré-clínico, o melhor momento para a realização do atendimento presencial.

Conselho Federal de Psicologia (CFP)

RESOLUÇÃO N° 11, DE 11 DE MAIO DE 2018 regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologias da informação e da comunicação e revoga a Resolução CFP N.º 11/2012²³.

RESOLUÇÃO N° 4, DE 26 DE MARÇO DE 2020 dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19²⁴.

Conselho Federal de Nutricionistas (CFN)

O CFN através da **RESOLUÇÃO Nº CFN Nº 646, DE 18 DE MARÇO DE 2020**, resolve, em caráter excepcional, suspender até o dia 31 de agosto de 2020 o disposto no artigo 36 da Resolução CFN nº 599, de 25 de fevereiro de 2018, que aprova o Código de Ética e de Conduta dos Nutricionistas. Desta forma, fica facultado aos profissionais a assistência nutricional por meio não presencial até a data acima estabelecida²⁵.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO)

RESOLUÇÃO Nº 516, DE 20 DE MARÇO DE 2020 dispõe sobre a suspensão temporária do Artigo 15, inciso II e Artigo 39 da Resolução COFFITO nº 424/2013 e Artigo 15, inciso II e Artigo 39 da Resolução COFFITO nº 425/2013 e estabelece outras providências durante o enfrentamento da crise provocada pela Pandemia do COVID-19, sendo que a permissão para atendimento não presencial se dará apenas nas modalidades, teleconsulta, teleconsultoria e telemonitoramento²⁶

Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFF)

RESOLUÇÃO CFF Nº 427, DE 1º DE MARÇO DE 2013 “ Dispõe sobre a regulamentação da Telessaúde em Fonoaudiologia e dá outras providências”. Ela define Telessaúde em Fonoaudiologia como o exercício da profissão por meio do uso de tecnologias de informação e comunicação, com as quais se poderá prestar serviços em saúde como teleconsultoria, segunda opinião formativa, teleconsulta, telediagnóstico, telemonitoramento e teleducação, visando o aumento da qualidade, equidade e da eficiência dos serviços e da educação profissional²⁷.

SEGURANÇA PARA ESCOLHA DA PLATAFORMA

Acessar, compartilhar e salvar informações pessoais e médicas de um paciente envolve um regramento que deve salvaguardar o direito à confidencialidade destes. Da mesma maneira, padrões devem ser respeitados para proteger dados em saúde criados, recebidos, mantidos ou transmitidos por via eletrônica.

Essas regras de privacidade e segurança devem ser obrigatoriamente observadas por qualquer solução em Telemedicina. A norma ISO/IEC 27.002 é uma referência internacional para a gestão da segurança da informação. A HIPAA (The Health Insurance Portability and Accountability Act), promulgada em 1996 nos EUA, igualmente define um padrão para proteger os dados sensíveis dos pacientes. Qualquer instituição que lida com informações de saúde protegidas deve garantir que todas as medidas de segurança física, de rede e de processos sejam implementadas e seguidas. No Brasil,

a norma ABNT NBR ISO/IEC 27.002 versa sobre segurança e acurácia de dispositivos utilizados em ações de Telemedicina¹.

O **consentimento do paciente** para atividades de Telemedicina igualmente é algo necessário, visto a necessidade de transmitir informações pessoais¹.

O Conselho Federal de Medicina através do Parecer N°14/2017 se manifesta sobre o uso de aplicativos²⁸:

“É permitido o uso do Whatsapp e plataformas similares para comunicação entre médicos e seus pacientes, bem como entre médicos e médicos, em caráter privativo, para enviar dados ou tirar dúvidas, bem como em grupos fechados de especialistas ou do corpo clínico de uma instituição ou cátedra, com a ressalva de que todas as informações passadas tem absoluto caráter confidencial e não podem extrapolar os limites do próprio grupo, nem tampouco podem circular em grupos recreativos, mesmo que composto apenas por médicos”

O parecer em questão limitou à possibilidade de orientações clínicas, excluído, portanto, a consulta. Com a publicação da Portaria n° 467/2020, autorizando a prática da telemedicina enquanto durar a emergência e da Lei n. 13.989/2020, as hipóteses de uso dessa plataforma foram ampliadas.

O WhatsApp garante criptografia de ponta-a-ponta para mensagens de texto, áudio e vídeo chamadas, permitindo que apenas os interlocutores (usuário e o profissional de saúde) acessem o que é transmitido.

No entanto, vale salientar que a plataforma não permite rastreamento ou segurança das mídias que são compartilhadas entre os telefones celulares (fotos e documentos em anexo, por exemplo), pois ficam armazenadas no aparelho ou em nuvem não criptografadas estando, portanto, desprotegidas em casos de furto, roubo ou invasão. Além disso, fotos, documentos e vídeos compartilhados por meio do WhatsApp podem ser apagados a qualquer momento, tanto pelo usuário quanto pelo profissional, levando à fragilidade na garantia do que foi enviado, comprometendo assim a integridade das ações realizadas durante o teleatendimento.

Para o *Department of Health & Human Services* (HHS), um produto de comunicação remota “não voltado para o público” é aquele que, por padrão, permite que apenas as partes pretendidas participem da comunicação.

Os produtos de comunicação remota voltados para o público não incluem, por exemplo, plataformas como Apple FaceTime, bate-papo por vídeo do Facebook Messenger, vídeo do Google Hangouts, bate-papo por vídeo Whatsapp, Zoom ou Skype. Esses produtos tam-

bém incluem aplicativos de mensagens de texto comumente usados, como Signal, Jabber, Facebook Messenger, Google Hangouts, Whatsapp ou iMessage. Normalmente, essas plataformas empregam criptografia ponta a ponta, que permite que apenas um indivíduo e a pessoa com quem o indivíduo está se comunicando vejam o que é transmitido. As plataformas também oferecem suporte a contas de usuários individuais, logins e senhas para ajudar a limitar o acesso e verificar os participantes. Além disso, os participantes podem exercer algum grau de controle sobre recursos específicos, como escolher gravar ou não a comunicação, silenciar ou desligar o sinal de vídeo ou áudio a qualquer momento²⁹.

Em contraste, produtos voltados para o público, como **TikTok, Facebook Live, Twitch ou uma sala de chat pública não são formas aceitáveis de comunicação remota para telessaúde** porque são projetados para serem abertos ao público ou permitir acesso amplo ou indiscriminado à comunicação²⁹.

O *Department of Health & Human Services* (HHS) aponta ainda que prestadores de cuidados de saúde cobertos que buscam proteção de privacidade adicional para telessaúde ao usar produtos de comunicação de vídeo devem fornecer tais serviços por meio de fornecedores de tecnologia que estejam em conformidade com a HIPAA e entrarão em acordos de parceria comercial (BAAs) da HIPAA em conexão com o fornecimento de seus produtos de comunicação de vídeo. A lista a seguir inclui alguns fornecedores que declaram que fornecem produtos de comunicação de vídeo compatíveis com HIPAA e que entrarão em um HIPAA BAA³⁰.

- Skype for Business / Microsoft Teams
- Updox
- VSee
- Zoom para saúde
- Doxy.me
- Hangouts Meet do Google G Suite
- Cisco Webex Meetings / Webex Teams
- Amazon Chime
- GoToMeeting
- Spruce Health Care Messenger

Atenção: Orientamos aos profissionais de saúde que, ao optarem pelo uso de qualquer software para realização do teleatendimento, estejam cientes sobre a necessidade de proteção de dados sensíveis, adotando medidas para uma prática segura e obedecendo ao código de ética do seu conselho de classe. Além disso, todo o registro do teleatendimento deve ser realizado em prontuário eletrônico com especificação da tecnologia de comunicação utilizada (telefonema, whatsapp, google meet, zoom e similares).

ETAPAS PARA INCORPORAÇÃO DA TELEMEDICINA NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE

Elaborado a partir das seguintes referências: Manual de Teleconsulta na APS da SMS POA10 e Manual de Teleatendimento da SMS BH31

1) PLANEJAR E PACTUAR

Realizar reunião de equipe para:

- Pactuar sobre a incorporação da Telemedicina como atividade da equipe. O engajamento de todos os envolvidos na utilização da solução tecnológica é parte fundamental do processo;
- Identificar profissionais com maior habilidade e predisposição para iniciar os atendimentos por Telemedicina;
- Definir quais profissionais da equipe serão responsáveis pelos processos de trabalho e pela gestão da agenda relacionada à oferta da teleconsulta e outras atividades;
- Definir em quais horários serão realizados os processos de Telemedicina: teleconsultas (se síncronas ou assíncronas), teleconsultorias, telemonitoramentos, ações de teleeducação para equipe e para a população;
- Definir e pactuar para quais usuários serão direcionadas essas ações.
- Definir princípios éticos e de responsabilidade digital do uso da Telemedicina pelos integrantes da equipe (sigilo, fotos, registros, gravações etc.);
- Definir e pactuar formas de registro dos procedimentos nos prontuários dos usuários, emissão de receitas médicas, atestados e solicitação de exames, registros nos sistemas do Ministério da Saúde/SES/SMS;
- Definir e elaborar Informativo para o usuário sobre o Teleatendimento (Anexo I)
- Definir instrumento para registrar o termo de consentimento do usuário (Anexos II e III)
- Garantir que todos da equipe, principalmente os profissionais da recepção das unidades, tenham conhecimento dos objetivos da teleconsulta como ferramenta de acesso, seus benefícios e limitações, para assim poder transmitir essas informações aos usuários.
- Definir e pactuar plano de ação para atendimentos de urgência/emergências identificados durante qualquer procedimento de Telemedicina (teleconsulta, teleconsultoria, telemonitoramento).
- Elaborar instrumento padrão para uso no Telemonitoramento de casos suspeitos ou confirmados de Síndromes Gripal. O Ministério da Saúde disponibilizou modelo

no Protocolo de Manejo DO Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde .(https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200327_N_01ProtocoloManejover06202003271_4724439690741830970.pdf)

- Os profissionais de saúde que fazem acolhimento na unidade de saúde (agentes comunitários de saúde, técnicos e auxiliares em enfermagem) devem ter um canal de comunicação direta e livre com o(s) responsável(eis) pelo teleatendimento. É fundamental que sempre chequem o número de telefone com o paciente, pois é comum que o número do cadastro este desatualizado. Além disso, muitas vezes, antes de referenciar os pacientes, é necessário esclarecer dúvidas ou explicar mais detalhes do caso.
- É desejável verificar à rede socioassistencial, verificar os recursos disponíveis, como benefícios eventuais, instituições parceiras, com disponibilidade de doações de cestas básicas para famílias de baixa renda com problemas financeiras por causa da pandemia etc.
- Pactuar a estratégia de teleatendimento com o conselho ou comissão local de saúde, se houver.

Obs: se reunião presencial, atentar para o tamanho da sala e quantidade de pessoas, buscando evitar aglomerações e respeitar distanciamento adequado de, no mínimo, 2 metros entre as pessoas.

2) PREPARAR AMBIÊNCIA E RECURSOS TECNOLÓGICOS

- Definir um ou mais locais da UBS onde serão realizados procedimentos de Telemedicina;
- Identificar quais TIC estão disponíveis para viabilizar o teleatendimento:
 - » linha de telefone convencional ou telefone celular ou computador com câmera e microfone em bom funcionamento reservados para teleatendimento
 - » conexão com a internet de banda larga ou conexão 3G/4G de telefonia móvel (se for o caso);
 - » acesso facilitado para registro no prontuário eletrônico

Atenção: para proteção de dados sensíveis e segurança da informação, recomendamos que os telefones pessoais dos profissionais de saúde não sejam utilizados para realizar teleatendimentos ou armazenar dados de usuários

- Definir quais profissionais de saúde serão responsáveis pelo uso dos equipamentos digitais e as atribuições de cada um no processo;
- Verificar se os computadores dos centros de saúde estão protegidos com antivírus atualizados;

- Utilizar e-mail do centro de saúde ou a equipe de saúde da família (se possível) para servir de referência não só na comunicação entre usuários e serviço de saúde, mas também como canal para envio de fotos, documentos etc., conforme necessidade
- Definir a plataforma de TIC que será utilizada.

Todo o registro do teleatendimento deve ser feito em prontuário de papel ou eletrônico, de acordo com as normativas do Ministério da Saúde (Portaria 467/2020), inclusive com a identificação de qual tecnologia da informação e comunicação foi utilizada para o atendimento (telefone, Zomm, Google Meet, Whatsapp, etc).

3) OBTER CONSENTIMENTO DO USUÁRIO

- O consentimento livre e esclarecido é recomendado para realização do teleatendimento a fim de atender à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).
*O Artigo 8º da Lei 13.709 (LGPD) diz que o consentimento pode ser fornecido por escrito ou por outro meio que demonstre a manifestação de vontade.*¹⁵
- A orientação aos profissionais de saúde é a de solicitar ao usuário *manifestação de vontade em participar do teleatendimento*, e que seja registrado a decisão no prontuário eletrônico.

4) ELENCAR AÇÕES PARA IMPLANTAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE TELEMEDICINA NO SERVIÇO DE SAÚDE

4.1) Definir algumas situações em que o teleatendimento pode ou não ser utilizado:

A) Exemplos de situações em que a Telemedicina NÃO deve ser indicada como estratégia de avaliação:

- Realização de consultas de pré-natal (independente da estratificação de risco da gestante)
- Realização de consultas para recém nato de alto risco especialmente prematuros
- Condições clínicas agudas compatíveis com emergência clínica: suspeita de AVC, suspeita de edema agudo de pulmão, suspeita de infarto agudo do miocárdio, fraturas, alteração do nível de consciência, trauma, sangramento ativo de qualquer origem, falta de ar súbita, hiper e hipoglicemia, emergência hipertensiva, tentativa de autoextermínio, e outras;
- Crianças menores de 05 anos com queixas clínicas agudas;
- Ausência de recurso tecnológico ou pouca familiaridade do usuário ou responsável ou profissional de fazer uso da TIC;

- Instabilidade de conexão que possa prejudicar o andamento do teleatendimento;
- Insegurança por parte do usuário ou do profissional de saúde em fazer uso da tecnologia de forma adequada;
- Condições clínicas em que as limitações de realização do exame físico sejam fatores que comprometam a tomada de decisão pelo profissional de saúde.

Na Covid-19

- Avaliação de pacientes suspeitos de COVID-19 com sinais e sintomas sugestivos de gravidade (exemplo: falta de ar em repouso, respiração ofegante, sensação de desmaio (hipotensão), sensação de mal estar com piora, palpitações, desorientação, vômitos frequentes, criança muito doente à impressão do responsável);
- Pacientes com suspeita de COVID-19 com febre há mais de dois dias ou portadores de doenças cardíacas crônicas descompensadas, doenças respiratórias crônicas descompensadas, doenças renais crônicas em estágio avançado (grau 3, 4 e 5), imunossuprimidos, portadores de doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica e gestantes de alto risco

B) Exemplos de situações passíveis de se considerar o uso da Telemedicina:

B.1) Teleconsultas relacionadas com a COVID-19:

- Monitoramento de caso confirmado de COVID-19 ou caso suspeito em isolamento domiciliar;
- Avaliação de pacientes com sintomas suspeitos de COVID-19 salvo as contra indicações apontadas acima;
- Paciente com sofrimento mental associado à situação atual - confinamento, presença de sintomas, risco de contágio e de agravamento da infecção -, pessoa com sintomas de ansiedade, tristeza, entre outros;
- Residentes de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) assistidos por profissionais de saúde.

B.2) Teleconsultas NÃO relacionadas com a COVID-19

- Condição clínica na qual o risco de deslocamento à unidade de saúde é superior ao risco de permanecer em domicílio (exemplo: idosos frágeis com multimorbidades, pacientes em tratamento oncológico, doentes paliativos em fase terminal);
- Avaliação de usuários com condições crônicas cuja auditoria clínica tenha demonstrado parâmetros de controle adequados, com a finalidade de monitoramento de alvos terapêuticos, renovação de receitas e solicitação de exames complementares;
- Consultas de puericultura em crianças de baixo risco;
- Emissão de atestados, solicitações de exame de rotina, renovação de receitas e novas prescrições para usuários já conhecidos pela equipe de saúde;

- Acompanhamento em saúde mental;
- Esclarecimento de dúvidas em relação a exames solicitados em consulta;
- Encaminhamento para outras especialidades, conforme protocolos clínicos previamente estabelecidos;
- Atendimento de demanda espontânea dos usuários já vinculados (e conhecidos) da equipe, excetuando-se as demandas que se enquadrem nos exemplos das situações em que não é indicado o teleatendimento (citadas no tópico anterior);
- Condução de atividades coletivas (grupos, aulas da Academia da Cidade), por meio de plataformas que permitam várias pessoas, simultaneamente, receberem orientações de um profissional de saúde.

ATENÇÃO: pessoas com surdez ou dificuldades auditivas podem ter dificuldades com chamadas por voz, mas se conseguirem se comunicar de outras formas (leitura de lábios, escrita) a videochamada pode ser uma opção.

4.2) Definir um plano de contingência para consulta presencial em casos de urgência/emergência identificados em uma teleconsulta:

- Ter o endereço em que o paciente está durante a teleconsulta para que possa ser localizado;
- Ter no cadastro um contato telefônico de responsável ou familiar próximo caso haja necessidade de pronto contato;
- Definir quais são os serviços de referência da sua unidade para transferência na necessidade de encaminhamento para UPA, hospital, emergência psiquiátrica ou CAPS. Deve-se ter os respectivos contatos telefônicos para discussão de caso, se for necessário.
- Considerar, em casos de emergência, plano de orientação ao familiar, acompanhante da teleconsulta ou profissional de saúde em atendimento para entrar em contato com o SAMU para remoção urgente, se necessário.

5) TREINAR E TESTAR

- Realizar treinamento/capacitação para profissionais que farão as teleconsultas (de preferência se utilizando deste material);
- Simular teleconsultas com profissionais da US para fins de teste (incluindo todos os passos descritos neste material);
- Registrar o fluxo do processo de teleconsulta, reportando as sugestões e falhas ocorridas para correções a serem realizadas em um segundo teste.

6) EXECUTANDO A TELECONSULTA

Elaborado a partir das seguintes referências: Manual de Teleconsulta na APS da SMS POA¹⁰ e Manual de Teleatendimento da SMS BH³¹

‘A humanização do cuidado depende da habilidade e atitude do profissional de saúde durante o atendimento e não da tecnologia de TIC empregada para execução do processo’.

1) Antes de iniciar o atendimento

- Escolha um ambiente adequado (silencioso, privado e livre de interrupções);
- Em vídeo chamada: prepare-se, pois, você está sendo observado. Procure estar identificado com crachá e com traje adequado. Evite fundos poluídos (com cartazes, por exemplo) e dê preferência às paredes claras, com boa iluminação. Busque um bom enquadramento: esteja centralizado na tela, a uma distância que o usuário possa ver todo o seu rosto e, se possível, tronco, braços e mãos;
- Em telefonema: tenha os dados do usuário que será atendido e confirme-os antes de iniciar o teleatendimento para assegurar a sua identidade;
- Procure saber previamente o motivo do agendamento para o teleatendimento. Certifique-se que sua indicação foi feita corretamente, bem como a forma com que será realizado (texto, áudio ou vídeo chamados);
- Esteja com o prontuário em papel ou eletrônico aberto e consulte o histórico do usuário, resultados de exames já realizados, eventos que tenham acontecido entre a data presente e o último registro em prontuário; informações sobre o domicílio e grupo familiar; estratificação de risco familiar; diagnósticos de condições crônicas (doença cardiovascular, obesidade, DM descompensado, gestação, doenças respiratórias, etc.); estratificação de risco da condição crônica; fatores de risco como tabagismo; as medicações em uso; internações recentes, etc.); nível de letramento em saúde; capacidade de autocuidado; apoio familiar e social; disponibilidade de telefone; uso de internet: mídias sociais.
- Certifique-se, antes da realização do teleatendimento, se há registro do contato de responsável ou familiar próximo para caso de urgências ou emergências. Caso não tenha, ao iniciar o teleatendimento anote essa informação no prontuário eletrônico;
- Em caso de teleatendimento por vídeo chamada, se possível, use fones de ouvido para otimizar o áudio. O uso desse dispositivo pode transmitir ao usuário a segurança de que as informações repassadas por ele não serão ouvidas por outra pessoa.

2) Iniciando a consulta:

- A consulta deve ser iniciada de preferência pelo profissional de saúde;
- Contato visual: olhe para a câmera para que o paciente possa ter a impressão de contato visual por você;
- Apresentação: seja cordial, cumprimente o paciente e identifique-se: nome, cargo, equipe responsável;

ATENÇÃO: quando estiverem presentes outros profissionais de saúde na consulta, apresente todos que estão irão participar da consulta. Peça para o paciente apresentar seus acompanhantes em consulta familiar ou confirme que ele está sozinho.

- Verifique o local em que o paciente se encontra na teleconsulta: se o paciente se encontra em ambiente privado e fechado, com o menor nível possível de ruído, sem riscos de interrupção por parte de terceiros sem o seu consentimento

ATENÇÃO: se o paciente não estiver em localização apropriada para ser atendido (durante um deslocamento, na rua, com ruídos excessivos ou com a conexão muito falha), justifique a necessidade de encerrar a teleconsulta, agendando para um segundo momento, assim que a situação for corrigida

- Certifique-se de que o paciente está recebendo as informações de forma adequada (se está te ouvindo e te vendo).
- Obtenha um consentimento verbal para realizar a teleconsulta
- Caso o usuário não esteja esclarecido sobre o teleatendimento, explique do que se trata (inclusive suas limitações) e peça seu consentimento para continuar com o atendimento.

ATENÇÃO: Em caso de consentimento positivo, siga a consulta normalmente. Tenha o consentimento do paciente autorizando a teleconsulta registrado em prontuário. Em caso de não aceitação da teleconsulta por parte do paciente, registre a manifestação de vontade do usuário em prontuário eletrônico agradeça a atenção, encerre a teleconsulta e registre no prontuário que a teleconsulta não foi realizada por ausência de consentimento do paciente.

- Faça a identificação do usuário caso não o conheça. Solicite que ele apresente um documento de identificação válido com foto para certificar-se de que o teleatendimento esteja sendo realizado para a pessoa certa. Os seguintes documentos são considerados documentos de identidade: carteiras expedidas pelos Comandos Militares, pelas Secretarias de Segurança Pública, pelos Institutos de Identificação e pelos Corpos de Bombeiros Militares; carteiras expedidas pelos órgãos fiscalizadores de exercício profissional (ordens, conselhos etc.); passaporte brasileiro; certificado de reservista; carteiras funcionais expedidas por órgão público

que, por lei federal, valham como identidade; carteiras de trabalho; carteiras de identidade do trabalhador; carteiras nacional de habilitação em papel (somente o modelo com foto);

- Informe ao paciente que você fará anotações ou consultará informações durante a consulta, o que pode gerar ruídos ou desvios temporários do contato visual
- Confirme o endereço de localização do paciente conforme orientado na pré-consulta.

3) Como agir no caso de identificar a necessidade de atendimento presencial

- Importante ter um plano de contingência quando forem identificadas situações nas quais há necessidade do atendimento presencial.
- O usuário deve ser atendido de forma presencial, de acordo com a avaliação realizada pelo profissional que está executando o teleatendimento, nas seguintes situações:
 - » Nos casos em que o usuário esteja estável, mas que as limitações do exame físico ou outros fatores não permitam tomadas de decisão adequadas. Nessas situações deve-se oportunizar atendimento presencial, assim que possível, com sua equipe no centro de saúde.
 - » Em situações identificadas como urgência (sem risco iminente de morte) em usuário responsivo:
 - * Orientar ao usuário que o atendimento deve ser continuado imediatamente de forma presencial;
 - * Decida, conforme avaliação clínica, qual será o destino do usuário conforme fluxos da SES/SMS (Centro de Saúde ou Unidade de Pronto Atendimento – UPA);
 - * Elabore um relatório resumindo a necessidade da consulta presencial e envie ao usuário por mensagem de texto ou e-mail para que ele apresente ao serviço de saúde;
 - * Se for possível, realize contato telefônico com o outro nível de atenção (UPA, por exemplo).
 - » Em situações identificadas como emergência (risco iminente de morte) com usuário visivelmente instável, com dificuldade de responder ao profissional de saúde no teleatendimento ou em usuário que tenha mal súbito durante o teleatendimento:
 - * Orientar ao familiar ou acompanhante que acione o SAMU (192);
 - * Caso não seja possível recorrer ao familiar ou acompanhante durante o teleatendimento:

Acionar imediatamente o SAMU (192) para discussão do caso com a regulação e decisão compartilhada da condução mais adequada;
Entrar em contato com familiar próximo e orientá-lo a se direcionar ao local em que se encontra o usuário.

7) BOAS PRÁTICAS E ETIQUETA DIGITAL NA CONDUÇÃO DE UM BOM TELEATENDIMENTO

Elaborado a partir das seguintes referências: Manual de Teleconsulta na APS da SMS POA¹⁰ e Manual de Teleatendimento da SMS BH³¹

7.1) Anamnese:

Evite iniciar um teleatendimento com uma pergunta fechada. Perguntas abertas nos dão a chance de obtermos respostas com mais elementos para o raciocínio clínico;

7.2) Em uma vídeo chamada

- A comunicação corporal é muito importante, todos seus gestos e expressões estão em evidência, portanto, evite movimentos bruscos e expressões faciais que possam ser mal interpretados;
- Se for necessário interromper o contato visual em situações que exijam trocar o foco de atenção (para checar algum exame, fazer consulta em algum material de apoio, acessar outra aba do seu computador ou digitar, por exemplo) avise até retomar o raciocínio com o usuário para que ele não seja surpreendido. Dessa forma você transmite consideração e respeito durante o atendimento;
- Enquanto você ouve, antes de tentar interromper usando a voz, considere sinalizar levantando a mão, por exemplo;
- Enquanto o usuário fala, esteja com o microfone na opção “mudo” (mute); retorne à opção normal para falar.

7.3) Em uma chamada telefônica:

- Estabeleça um ambiente empático para que possa gerar uma relação de confiança nessa modalidade de atendimento;
- Use um tom de voz neutro, confiável e procure ter uma boa dicção;
- Fale pausadamente, com calma, e pronuncie bem as palavras para que o usuário possa entender bem;
- Ouça de forma atenta ao usuário: fala confusa e entonação diferente pode inferir algum aspecto que mereça maior investigação;
- Antes de finalizar a chamada, peça ao usuário que, caso não tenha entendido algo

que foi falado ou que tenha permanecido alguma dúvida, que ele se manifeste para que você repita ou esclareça o que foi dito.

7.4) Exame físico em videochamada

- A Portaria n ° 467/2020 autoriza a prática da telemedicina, incluindo a consulta.
- A definição de consulta médica estabelecida pela Resolução CFM n ° 1.958/2010, que determina o seu conceito, compreende atos como a anamnese, exame físico, dentre outros. Portanto, o exame físico como parte de uma consulta, pode ser realizado durante o teleatendimento atentando-se às limitações que a tecnologia impõe. A interação à distância permite, por exemplo, o exame físico de inspeção, com visualização do paciente e sua superfície corpórea.
- Mesmo permitindo uma boa ectoscopia, durante o exame físico à distância deve-se considerar os possíveis erros de avaliação devido qualidade de imagem, enquadramento, dentre outros.
- Em situações nas quais o exame físico durante o teleatendimento não deixar o profissional confortável para tomadas de decisões, torna-se imprescindível a avaliação presencial e por conseguinte, deve-se oportunizar seu breve agendamento. A seguir seguem algumas orientações sobre o exame físico durante uma videochamada:

- Da mesma forma que ocorre na consulta presencial, observe o usuário, sua expressão, fala e aspectos gerais;
- Ao conduzir seu usuário no exame físico, prepare-o descrevendo o que será feito antes, fornecendo feedbacks para atingir o objetivo da melhor forma possível;
- Peça ao usuário para que se aproxime ou se distancie da câmera de forma que você consiga ver o seu rosto, tronco, braços e mãos, de acordo com a necessidade;
- Se for preciso avaliar os sinais vitais e se houver recursos para tal, peça ao usuário ou seu acompanhante, aferir temperatura e pressão arterial, por exemplo;
- Use a câmera de forma dinâmica para observações pontuais, como avaliação da frequência respiratória pela movimentação torácica, oroscopia, movimentação facial, ocular ou de membros, avaliação da marcha, lesões de pele;
- Se necessário, peça auxílio ao usuário na palpação dos pulsos, na busca de nodulações ou na identificação de sinais ou texturas;
- Utilize a comunicação não-verbal e gesticule para orientar os movimentos que o usuário deve fazer para identificar o que deve ser identificado;
- Se for o caso, após consentimento, peça ao usuário para enviar fotos para avaliações mais detalhadas de áreas do corpo a serem examinadas. Atentar para

proteção de dados e sigilo da informação. Lembre-se que mídias compartilhadas por plataformas não seguras (whatsapp, por exemplo) podem ser violadas.

Atenção: O exame físico à distância tem limitações que devem ser consideradas. Caso o profissional não se sinta seguro para tomada de decisões, a avaliação presencial deve ser realizada

7.5) Registrando e Finalizando o Teleatendimento:

Atente às seguintes recomendações:

- Ao finalizar o teleatendimento, faça uma síntese dos principais pontos e acordos realizados certificando-se de que as decisões tomadas foram compartilhadas;
- Explique detalhadamente sobre a prescrição, solicitação de exames e atestados e de que forma estes instrumentos chegaram até o usuário;
- Pergunte ao usuário se ele precisa de algum esclarecimento ou se possui alguma dúvida;
- Pergunte ao usuário se sentiria confortável em usar novamente o teleatendimento. Em sinal positivo, registre no prontuário para que o teleatendimento possa ser oferecido futuramente;
- Antes de encerrar a conexão ou o telefonema, se despeça e avise ao usuário que você irá desligar.
- Verifique se todas as informações: consulta, orientações, prescrição, encaminhamentos e solicitações de exame foram devidamente registrados em prontuário.

8) ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E TELEMEDICINA

A Telemedicina tem papel importante na Atenção Ambulatorial Especializada, seja na manutenção da atenção dos usuários com condições crônicas, no apoio à APS para a atenção aos usuários com condições crônicas que apresentam quadros suspeitos ou confirmados de Síndrome Gripal, continuidade das ações de matriciamento para a APS, e atividades educativas com a APS ou com usuários. Para isso podem ser utilizadas as várias formas de Telemedicina: teleconsulta (síncrona ou assíncrona), teleconsultoria, telemonitoramento e teleducação. Os passos para introdução deste procedimento nas atividades dos serviços ambulatoriais seguem a mesma lógica da APS ou seja: planejar e pactuar com equipe do ambulatório, preparar ambiência e recursos tecnológicos, obter consentimento do usuários, elencar ações para implantação dos procedimentos de telemedicina no serviço de saúde, observando as orientações emanadas pelas diversas Sociedades Científicas treinar e testar. Todo o procedimento de teleconsulta deve ser registrado no prontuário em papel ou eletrônico inclusive com o Termo de consentimento do usuário e o tipo de TIC que foi utilizado.

PROPOSTA PARA INFORMATIVO SOBRE TELEATENDIMENTO PARA OS USUÁRIOS

A seguir seguem algumas informações que você deve saber sobre o Teleatendimento para ajudar sua decisão antes aceitar o seu agendamento:

- O teleatendimento a distância possui algumas limitações;
- Os meios de comunicação on-line (a distância) estão sujeitos às seguintes situações: perda de conexão durante o teleatendimento, necessidade de nova conexão para continuidade da videoconferência ou telefonema, variação no estabelecimento da conexão.
- A presente iniciativa tem o objetivo de permitir o acesso e o direcionamento das suas informações de saúde de forma ágil e segura, bem como autorização de transmissão e compartilhamento das suas imagens, informações pessoais e dados em saúde com o profissional assistente e com a equipe de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. As informações relacionadas ao atendimento serão devidamente registradas em seu prontuário eletrônico;
- Para o bom aproveitamento e análise do profissional de saúde você deve informar TODOS os dados possíveis, não omitindo nenhuma informação acerca dos seus sinais e sintomas;
- A precisão das suas informações se faz necessária em virtude da ausência de avaliação presencial pelo profissional de saúde;
- Poderá ser necessária a complementação com exames para uma melhor condução do caso;
- Poderá ser necessária uma avaliação presencial, a critério do profissional de saúde;
- O teleatendimento é individual, ou seja, é exclusivamente para você ou seu dependente;
- Você não pode fazer uso da imagem ou do áudio desse teleatendimento sem a autorização do profissional de saúde;
- O Teleatendimento por vídeo pode gerar eventuais prescrições, receitas, atestados, pedidos de exames, relatórios, dentre outros documentos. Certifique-se com o profissional que te atender como eles serão entregues. Você deve se responsabilizar pela segurança e confidencialidade destes dados a partir do recebimento.

PROPOSTA DE TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO ELETRÔNICO PARA CONSULTA À DISTÂNCIA

Elaborado a partir do <https://www.diabetes.org.br/covid-19/termo-de-consentimento-informado-eletronico-para-consulta-a-distancia-considerando-o-disposto-na-portaria-ms-467-20/> acessado em 22/08/2020

Eu, _____, autorizo o profissional de saúde _____, inscrito no Conselho de Classesob o nº _____ para realizar o atendimento através de telemedicina.

Declaro ter ciência que:

- (i) o atendimento por telemedicina possui algumas limitações;
- (ii) poderá ser necessária a realização de exames complementares, a critério do médico;
- (iii) poderá ser necessária complementar com uma consulta presencial para realização de exame clínico, a critério do médico;
- (iv) deverei procurar uma unidade de pronto atendimento ou hospitalar em caso de quadro de saúde de URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA;
- (v) a consulta eletrônica é individual e pontual, e não garante ao Paciente o direito ao atendimento por tempo indeterminado ou à disposição do médico em outros horários não acordados previamente entre as partes;
- (vi) falhas na conexão da internet podem exigir o cancelamento e remarcação da consulta; estou ciente da necessidade de testar meu equipamento 15 minutos antes da hora agendada para a consulta;
- (vii) deverei preservar e manter a confidencialidade das imagens (foto e vídeo), dos dados, dos diálogos, orientações, prescrições e todo o conteúdo referentes à teleconsulta;
- (viii) autorizo a utilização de tecnologia e aplicativos da internet como forma de comunicação e remessa de receitas, pedidos de exames, relatórios, ou atestados, ciente das vulnerabilidades do sistema quanto ao sigilo da informação, assumindo eventuais riscos;
- (ix) concordo com a entrega de material físico de solicitação de exames, receitas, relatórios ou atestados médicos a portador autorizado por mim, e a meu pedido, observando-se, a necessidade de proteção de todas as informações,

Por fim, declaro ter lido as informações e orientações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceito.

Assim, expresso meu pleno consentimento para a realização da teleconsulta.

_____, ____ de _____ de ____.

(Nome Paciente)

RG n.º _____

PROPOSTA PARA MODELO DE MENSAGEM CONVITE

Olá!

Durante esse difícil momento da pandemia da COVID-19, oferecemos para você a opção de teleatendimento por videochamada ou telefone para manter seu acompanhamento pela equipe do centro de saúde.

Para ajudar na sua decisão, leia as informações sobre teleatendimento que encaminhamos junto com essa mensagem.

*Caso concorde e tiver recursos tecnológicos bem como habilidade para uma chamada de vídeo, responda a essa mensagem escrevendo **“estou de acordo com o atendimento por videochamada”**. Se preferir atendimento por telefone, responda: **“estou de acordo com o atendimento por telefone”**.*

Na sequência, será encaminhado mensagem com data e hora do seu agendamento.

Se for agendado um atendimento por vídeo, você receberá um link para o acesso e um tutorial () com o passo-a-passo para baixar o aplicativo.*

- Elaborar de acordo com a plataforma utilizada

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Ministério da Saúde. Guia Metodológico para Programas e Serviços em Telessaúde [Internet]. Ministério da Saúde, editor. 2019. 76 p. Available from: http://www.ans.gov.br/images/MS-telessaude-manual_2019.pdf
2. Telematics WGC on H. A Health Telematics Policy [Internet]. Genebra; 1998. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63857>
3. Bashshur RL, Reardon TG, Shannon GW. T ELEMEDICINE : A New Health Care. Heal (San Fr. 2000);
4. Barsottini C, Wainer J. Um modelo taxonômico de teleconsultas. An do Congr Bras ... [Internet]. 2002;(15). Available from: <http://telemedicina.unifesp.br/pub/SBIS/CBIS2002/dados/arquivos/423.pdf>
5. Wen CL. Telemedicina e a Telessaúde: Uma abordagem sob a visão de estratégia de saúde apoiada por tecnologia [Internet]. Telemedicina e Telessaúde Prof Dr Chao Lung Wen. [cited 2020 Aug 15]. p. 1. Available from: <http://chaowen.med.br/artigos/telemedicina-e-a-telessaude-uma-abordagem-sob-a-visao-de-estrategia-de-saude-apoiada-por-tecnologia/>
6. Domingues DAM., Martinez IB., Cardoso R, Oliveira H., Russomano T. História da evolução da telemedicina no mundo, no Brasil e no Rio Grande do Sul. In: Luminara, editor. Registros da História da Medicina [Internet]. 1st ed. Porto Alegre; 2014. p. 209–18. Available from: <http://docplayer.com.br/49903657-Historia-da-evolucao-da-telemedicina-no-mundo-no-brasil-e-no-rio-grande-do-sul.html>
7. História da Telemedicina [Internet]. [cited 2020 Aug 13]. Available from: http://www.img.lx.it.pt/~mpq/st04/ano2002_03/trabalhos_pesquisa/T_22/hist.htm
8. Barbosa A, Novillo Ortiz D. Medição da saúde digital: recomendações metodológicas e estudos de caso [Internet]. 1st ed. Organização Pan-Americana da Saúde N de, BR I e C do P, editors. Medição da saúde digital. São Paulo; 2019. 116 p. Available from: https://www.cetic.br/media/docs/publicacoes/11/medicao_da_saude_digital.pdf
9. Biblioteca Virtual de Saúde. Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes [Internet]. [cited 2020 Aug 15]. p. 1. Available from: <https://aps.bvs.br/programa-nacional-telessaude-brasil-redes/>
10. Secretaria Municipal de Porto Alegre- Diretoria Geral de Atenção Primária à Saúde;, UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL- Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, (TelessaúdeRS-UFRGS). Manual de Teleconsulta na APS [Internet]. Secretaria Municipal de Porto Alegre. Porto Alegre; 2020 [cited 2020 Aug 20]. p. 28. Available from: <https://sites.google.com/view/bvsapsboa/página-inicial?authuser=0>
11. Ministério da Saúde. Telessaúde [Internet]. Ministério da Saúde. [cited 2020 Aug 17]. Available from: <http://saude.gov.br/telessaude>

12. Saúde M da. Regula mais Brasil [Internet]. PROADI-SUS. 2019 [cited 2020 Aug 17]. Available from: <https://hospitais.proadi-sus.org.br/projetos/114/regula-mais-brasil>
13. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Consultório Virtual de Saúde da Família-Manual Instrutivo [Internet]. Brasília; 2020. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_consultorio_virtual_saude_familia290420_v2.pdf
14. Conselho Federal de Medicina;, Conselho Federal de Farmácia;, Informação IN de T da. Prescrição Eletrônica [Internet]. CFM; CCF;ITI. 2020 [cited 2020 Jul 10]. Available from: <https://prescricaoeletronica.cfm.org.br/>
15. Congresso Nacional. Lei Federal No 13.709 de 14/08/2018- LGDD [Internet]. Congresso Nacional. 2018 [cited 2020 Aug 23]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm
16. Congresso Nacional. Lei no 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Diário Oficial da União 16 abr 2020; 73 (1): 1. [Internet]. Congresso Nacional. 2020. p. 73 (1) 1. Available from: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.989-de-15-de-abril-de-2020-252726328>
17. Ministério da Saúde. Portaria 467, 2020 [Internet]. Brasília; 2020. Available from: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>
18. Ministério da Saúde. Portaria MS No 526 de 24/06/2020 [Internet]. Ministério da Saúde. 2020 [cited 2020 Aug 24]. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-526-de-24-de-junho-de-2020-264666631>
19. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM no 1.643/2002 [que] define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina [Internet]. 2002. Available from: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1643_2002.pdf
20. Conselho Federal de Medicina. Ofício CFM No 1756/2020 – COJUR [Internet]. Conselho Federal de Medicina. 2020. p. 2. Available from: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf
21. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEM 634/2020 [Internet]. Conselho Federal de Enfermagem. 2020. p. 2. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html
22. Conselho Federal de Odontologia. RESOLUÇÃO CFO-226, de 04 de junho de 2020 [Internet]. CFO. 2020 [cited 2020 Aug 24]. Available from: <http://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLUÇÃO/SEC/2020/226>
23. Conselho Federal de Psicologia. Resolução 11 de 11 de maio de 2018. [Internet]. Conselho Federal de Psicologia. 2018. p. 3. Available from: http://sei.cfp.org.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=55497&infra_sistema=100000100&infra%0Dacao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0

24. Conselho Federal de Psicologia. Resolução No4 [Internet]. Conselho Federal de Psicologia. 2020 [cited 2020 Aug 15]. p. 1. Available from: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=30/03/2020&jornal=515&pagina=251>
25. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN no 646, de 18 de março de 2020. [Internet]. Conselho Federal de Nutricionistas. 2020. p. 1. Available from: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Resol-CFN-646-codigo-etica.pdf>
26. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. RESOLUÇÃO No 516, DE 20 DE MARÇO DE 2020 [Internet]. COFFITO. 2020 [cited 2020 Aug 15]. Available from: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=15825>
27. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução CFFa no 427, de 1o de março de 2013 [Internet]. Conselho Federal de Fonoaudiologia. 2013. Available from: https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_427_13.htm
28. Conselho Federal de Medicina. Parecer 14/2017 [Internet]. Conselho Federal de Medicina. 2017 [cited 2020 Aug 22]. p. 6. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2017/14>
29. U.S. Department of Health & Human Services. O que é um produto de comunicação remota “voltado para o público”? [Internet]. HHS. 2020 [cited 2020 Oct 22]. Available from: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/faq/3024/what-is-a-non-public-facing-remote-communication-product/index.html>
30. Department of Health & Human Services. Notification of Enforcement Discretion for Telehealth Remote Communications During the COVID-19 Nationwide Public Health Emergency [Internet]. HHS. 2020. Available from: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/special-topics/emergency-preparedness/notification-enforcement-discretion-telehealth/index.html>
31. Secretaria Municipal da Saúde de Belo Horizonte. Manual para Teleatendimento [Internet]. Belo Horizonte; 2020 [cited 2020 Oct 22]. p. 32. Available from: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2020/manual-para-teleatendimento_19-08-20.pdf

Recomendações de Segurança do Paciente nos Serviços de Saúde no contexto da COVID-19

Aliny de Oliveira Pedrosa

Carla Ulhoa André

Carla de Albuquerque Araújo

Érika Patricia Lopes da Silva

Flávia Regina Vieira da Costa Santos

Maria do Carmo Souza

Mayrlan Ribeiro Avelar

Nádia Aparecida Campos Dutra

Vívian de Oliveira Lopes

1. Contextualizando a Segurança do Paciente no enfrentamento da pandemia.

1.1 A importância do Cuidado Seguro

O tema Segurança do Paciente começou a ser pensado a nível mundial em 2002, mais especificamente na 55^a Assembleia Mundial de Saúde. A partir de então, a OMS estabeleceu normas e padrões para dar suporte aos países para desenvolver políticas e práticas voltadas à segurança do paciente. Em 2005 a OMS lançou o Primeiro Desafio Global: **“Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”**, em 2008 o Segundo Desafio Global: **“Cirurgia Segura Salva Vidas”** e em 2017 o Terceiro Desafio Global: **“Medicação sem danos”**.

No Brasil, mediante a publicação da Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013/MS, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), seguida pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) ANVISA nº 36 de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências, tornou-se obrigatório a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP). Em

2017, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) instituiu a Câmara Técnica de Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente (CTQCSP), com o objetivo de contribuir com as Secretarias Estaduais de Saúde na implantação/implementação e aperfeiçoamento das práticas de Segurança do Paciente no país, e conta com representantes das 27 (vinte e sete) Secretarias.

A segurança do paciente envolve ações promovidas pelos serviços de saúde para **reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde**, sendo o NSP condutor das ações preventivas e corretivas para minimizar os riscos assistenciais, com o apoio do gestor dos serviços. Esse NSP tem a responsabilidade de elaborar um **Plano de Segurança do Paciente** contendo todas as diretrizes para a melhoria contínua dos processos do cuidado e da cultura de segurança não punitiva. É importante a compreensão de que, incidentes que resultam em dano ao paciente são denominados Eventos Adversos (EA), e todas as suas causas devem ser analisadas pelo NSP para o desenvolvimento de ações corretivas, visando a prevenção destes e a promoção da qualidade do cuidado e segurança do paciente.

1.2 Impacto do cuidado seguro e como lidar com o cuidado inseguro

A segurança do paciente deve ser trabalhada como um eixo horizontal que permeia toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), com o intuito de promover ações de melhoria e redução dos EA. Na assistência à saúde, consideramos que cuidado inseguro expressa-se pelo aumento do risco de danos desnecessários aos pacientes. Portanto, é necessário estabelecer boas práticas de segurança do paciente em todos os níveis de atenção do cuidado, evitando assim, que eventos adversos, como infecções pelo novo Coronavírus ou outros incidentes relacionados à assistência à saúde, acometam pacientes em todos os serviços, bem como nas estruturas provisórias.

Pacientes e seus acompanhantes (quando necessário) devem participar como apoiadores no atendimento, sendo sua participação imprescindível na prevenção de falhas assistenciais, o que contribui para um cuidado mais seguro. A prática de cuidados seguros garante uma assistência de qualidade e com o mínimo de chance de erros e que devem ser adotadas em todo o processo de atendimento ao usuário dentro da RAS.

Visando a melhoria da Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente em toda a RAS, é imprescindível a implantação das 6 (seis) Metas, apresentadas no quadro abaixo:

Estratégias de segurança do paciente para enfrentamento da covid-19

Metas de Segurança do Paciente	Principais Recomendações na Aplicação dos Protocolos		
	Atenção Primária/Domicílio	Atenção Especializada	Atenção Hospitalar
Meta 1 Identificação correta do paciente	Obs: Algumas ações se repetem pois são aplicáveis em todas as instâncias do cuidado em saúde.		
	Definir e padronizar 02 identificadores institucionais. Ex. 1.: nome completo sem abreviações e data de nascimento. Ex. 2: nome completo sem abreviações e nome completo da mãe.		
	Identificar o paciente realizando dupla checagem em todas etapas do cuidado e antes de qualquer intervenção no paciente, seja em visitas domiciliares (residência correta para o usuário correto), consultórios, teleconsulta, administração de medicamentos, realização de exames e procedimentos, salas de vacina, entre outros. O processo deve ocorrer desde a admissão, transferência (transição do cuidado), alta até o óbito.		
	Definir instrumento padronizado para identificação do paciente que pode ser: prontuário, documento com foto, crachá, cartão do SUS, cartão da criança/gestante, etiqueta autocolante ou pulseira branca com dados impressos ou manuscritos legíveis (ideal para atenção hospitalar).		
	Jamais identificar o paciente utilizando o apelido, idade, gênero, endereço, enfermaria, n° do leito, diagnóstico ou nome do médico que o assiste, mesmo que seja um paciente frequente.		
	Engajar toda a equipe de saúde por meio de sensibilização sobre a importância do tema e treinamentos sobre o protocolo.		
Educar o paciente e familiar para que participem do processo do cuidado como barreira para a prevenção de falhas.			
Saiba mais: acesse o Protocolo de Identificação do Paciente do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/Protocolo---Identifica---o-do-Paciente.pdf			
Meta 2 Comunicação efetiva entre profissionais de saúde e pacientes	Com o paciente - Em consultas, inclusive virtuais ou visitas domiciliares, se comunicar de forma simples e objetiva sem utilização de termos técnicos, utilizar a técnica “ler de volta”, ou seja, transmitir a informação e solicitar que a repita para ter certeza de que foi compreendida.		
	Entre profissionais - Utilizar instrumento padronizado de passagem de informações: SBAR é uma ferramenta simples e de fácil aplicação que pode ser adaptada às necessidades dos serviços, desde cuidados primários à atenção hospitalar. Significa: Situação (descreve o cenário); Background (história resumida); Avaliação (impressão atual); Recomendações (plano terapêutico). Pode ser usada em reuniões entre equipes para discussão de casos, na passagem de plantão, em transferências internas de pacientes (de um setor para outro – de um profissional para outro).		
	Transição do cuidado - Melhorar a comunicação na transição do cuidado de pacientes entre os diferentes serviços de saúde. O IDRAW é uma ferramenta que possui cinco componentes: (I) Identidade; (D) Diagnóstico; (R) Recentes mudanças; (A) Antecipação de mudanças; (W) do inglês “What else should I be worried about?”, significa “Com o que mais eu deveria me preocupar?”.		
	Registro seguro – verificar se é o prontuário correto; checar os identificadores institucionais; registrar todas as informações e intervenções realizadas no paciente, com data, hora e registro profissional. Em caso de criança registrar o familiar presente; registrar toda e qualquer orientação dada ao paciente e família; em transferência para outra unidade ou encaminhamento para especialista, anexar 2ª via do instrumento.		
	Comunicação de resultados de exames – Anexar o resultado em prontuário e registrar todas as informações prestadas ao paciente e família. Melhorar a comunicação entre o laboratório, setor de imagem e equipe assistencial. Quanto aos resultados de exames críticos: estabelecer critérios de inclusão, usar a técnica “ler de volta” e registro seguro. Definir fluxo em sinais de alerta.		
Saiba mais: acesse o material do Projeto de Segurança do Paciente na APS – CONASS https://www.conass.org.br/seguranca-do-paciente/			

Metas de Segurança do Paciente	Principais Recomendações na Aplicação dos Protocolos		
	Obs: Algumas ações se repetem pois são aplicáveis em todas as instâncias do cuidado em saúde.		
	Atenção Primária/Domicílio	Atenção Especializada	Atenção Hospitalar
Meta 3 Uso seguro de medicamentos	Prescrição médica - Deve ser padronizada, digitada ou eletrônica, se manuscrita letra legível e não deve ser impressa frente e verso, conter 02 identificadores institucionais, ter o número de registro, nº do leito, data, medicamento a ser administrado, dosagem, via de administração, frequência e/ou horário de administração, duração do tratamento, assinatura legível do médico e o número do conselho de classe. Sinalizar alergias; medicamentos LASA (look-alike-sound-alike) cujos nomes são semelhantes devem ser prescritos com destaque, Ex.: sulfaDIAzina x ceFAZO-lina - predniZONA x prednizoLONA; doses recomenda-se prescrever “500mg” em vez de “0,5g”, pois a prescrição de “0,5g” pode ser confundida com “5g”; validade de receituários considerar prazo conforme padronização local, em decorrência da pandemia.		
	Dispensação de medicamentos – Checar as informações do paciente com a prescrição médica; conferir o nome do medicamento, substância ativa, quantidade e dosagem; conferir alergias conhecidas; usar dupla checagem; conferir o medicamento junto ao paciente com técnica “ler de volta”. Orientar sobre: uso correto e racional dos medicamentos, dosagem e possíveis interações com outros medicamentos e alimentos; reações adversas potenciais e conservação. Dispensar quantidade necessária em decorrência da pandemia, solicitar a assinatura do paciente no formulário de recebimento, carimbar e assinar (registro seguro).		
	Conciliação medicamentosa – evitar erros de medicação, principalmente por omissão ou duplicidade, além de propiciar o engajamento do paciente e seu empoderamento frente à doença. Como fazer isso? Obtenha informações completas sobre cada medicação; faça perguntas para ajudar o paciente a lembrar; pergunte sobre a última dose tomada; atente para medicações fáceis de se esquecer; saiba diferenciar recomendação da prática (na semana passada, quantas doses você pulou?); peça as embalagens para o paciente e familiar; use duas fontes; desconfie e investigue quando o paciente se contradiz e quando as informações que faltam são potencialmente perigosas.		
	Medicamento de Alta Vigilância (MAV) - São medicamentos potencialmente perigosos que apresentam risco elevado de provocar danos ao paciente e necessitam de maior atenção na prescrição. Aspectos relevantes: Indicação; dose usual; dose máxima diária; formas de administração (reconstituição, diluição, tempo de infusão, via de administração). Listar os medicamentos com maior potencial de causar danos (anti-infecciosos, anticoagulantes, insulina, opioides, paracetamol, dentre outros). Divulgar para conhecimento da equipe, avaliar o risco para cada medicamento e revisar continuamente a padronização de processos como controle na dispensação e registro seguro, segregar em locais distintos com diferenciação de cor, guardar vacinas em geladeira diferente.		
	Administração de medicamentos – etapa importante da cadeia de medicamentos que requer muita atenção na administração de fármacos, eletrólitos, hemocomponentes, quimioterápicos, entre outros. Importante: questionar alergias; utilizar ferramentas para a segurança medicamentosa como dupla checagem; os 9 certos da medicação segura e 5 momentos para o uso seguro de medicamentos.		
<p>Saiba mais: acesse o Protocolo Uso Seguro de Medicamentos do Ministério da Saúde: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos</p> <p>Instituto pra Práticas Seguras no Uso de medicamentos (ISMP): https://www.ismp-brasil.org/site/boletins/</p>			

Metas de Segurança do Paciente	Principais Recomendações na Aplicação dos Protocolos		
	Obs: Algumas ações se repetem pois são aplicáveis em todas as instâncias do cuidado em saúde.		
	Atenção Primária/Domicílio	Atenção Especializada	Atenção Hospitalar
Meta 4 - Cirurgia segura (Adaptado para APS e Atenção Especializada)	Tem a finalidade de assegurar que o procedimento será realizado no local de intervenção e paciente corretos, por meio da aplicação de checklist em 3 etapas: Antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair da sala cirúrgica.		
	Alguns procedimentos: odontológicos, acesso venoso, exames citopatológicos, posicionamento de traqueostomo e gastrostomia, sondagens em geral, teste do pezinho, curativos, aspiração de vias aéreas.	Alguns procedimentos: exames de biópsia, endoscopia digestiva, colonoscopia, punções, exérese de pele, entre outros.	Todos os procedimentos cirúrgicos realizados no ambiente hospitalar, inclusive em maternidades (parto seguro).
Saiba mais: acesse o Protocolo de Cirurgia Segura do Ministério da Saúde: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/protocolo-de-cirurgia-segura			
Meta 5 - Higienização das mãos para prevenção de infecções	Incentivar a prática de higiene das mãos com técnica correta para evitar infecções, respeitando os 5 momentos para higienização das mãos: Antes de contato com o paciente; antes da realização de procedimentos assépticos; após risco de exposição a fluidos corporais; após contato com o paciente; após contato com áreas próximas ao paciente. Engajar toda a equipe e educar o paciente e acompanhante.		
Saiba mais: acesse o Protocolo de Higienização das Mãos do Ministério da Saúde: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/higienizacao-das-maos			
Meta 6 Prevenção de Quedas e Lesão por Pressão (LPP)	Avaliar o risco de queda por meio de instrumento padronizado em pacientes com fatores de risco: idosos, crianças, gestantes, em uso de medicamentos, dificuldade de locomoção, obesidade, distúrbios psiquiátricos, entre outros.		
	Promover ambiente seguro: disposição de objetos, tapetes, animais domésticos, mobiliário, escadas, iluminação adequada, entre outros.	Sinalizar pacientes com risco elevado para queda. Adotar medidas de prevenção nos espaços físicos: grades laterais do leito, cinto de segurança em cadeiras de rodas, piso antiderrapantes, sinalização de piso escorregadio, entre outros.	
	Avaliar o paciente quanto ao risco de desenvolver LPP por meio de instrumento padronizado em pacientes com fatores de risco: mobilidade prejudicada, acamados, incontinência, estado nutricional comprometido.		
	Ações gerais: Inspeccionar a pele; manter a pele limpa, seca e hidratada; avaliar cuidadosamente dispositivos como sondas e bolsas de colostomia; orientar manejo adequado de fraldas (evitar umidade); realizar mudança de decúbito a cada 2h; disponibilizar dispositivos de proteção de proeminências ósseas; promover a proteção da pele; avaliar a necessidade de materiais curativos de prevenção e tratamento; evitar fricção e cisalhamento.		
	Registrar em prontuário todas as informações observadas durante a avaliação.		
	Sensibilizar e capacitar as equipes para adesão ao processo.		
	Envolver o paciente e acompanhantes para promover barreiras para minimizar riscos.		
	*A continuidade do cuidado de pacientes com LPP, procedentes da Atenção Especializada e Hospitalar, deverá ser realizada na unidade básica de saúde do seu território.		
Saiba mais: acesse os Protocolos do Ministério da Saúde. Prevenção de Quedas: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/prevencao-de-queadas Prevenção de Lesão por Pressão (LPP): https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao			

Fonte: Elaboração própria.

2. Assistência a Populações Vulneráveis

Os profissionais da APS têm a responsabilidade inicial de assistir aos casos de saúde mental, assistência no sistema prisional, população de rua, comunidade quilombola e aldeias indígenas.

Como dar atenção à saúde mental nos tempos de COVID 19?

Recomenda-se a priorização dos casos graves e manter acompanhamento remoto dos casos mais significativos. Para isso, os casos deverão ser avaliados pelos profissionais que já fazem o acompanhamento do paciente, além disso, os serviços devem assegurar a dispensação de medicamentos e o fornecimento contínuos destes.

Como atuar junto às pessoas privadas de liberdade (PPL)?

Recomenda-se a manutenção de vários cuidados particulares, considerando sua natureza institucional tendendo a aglomerações, em espaços fechados e a comum frequência de grupos de alto risco na população carcerária. Recomenda-se planejar escalas diferenciadas de agentes para acolhimento de pessoas privadas de liberdade com sintomas e sinais que se enquadrem na suspeita de COVID-19, realizar atendimento local e quando necessário, transferência para atendimento secundário.

Como atuar junto à população de rua em medidas de segurança do paciente na COVID 19?

Recomenda-se orientações aos moradores sobre as medidas de higiene próprias e o não compartilhar objetos que possam transmitir o novo Coronavírus, além da utilização da etiqueta respiratória. Garantir o atendimento inclusivo sem qualquer discriminação por qualquer critério, facilitando seu acesso à assistência de saúde.

Como atender usar as medidas de segurança do paciente junto à comunidade quilombola?

Recomenda-se para os municípios que em havendo no território comunidade quilombola, os gestores devem particularizar sua atuação, tomando os devidos cuidados, respeitando identificação étnica, religiosa e cultural. Recomenda-se realizar visitas semanais para busca ativa de novos casos, dar orientações de distanciamento social e mediadas preventivas gerais contra a disseminação do novo Coronavírus.

Como usar as medidas de segurança de paciente junto às aldeias indígenas?

Recomenda-se que as equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) priorizem o trabalho de busca ativa domiciliar de novos casos de SG e SRAG, realizando a triagem dos casos, evitando circulação de pessoas com sintomas respiratórios. Os Agentes de Saúde Indígena (AIS) ao identificar casos suspeitos devem informar ao enfermeiro e/ou médico, da EMSI, para que ocorra o atendimento domiciliar e moni-

toramento destes. A presença de qualquer sinal de alerta, caso moderado ou grave, deverá encaminhar imediatamente o paciente indígena para a unidade de referência hospitalar.

Manejo de corpos nos casos de óbitos de ocorrência dentro ou fora das aldeias indígenas

O preparo do corpo em caso de óbito na aldeia indígena deverá ser realizado preferencialmente por profissional da saúde das EMSI, devidamente equipados com os EPIs, de forma rápida e com a menor manipulação do corpo possível.

Após o preparo do corpo, este deverá ser acondicionado em urna funerária, que deverá ser lacrada e permanecer fechada durante todo o tempo. Recomenda-se para que familiares, amigos e a comunidade em casos de óbito pela COVID-19 que evitem qualquer contato com a urna funerária ou proximidade dela.

Os sepultamentos deverão ocorrer mediante a presença de um representante do DSEI, podendo ser membros da EMSI disponível, como: Agente Indígena de Saúde (AIS), Técnicos de enfermagem, Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), Enfermeiros, Odontólogos ou Médicos. Esses profissionais serão designados para orientar os familiares quanto às medidas de segurança estabelecidas pelo Ministério da Saúde, ANVISA, Secretaria de Estado de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA N° 04/2020. Orientações para serviços de saúde:** Medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). (atualizada em 08/05/2020). <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC n° 36, de 25 de julho de 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília: DF; 26 jul. 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 529, de 1° de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Diário Oficial da União, Brasília: DF; 2 abr. 2013a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Unidades da atenção primária indígena (UAPI) da COVID-19.** Brasília: DF; Versão 1 – 25 de maio de 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Informe Técnico n° 07.** Brasília: DF; 10 de agosto de 2020.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **Qualidade no Cuidado e Segurança do Paciente** [internet]. [acesso em 2020 set. 18]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/seguranca-do-paciete nte/>.

PIEREBON, N. et al. **O que há por trás do espelho:** impactos da pandemia da covid-19 no clima de segurança do paciente. Centro Universitário Santa Cruz, Curitiba, 2020.

SILVA, M. C. N. et al. **Protagonismo dos profissionais de saúde na pandemia e as responsabilidades para um cuidado mais seguro.** Enfermagem em Foco, Brasília, 2020.

World Health Organization. World Health Assembly, 55 [internet]. **Fifty-fifth World Health Assembly**, Geneva, 13-18 May 2002 [acesso em 2020 set. 18]: summary records of committees and ministerial round tables; reports of committees 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260200>.

World Health Organization. **World Alliance for Patient Safety:** forward programme 2005 [internet]. Geneva: WHO Press; 2004 [acesso em 2020 set. 18]. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.

World Health Organization. **The third WHO Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm 2017** [internet]. [acesso em 2020 set. 18]. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>.

CHECKLIST DA REDE DE URGÊNCIA EMERGENCIA COVID-19 (RUE COVID-19)



MACRORREGIÃO			DATA	
NÚMERO DE REGIÕES		NÚMERO DE MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	

ÍTEM	AVALIAÇÃO	ESTRATÉGIA	OBSERVAÇÃO
GOVERNANÇA DA RUE	1) Existe Comitê de Governança da RUE (ou COE, comitê de crise) com participação da SES (APS, AAE, AH, REG), municípios (APS, AAE, AH, REG) e prestadores de serviços? (Se houver, descreva sua composição no campo Observação)		
	2) As reuniões ocorrem de forma sistemática, com pauta prévia e encaminhamentos?		
	3) O Comitê realiza a gestão dos recursos disponíveis, especialmente de profissionais atuantes, EPI, testes diagnósticos, leitos hospitalares e transporte?		
	4) O Comitê de Governança dispõe de um painel de indicadores epidemiológicos e assistenciais e realiza monitoramento diário para tomada de decisões?		
	5) Existe comunicação das ações pactuadas para todos os serviços da RUE?		
	6) Existe plano de comunicação para a população orientando os critérios de acesso aos diversos pontos da RUE?		
	7) Os municípios elaboraram planos de contingência?		
	8) Esses plano estão atualizados com o cenário atual da pandemia?		
	9) Os municípios possuem comitê de crise?		
	10) A CIR inclui sistematicamente na pauta das reuniões ordinárias a discussão sobre a situação da pandemia e o avançamento do plano de contingência?		
	11) Os Conselhos de Saúde, regionais e municipais, incluem sistematicamente na pauta das reuniões ordinárias a discussão sobre a situação da pandemia e o avançamento do plano de contingência?		
	12) Os municípios produzem boletim epidemiológico/ informativo com a atualização dos dados, ações realizadas e propostas para a população?		

ÍTEM		AVALIAÇÃO	ESTRATÉGIA	OBSERVAÇÃO
MEDIDAS PREVENTIVAS	1) Existem planos de comunicação e mobilização social definindo estratégias relacionadas ao distanciamento social, uso de máscara, higienização de mãos e ambientes e isolamento de usuários			
	2) As estratégias incluem ações em nível macro, nos territórios regionais e municipais, e em nível micro, nas áreas de abrangência das equipes da APS?			
APS	1) A APS realiza triagem para identificar casos suspeitos de SG/ SRAG em todos os turnos de funcionamento?			
	2) Existem fluxos separados na APS para atendimento de usuários com suspeita de SG/ SRAG (fluxo em Y a partir da triagem)?			
	3) A APS está capacitada para realizar a classificação de risco de SG/ SRAG?			
	4) A equipe utiliza oxímetro para verificação da saturação de oxigênio nos casos suspeitos?			
	5) A APS realiza manejo clínico de casos leves de			
	6) A APS realiza testagem de casos suspeitos?			
	7) A APS notifica 100% dos casos suspeitos conforme normativas do MS/ SES?			
	8) A APS possui EPIs para realizar suas atividades de acordo com as recomendações do MS?			
	9) A APS conhece os fluxos da RUE para compartilhamento de casos moderados ou graves?			
	10) A APS consegue acesso aos demais pontos da RUE?			
	11) Existem fluxos estabelecidos para o transporte sanitário dos usuários na RUE?			
	12) A APS monitora os casos leves/ moderados conforme normativas do MS/ SES?			
	13) A APS recebe comunicação de casos leves/ moderados atendidos em outros pontos da RUE?			
	14) A APS recebe plano de alta multiprofissional e interdisciplinar dos usuários egressos de			
	15) A APS tem acesso ao resultado dos testes rápidos e/ou RT PCR realizados nos outros pontos de atenção da RUE?			
	16) A APS monitora usuários egressos de internação hospitalar?			
	17) Existe triagem de casos suspeitos de SG/SRAG entre os profissionais da APS na chegada dos mesmos na unidade?			

ÍTEM		AVALIAÇÃO	ESTRATÉGIA	OBSERVAÇÃO
	18) A APS identifica e monitora 100% das ILPIs da sua área de abrangência?			
	19) 100% das ILPIs possuem plano de contingência elaborado conforme orientações do MS/ SES?			
	20) A ILPI realiza testagem de usuários e profissionais conforme normativas do MS/ SES?			
	21) As ILPIs dispõe de EPIs e insumos de proteção em quantitativo suficiente para trabalhadores e usuários conforme normativas do MS?			
	22) Os trabalhadores das ILPIs foram capacitados sobre medidas de prevenção, detecção de sinais e sintomas de SG/ SRAG e fluxos da RUE?			
	23) Existe triagem para identificação de casos suspeitos dos trabalhadores da ILPI na sua chegada ao trabalho?			
AAE	1) A AAE realiza triagem de SR em todos os turnos de funcionamento?			
	2) Existe fluxo separado na AAE para atendimentos de usuários com suspeita de SG/ SRAG?			
	3) A AAE está capacitada para realizar a classificação de risco de SG/ SRAG?			
	4) A AAE realiza manejo clínico de casos leves de SG?			
	5) A AAE possui EPIs para realizar suas atividades de acordo com as recomendações do MS?			
	6) A AAE conhece os fluxos da RUE para compartilhamento de casos moderados ou graves?			
	7) A AAE consegue acesso aos demais pontos da RUE?			
	8) Existem fluxos estabelecidos para o transporte sanitário dos usuários na RUE?			
	9) A AAE comunica para a APS os casos de SG atendidos em tempo oportuno?			
	10) A AAE notifica 100% os casos suspeitos conforme normativas do MS/ SES?			
	11) A AAE apoia a APS para estabilizar os usuários com condições crônicas com ações de teleconsulta, discussão de casos, etc.?			
	12) Existe triagem de casos suspeitos de SG/ SRAG entre seus profissionais da AAE na chegada dos mesmos à unidade?			
SAMU	1) O serviço disponibiliza máscara cirúrgica para os pacientes e acompanhantes?			

ÍTEM	AVALIAÇÃO	ESTRATÉGIA	OBSERVAÇÃO	
	2) Os profissionais utilizam os EPIs preconizados pela ANVISA [óculos de proteção ou protetor facial, máscara cirúrgica, avental descartável e hidrofóbicos e luvas de procedimento; quando da necessidade de procedimentos em via aérea (intubação, aspiração, coleta de secreções) a equipe deve utilizar máscara com filtro (PFF2/N95) e touca]?			
	3) Os profissionais utilizam o uniforme de maneira correta, mantendo completamente cobertos os membros inferiores e superiores?			
	4) Os profissionais realizam a higiene das mãos com água e sabão e/ou álcool em gel e orientam possíveis acompanhantes e familiares quanto a sua importância?			
	5) Os profissionais reportam-se à Regulação Médica do SAMU para encaminhamento à unidade hospitalar após estabilização clínica?			
	6) É garantida a ventilação mecânica durante o transporte do paciente, caso necessário?			
	7) É realizada a limpeza terminal de todas as superfícies internas da ambulância após a realização do atendimento, bem como a desinfecção e procedimentos de esterilização dos materiais conforme Procedimento Operacional Padrão (POP), utilizado na rotina do serviço. Se for o caso, orienta o profissional responsável pela limpeza sobre a utilização dos EPIs adequados?			
	8) É realizado o registro interno do atendimento para controle e mapeamento?			
	9) Após o término do plantão de serviço, o profissional socorrista efetua a lavagem de todas as peças de uniforme/fardamento utilizados durante o turno de serviço, isoladamente, sem contato com as demais peças de roupas da família?			
	10) Existe triagem de casos suspeitos de SG/ SRAG entre os profissionais da SAMU na chegada ao trabalho?			
UPA	1) A UPA realiza triagem de casos suspeitos de SG na entrada do serviço?			
	2) Existe na UPA fluxo separado para casos suspeitos de SG/ SRAG?			

ÍTEM	AVALIAÇÃO	ESTRATÉGIA	OBSERVAÇÃO
3) Existem protocolos (MS, SES, SMS) de manejo clínico para casos leves, moderados e graves de COVID-19?			
4) A equipe da UPA está capacitada para manejo clínico de casos leves e moderados?			
5) A equipe da UPA está capacitada para manejo clínico de casos graves de COVID-19, incluindo intubação orotraqueal e ventilação mecânica?			
6) A equipe da UPA realiza teste em suspeitos de SG/ SRAG?			
7) A UPA possui EPIs para realizar suas atividades, de acordo com as recomendações do MS?			
8) A UPA possui insumos e medicamentos necessários para assistência de formas graves de COVID-19?			
9) A UPA possui equipamentos necessários para assistência de formas graves de COVID-19?			
10) A UPA notifica 100% os casos de SG/ SRAG atendidos?			
11) A UPA comunica a APS os casos de SG leves e moderadas atendidos de modo a possibilitar o monitoramento?			
12) A UPA comunica para a APS o resultado dos exames de RT-PCR e testes rápidos positivos realizados?			
13) A UPA consegue acesso à atenção hospitalar quando necessário?			
14) Existem fluxos estabelecidos para o transporte sanitário dos usuários na RUE?			
15) Existe triagem de casos suspeitos de SG/ SRAG na chegada dos profissionais em todos os turnos?			
16) Existe protocolo para permanência de acompanhantes na UPA?			
17) Existe protocolo de comunicação de boletim clínico dos usuários para familiares?			
18) Existe protocolo para manejo de corpos implantado?			
ATENÇÃO HOSPITALAR (18,5% dos casos necessitam hospitalização sendo 13,8	1) O hospital possui gabinete de crise com definição de atribuições?		
	2) O gabinete de crise se reúne diariamente com pauta e tomadas de decisão?		
	3) Existe plano de contingência elaborado em níveis, conforme os vários cenários previstos?		

ÍTEM	AVALIAÇÃO	ESTRATÉGIA	OBSERVAÇÃO
severos (enfermaria)e 4,7% críticos (UTI))	4) Este plano contempla o planejamento de expansão de leitos conforme os cenários com cálculos de necessidades de estrutura física, RH, EPI, insumos, medicamentos e equipamentos?		
	5) Este plano de contingência prevê estratégias de reposição de RH afastados por licença para tratamento de saúde?		
	6) Existe plano comunicação formal das decisões para todos os setores internos do hospital e para o Comitê de Governança da RUE?		
	7) É de conhecimento da equipe quem é a pessoa nomeada responsável por decisões pontuais?		
	8) Para o número de leitos atuais está quantificado o número de RH, insumos, medicamentos e equipamentos necessários para manutenção semanal considerando 100% de ocupação?		
	9) Existe triagem de casos suspeitos de SG/ SRAG na chegada dos profissionais?		
	10) Existe triagem de casos suspeitos de SG/ SRAG em todas as portas de entrada do hospital?		
	11) Existem fluxos internos separados para casos suspeitos de COVID-19?		
	12) A equipe responsável pelo primeiro atendimento está capacitada para realizar		
	13) Existem protocolos de manejo clínico para usuários com quadros leves e moderados?		
	14) Existem protocolos com critérios de internação, internação na UTI, intubação orotraqueal e alta?		
	15) A equipe utiliza critérios para avaliação clínico funcional dos idosos (por exemplo o IVCF-20) no momento da internação (com atualização), para orientar o manejo clínico do usuário?		
	16) A equipe utiliza a ferramenta Ruddles (reuniões breves da equipe no meio do turno (10 e 16h) para avaliação dos processos; RH; insumos e tomada rápida de decisão?		
	17) A equipe utiliza ferramentas de triagem reversa (alta ou transferência de pacientes estáveis) para liberar leitos?		
	18) O hospital possui sala de alta (local onde os usuários que já estão de alta aguardam familiares, para liberar rapidamente os leitos)?		

ÍTEM		AVALIAÇÃO	ESTRATÉGIA	OBSERVAÇÃO
	19) A equipe notifica 100% dos casos suspeitos de SG/ SRAG atendidos, conforme normativas do MS, SES e/ou SMS?			
	20) A equipe alimenta diariamente mapa de ocupação de leitos conforme normativas do MS, SES e/ou SMS?			
	21) A equipe elabora plano de alta multiprofissional e interdisciplinar para que a APS possa manter a continuidade do cuidado?			
	22) Existe protocolo normatizando a presença de acompanhantes e visitas em todo o hospital?			
	23) Existe plano de comunicação do boletim clínico dos usuários para familiares?			
	24) Existem ações preventivas e assistenciais na área da Saúde Mental para os trabalhadores?			
	25) Existe protocolo para manejo de corpos implantado?			
COMPLEXO REGULADOR (CR)	1) Existem critérios definidos e pactuados para encaminhamentos, fluxos e priorizações de regulação do acesso, nos casos suspeitos ou confirmados do Novo Coronavírus (COVID-19)?			
	2) O CR elabora mapa de leitos com informações de forma transparente e em tempo real, da situação de todos os leitos SUS, gerais e de UTI?			
	Se sim	Contempla somente leitos sob gestão da SES		
		Contempla todos os leitos públicos em âmbito do estado		
		Contempla todos leitos públicos, privados e em âmbito do estado		
	3) Quando o CR recebe queixa relacionada a síndrome gripal, o médico regulador aplica o protocolo para definição de caso suspeito de infecção humana pelo coronavírus (SARS-CoV-2)?			
4) Após a aplicação do protocolo, em situação que se caracterize como caso suspeito, o médico regulador avalia as condições clínicas do paciente, classificando-as por critério de gravidade conforme protocolo?				

ÍTEM		AVALIAÇÃO	ESTRATÉGIA	OBSERVAÇÃO
	5) Nos casos sem gravidade clínica o paciente é orientado sobre as ações de biossegurança respiratória e ainda sobre a procura da Unidade Básica de Saúde mais próxima da sua residência, se possível através de contato telefônico (evitando sair de casa), informando sobre a suspeita de			
	6) Nos casos com gravidade clínica, o médico regulador encaminha o caso para as unidades da RUE, comunicando previamente o serviço de saúde para onde o caso suspeito será encaminhado?			
TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO	1) A equipe está capacitada para identificar casos suspeitos de SG/ SRAG?			
	2) A equipe utiliza EPIs conforme normativas do MS/ SES/ SMS?			
	3) São fornecidas máscaras e álcool em gel para usuários e acompanhantes?			
	4) É realizada triagem para identificação de casos suspeitos antes do embarque dos usuários?			
	5) A equipe está capacitada sobre os fluxos da RUE, caso identifique casos suspeitos?			
	6) Existe POP para limpeza e desinfecção do veículo e o mesmo é executado segundo as normas?			
	7) É realizada triagem dos trabalhadores para identificação de suspeitos no início do turno de trabalho?			

ÍTEM	AVALIAÇÃO	ESTRATÉGIA	OBSERVAÇÃO
------	-----------	------------	------------

AVALIAÇÃO GLOBAL

ITEM	TOTAL de itens avaliados	NÃO EXISTE		EXISTE (de forma)						NÃO SE APLICA		NÃO RESPONDIDO			
				Insipiente		Razoável		Ótima							
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%		
GOVERNANÇA DA RUE	12	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	12	100,0%
MEDIDAS PREVENTIVAS	2	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%
APS	23	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	23	100,0%
AAE	12	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	12	100,0%
SAMU	10	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	10	100,0%
UPA	18	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	18	100,0%
ATENÇÃO HOSPITALAR	25	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	25	100,0%
COMPLEXO REGULADOR	9	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	9	100,0%
TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO	7	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	7	100,0%
TOTAL	118	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	118	100,0%

INSTRUMENTOS DE GESTÃO DA CLÍNICA PARA A QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA, PROCESSOS E RESULTADOS DA RAS MATERNO-INFANTIL

I – Instrumento de diagnóstico situacional e de monitoramento da qualidade do cuidado perinatal, em rede, com foco no componente hospitalar da atenção materno-infantil, ajustado para o período de pandemia COVID-19

DESCRIÇÃO

O processo de desenvolvimento e operacionalização do **instrumento de diagnóstico situacional e de monitoramento das unidades perinatais** tem como diretriz o modelo de integração do cuidado, em rede de atenção à saúde materno e infantil, ajustado para a pandemia COVID-19.

O instrumento de diagnóstico situacional e de monitoramento da qualidade da atenção perinatal para aplicação nas Unidades Perinatais foi desenvolvido tendo como diretriz os fundamentos explicitados na qualidade da atenção perinatal, ajustado para o período da pandemia COVID-19.

O perfil de complexidade assistencial obtido a partir da aplicação do instrumento de diagnóstico situacional das unidades perinatais, em rede, traduz a capacidade de resposta dos hospitais-maternidades às demandas de saúde da população de gestantes/parturientes/puérperas e recém-nascidos, do pré-natal ao parto e nascimento, constituindo a base regional populacional para a estruturação da rede de atenção perinatal.

É um instrumento de caráter educativo, elaborado para ser respondido por quem provê o cuidado e a gestão da Unidade Perinatal, com foco na avaliação de estrutura e processos onde o cuidado à gestante, parturiente, puérpera, recém-nascido e família

ocorre, integrados aos processos na APS e AAE, e ao monitoramento dos resultados perinatais. Prove também indicadores de integração do componente hospitalar à APS e AAE, com foco no continuum do cuidado perinatal.

São avaliados itens de estrutura e dos processos, e suas interrelações, dentro da instituição e regionalmente, para prover assistência segura e efetiva no processo do parto e nascimento, à mulher e à criança, de acordo com a sua habilitação para o nível de complexidade da assistência: assistência ao parto de baixo risco, alto risco ou capacidade para responder aos fluxos especiais na presença de doenças maternas graves ou eminência de prematuridade extrema ou malformações congênitas graves. No mesmo formato e modelo, são extraídos os indicadores de monitoramento, base para os processos de reestruturação e ajustes na regionalização da assistência materno-infantil e ciclos de melhoria da qualidade para os microprocessos na Unidade Perinatal.

O desenvolvimento do instrumento, nos vários componentes da atenção perinatal, permite a compreensão “se e por que é preciso promover mudanças”, por meio dos itens de verificação que contemplam:

- Definição da população assistida na Unidade Perinatal;
- Perfil da maternidade para a competência definida: maternidades com perfil assistencial de risco habitual, alto risco e fluxos especiais para malformados e prematuros extremos;
- Conformidades e inconformidades de acordo com o diagnóstico de estrutura, processos e monitoramento do cuidado conforme recomendações, para a população assistida;
- Papel da UNP na regionalização da atenção materno-infantil, trazendo para a discussão a comunicação em rede.

A função do documento, construído nos moldes da avaliação proposta por Donabedian revisado, torna-se um instrumento de auto-avaliação participativa, desvelando os nós críticos da assistência em todo o percurso clínico perinatal e, ao verificar um problema ou inconformidade, já desencadeia uma “comunicação” efetiva apontando para necessidade de medidas corretivas.

Avançando na implementação do processo de qualidade, na planificação, o próximo componente é “o que alcançar com as mudanças no processo do cuidado para aquela população de gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos”:

- Utilizar o instrumento de diagnóstico e de monitoramento como uma ancora para desencadear mudança (s) que resulte (m) em melhoria, o que implica saber se a mudança proposta pode levar a uma melhoria real;

- Ser uma ancora para testar uma mudança antes de implementá-la em escala, favorecendo o planejar, analisar, decidir e agir;
- Durante o processo de melhoria, poder ajustar e implementar novos processos em um processo dinâmico, novamente fundamentado no Instrumento de Diagnostico Situacional e de Monitoramento.

A análise do documento é qualitativa e pode ser agregada aos indicadores de análise quantitativa – número de leitos obstétricos, neonatais, e de partos, para a programação da assistência em rede, podendo estimar a capacidade da instituição de responder à demanda da Região de Saúde. Cada item de verificação apresenta um quesito ou uma frase afirmativa referente ao que se espera para aquela Unidade. A aplicação do documento prevê a possibilidade de verificação in loco de itens avaliados e com respostas não consensuados pela equipe. O processo, implementado com a tutoria dos técnicos do CONASS-CONASEMS sob a responsabilidade direta da SES do respectivo estado, deve fazer observações que ajudam a caracterizar a conformidade ou a inconformidade, com observações adicionais.

O instrumento de diagnóstico direciona para a resposta à grande pergunta: qual a Unidade Perinatal que desejamos ter? Qual o modelo de rede de atenção à saúde materno-infantil precisamos implementar?

Para o preenchimento:

Cada item de verificação apresenta um quesito ou uma frase afirmativa referente ao que se espera para aquela unidade perinatal;

- O item deve ser avaliado quanto à sua existência de forma ótima, razoável ou limitada (adaptado de Mendes, 2015);
- A Tutoria orienta no detalhamento das respostas, oferecendo subsídios (momentos de alinhamento conceitual) de gestão de processos (mapeamento do percurso), de implementação do conhecimento nos locais de trabalho (instituição com foco no aprendizado colaborativo);
- A avaliação é qualitativa para possibilitar a participação ampla dos profissionais no processo de diagnóstico. A demanda por indicadores quantitativos pode postergar o diagnostico e as propostas de mudanças, além de desencadear resistências ao processo.
- A verificação de evidências objetivas de respostas específicas, utilizando-se de exames de documentos e registros, entrevistas, medições e observação direta das atividades e condições, pode ser realizada, quando indicada.

Para a análise:

A análise é iniciada concomitantemente à aplicação do instrumento, com subsídios oferecidos aos profissionais da gestão e da assistência, iniciando um processo de reflexão sobre:

- conceito de microsistemas de saúde e suas implicações organizacionais;
- princípios da qualidade e segurança no cuidado,
- as “particularidades” na implementação do conhecimento em cada instituição
- a inter-relação e interdependência de estrutura e processos nos resultados, em todo o percurso da mulher e criança no hospital;
- a importância da utilização de diretrizes clínicas para garantir práticas potencialmente melhores e sistematizar a assistência para redução de erros;
- o necessidade de indicadores para medir os resultados de mudanças nos processos;
- a necessidade da implementação dos conceitos do modelo assistencial em rede no percurso perinatal;
- a interdependência do hospital com a APS e atenção especializada para a continuidade da assistência;
- a importância de protocolos comuns, na rede, para agilizar a integração da assistência;
- a construção da comunicação efetiva utilizando linhas-guias para integração com sistemas logístico e de apoio para alcance dos resultados na saúde da mulher e criança;
- a necessidade de implementação de programas de educação permanente;
- a importância do trabalho em times, colaborativo, reflexivo para mudanças de comportamentos institucionais e individuais.

Após a aplicação do instrumento, a equipe deverá fazer uma análise de cada não conformidade, cada item com resposta “não” e identificar aquelas que devem ser corrigidas prioritariamente.

Para a priorização, considerar: a relevância do item avaliado, o seu impacto na qualidade da assistência e a governabilidade da equipe e da instituição para a correção necessária.

Após a avaliação local dos resultados e a construção do plano de ação para correção das inconformidades, os relatórios deverão ser discutidos a nível regional e estadual para a governança de processos fora da alçada da Maternidade.

CHECKLIST DA REDE DE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL NA PANDEMIA PELA COVID-19



MATERNIDADE		RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	
NÍVEL DE RISCO	() RISCO HABITUAL () ALTO RISCO	NÚMERO DE PARTOS / MÊS	
MACRORREGIÃO		DATA	
NÚMERO DE REGIÕES	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	

ÍTEM		AVALIAÇÃO	ESTRATÉGIA	OBSERVAÇÃO
Maternidade - Público alvo - A unidade atende gestantes e neonatos com essas situações descritas?	1 Gestantes de risco habitual			
	2 Gestantes COVID-positivas ou suspeitas			
	3 Gestantes de alto risco por causas diversas			
	4 RN potencialmente saudáveis			
	5 RN prematuros com complicações			
	6 RN em suporte ventilatório			
	7 RN em nutrição parenteral			
	8 RN em hipotermia			
	9 RN malformado			
	10 RN cirúrgico abdominal			
	11 RN cirúrgico neurológico			
	12 RN cirúrgico cardíaco			
	13 RN cirúrgico outros			
Maternidade - Recepção	14 Existe porta de entrada específica (exclusiva) para maternidade ou porta comum para o hospital, porém com fluxo específico para gestante?			
	15 Existe acesso para pessoas com deficiência física ou mobilidade reduzida?			
	16 Existe fluxo separado para gestantes que procuram o hospital para o parto (parturientes), suspeitas ou confirmadas com COVID-19, conforme NT MS?			
	17 Existe check list para definir presença ou suspeita de síndrome gripal ou SRAG?			
Maternidade - Sala de espera	18 Existe álcool gel e máscara para a mãe, acompanhante e equipe assistencial?			
	19 O hospital assegura a presença do acompanhante da mulher, no parto e puerpério, da escolha dela e sem história de contato próximo ou infectado com COVID-19?			
	20 O consultório e outras instalações dispõem de assentos com distanciamentos adequados (mínimo 1 metro), em área com ventilação, sem aglomeração, antes e após a classificação de risco, para gestante e seu acompanhante, conforto, água potável, até a liberação ou internação da gestante?			
	21 A sala para acolhimento permite privacidade da gestante?			

ÍTEM		AVALIAÇÃO	ESTRATÉGIA	OBSERVAÇÃO
Maternidade - Sala de acolhimento e classificação de risco	22	Existe material de protecao individual para equipe assistencial?		
	23	Dispoe de material, medicamentos e equipamentos de emergência?		
Maternidade - Consultório	24	Para as gestantes com maior gravidade é realizado primeiro atendimento e primeiras providências para internação no próprio hospital ou a transferência para outro hospital?		
	25	O hospital-maternidade tem estrutura fisica adequada para responder aos processos assistenciais ao parto e nascimento?		
Maternidade - Unidade Perinatal - Estrutura	26	Foi conduzida discussão de adequação da estrutura fisica da Unidade Perinatal e capacidade operacional dos leitos para enfrentamento das situações clinicas anteriores e as novas relacionadas ao COVID-19?		
	27	Foi revista a estrutura fisica com a participacao da equipe da obstetrícia, neonatologia, CCIH e engenharia hospitalar?		
	28	Foi revista a estrutura para assistência às mães e recém-nascidos: 1) saudáveis; 2) estáveis, com COVID-19; 3) suspeitos da COVID-19; 4) instáveis, com COVID-19; 5) doentes com outras condições não COVID-19		
	29	As equipes envolvidas no cuidado estão capacitadas?		
	30	As equipes estão separadas de acordo com a condição clínica da mãe e RN?		
	31	A maternidade tem material de urgência e emergência para a mãe e RN, até transferência de hospital, se necessário?		
	32	A Unidade Perinatal possui plano estratégico da Obstetrícia e Neonatologia?		
Maternidade - Unidade Perinatal - Internação	33	A equipe coordenadora do processo reúne todos os dias para atualizar o plano estratégico da Unidade Perinatal?		
	34	Há comunicação efetiva entre toda a equipe perinatal?		
	35	A gestão de fluxos de leitos é realizada pelo menos três vezes ao dia?		
	36	A unidade dispõe de sinalização interna para os fluxos reorganizados?		
	37	Para a gestante que não realizou pré-natal, é realizado o mínimo de exames: classificação sanguínea, VDRL, HIV?		

	ÍTEM	AValiação	ESTRATÉGIa	OBSERVAÇÃO
	38	Tem prontidão dos processos assistenciais de forma a não provocar aglomeração e contato demorado entre as pessoas?		
	39	A equipe de saúde está capacitada e treinada para prestar atendimento às gestantes assegurando fluxos assistenciais protegidos?		
	40	A equipe assistencial elabora o plano de cuidados para a puérpera e RN?		
	41	A equipe gestora elabora plano de alta para fazer a transição do cuidado hospitalar com a AAE e APS?		
	42	O pediatra é comunicado da internação da gestante?		
	43	Tem protocolos assistenciais compartilhados para COVID-19 e outros?		
	44	A Unidade emite relatórios de transferência materna ou neonatal com dados de identificação, resumo clínico e motivo da transferência, de acordo com normas do transporte?		
Maternidade - Unidade Perinatal - Parto (centro obstétrico)	45	Tem equipes capacitadas para atender ao parto?		
	46	Tem equipes completas para atender ao parto?		
	47	Tem equipes paramentadas para atender ao parto?		
	48	Tem salas de parto separadas para a mãe COVID positiva ou suspeita?		
	49	Tem fluxos e instalações separados para puérperas e RN sem infecção COVID-19?		
	50	Tem fluxos e instalações protegidos para mães suspeitas de COVID-19?		
	51	Tem fluxo e instalações protegidas para mães confirmados para COVID-19?		
Maternidade - Unidade Perinatal - Nascimento (centro obstétrico) - estrutura e equipe assistencial	52	Dispõe de material de reanimação neonatal?		
	53	Dispõe de um profissional com capacitação adequada em reanimação neonatal na sala de parto?		
	54	Dispõe de equipe em sala ao lado para emergências neonatais?		
	55	Dispõe de mesa de reanimação ou de cuidados básicos imediatamente ao nascimento a pelo menos dois metros da maca/ cama onde a mãe está sendo atendida?		
	56	Dispõe de incubadora de transporte para transferência da criança para o local da continuidade da assistência?		
Maternidade - Unidade Perinatal - Nascimento (centro obstétrico) - processos	57	Garante clampagem oportuna de cordão?		
	58	Assegura contato pele a pele mãe-filho e aleitamento materno para após medidas básicas de prevenção da disseminação do vírus, mas dentro da primeira hora de vida?		

	ÍTEM	AValiação	ESTRATÉGIa	OBSERVAÇÃO
	59	Há comunicação adequada da equipe com a parturiente e puérpera e seu acompanhante (identificar-se, chamar a usuária pelo nome, usar linguagem acessível e práticas humanizadoras no atendimento) orientando para a proteção e prevenção da disseminação e contágio do SARS-CoV-2?		
	60	Mães e RN saudáveis têm alojamento conjunto assegurado e protegido de pessoas infectadas?		
	61	O distanciamento de leitos é assegurado?		
	62	Existe orientação para aleitamento materno protegido?		
	63	Existe espaço para acompanhante?		
	64	A mãe e acompanhante recebem orientações de prevenção da infecção?		
	65	O aleitamento materno é assegurado?		
	66	O acompanhante é assegurado em todas as etapas do cuidado?		
Maternidade - Unidade Perinatal - AC - Unidade Neonatal de Cuidados Progressivos	67	Garante a triagem de todo recém-nascido com risco de infecção: febre materna, bolsa rota acima de 18h, trabalho de parto pré-termo sem causa aparente, infecção materna do trato urinário, qualquer infecção materna?		
	68	Garante a realização de vacina anti-hepatite B?		
	69	Garante a profilaxia da transmissão vertical do HIV?		
	70	Garante retardar a alta hospitalar quando alguns desses fatores estiver presente: não eliminação de mecônio, ausência de diurese, hiperbilirrubinemia, hipoglicemia, fatores de risco para infecção ?		
	71	Elabora plano de cuidado intra-hospitalar?		
	72	Elabora plano de alta com orientações para continuidade do cuidado?		
	73	Garante a participação dos pais no cuidado ao prematuro?		
Maternidade - Unidade Perinatal - Possui equipe multiprofissional com especialistas ou generalistas, sob coordenação compartilhada obstétrica e pediátrica, 24 horas?	74	Médico Obstetra		
	75	Enfermeira Obstetra/ Obstetrix		
	76	Pediatra		
	77	Neonatologista		
	78	Clínico Geral		
	79	Anestesiologista		
	80	Endocrinologista		
	81	Cardiologista		
	82	Nefrologista		
	83	Cirurgião Pediátrico		
	84	Oftalmologista		
	85	Cardiologista Pediátrico		
	86	Psicólogo		
	87	Assistente Social		
	88	Fisioterapeuta		
	89	Nutricionista		

ÍTEM		AValiação	ESTRATÉGIa	OBSERVAÇÃO
	90	Fonoaudiólogo		
	91	Dispõe de acesso a oftalmologista com experiência em retinopatia da prematuridade?		
	92	Dispõe de neurologista pediátrico com experiência em afecções do neonato?		
	93	Dispõe de cirurgião pediátrico para atendimento às intercorrências cirúrgicas: acesso vascular, enterocolite necrosante, instalação de drenos?		
	94	Dispõe de acesso a profissionais para fechamento cirúrgico de canal arterial?		
APS - Organização geral	95	APS mantém atendimento às gestantes e puérperas, com pré-agendamento?		
	96	As consultas são agendadas com hora marcada e com intervalos maiores entre os atendimentos, reduzindo		
	97	As consultas são marcadas com intervalo de higienização de materiais e equipamentos entre as		
	98	As gestantes são contactadas previamente para confirmar presença no atendimento pré-natal?		
	99	A APS atende gestantes e puérperas com procura espontânea?		
	100	A APS recomenda a utilização de máscara cirúrgica em Gestante “caso suspeito” da Covid-19 e o uso de		
	101	A APS dispõe de EPIs conforme recomendado?		
	102	A APS realiza triagem para identificar casos suspeitos de SG/ SRAG em todos os turnos de funcionamento?		
	103	A APS mantém consulta do quinto dia para o RN com pré-agendamento?		
	104	A APS atende RN com procura espontânea pela família?		
APS - Triagem/ acolhimento	105	A APS tem fluxos assistenciais separados para gestantes?		
	106	A APS tem fluxos separados para gestantes com síndrome gripal?		
	107	A APS tem fluxos assistenciais separados para RN?		
	108	A APS oferece máscaras para as gestantes ou puérperas ao chegar na unidade?		
APS - Processos clínicos	109	A APS mantém as consultas de pré-natal, testes rápidos, exames laboratoriais e ultrassom obstétrico,		
	110	A APS está recomendando a realização de ultrassonografia morfológica, no segundo trimestre,		
	111	A APS oferece vacinação para as gestantes de acordo com o Programa Nacional de Imunização?		
	112	As medidas de prevenção da Covid-19 são reforçadas, incluindo o incentivo com informações e		
	113	As gestantes e familiares estão sendo orientados para reconhecimento precoce da doença Covid- 19 e para		

ÍTEM		AVALIAÇÃO	ESTRATÉGIA	OBSERVAÇÃO
	114	As gestantes estão sendo orientadas para tomar antitérmicos até atendimento na apresentação de		
	115	A APS faz o monitoramento das gestantes, puérperas e RN diagnosticados com infecção pela Covid-19,		
	116	A APS monitora o aleitamento materno, a hiperbilirrubinemia, a presença de fatores de risco		
	117	A APS assegura a vacinação dos RN desde a primeira semana?		
	118	A APS assegura a vacinação das puérperas prevista na atualização do calendário vacinal?		
	119	A APS assegura a vacinação dos cuidadores dos RN, conforme recomendação do PNI-MS?		
	120	A APS realiza teleorientações, conforme orientado no GUIA-enfrentamento COVID-19?		
	121	A APS realiza telemonitoramento das gestantes e puérperas?		
	122	A APS tem agenda definida para puericultura?		
	123	A APS faz telemonitoramento das crianças a partir do nascimento?		
	124	A APS está mantendo as ações do 5º dia?		
	125	A APS orienta aleitamento materno para mães após o parto?		
AAE	126	A AAE está compartilhando com a APS o plano de cuidados de gestantes de alto risco gestacional?		
	127	A AAE está compartilhando com a APS o plano de cuidados de RN prematuros?		
	128	A AAE está compartilhando com a APS o plano de cuidados de recém-nascidos doentes acompanhados		

ÍTEM	AVALIAÇÃO	ESTRATÉGIA	OBSERVAÇÃO
------	-----------	------------	------------

AVALIAÇÃO GLOBAL

ITEM	TOTAL de itens avaliados	NÃO EXISTE		EXISTE (de forma)						NÃO SE APLICA		NÃO RESPONDIDO			
		N.	%	Insipiente		Razoável		Ótima		N.	%	N.	%		
				N.	%	N.	%	N.	%						
Maternidade - Público alvo	13	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	13	100,0%
Maternidade - Recepção	4	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%
Maternidade - Sala de espera	4	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%
Maternidade - Aco./ classificação de risco	1	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
Maternidade - Consultório	2	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%
Maternidade - UNP - Estrutura	7	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	7	100,0%
Maternidade - UNP - Internação	13	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	13	100,0%
Maternidade - UNP - Parto (CO)	7	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	7	100,0%
Maternidade - UNP - Nasc. - estrut. equipe	5	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	100,0%
Maternidade - UNP - Nasc. - processos	10	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	10	100,0%
Maternidade - UNP - UNCP	7	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	7	100,0%
Maternidade - UNP - Equipe multi	21	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	21	100,0%
APS - Organização geral	10	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	10	100,0%
APS - Triagem/ acolhimento	4	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%
APS - Processos clínicos	17	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	17	100,0%
AAE	3	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%
TOTAL	128	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	128	100,0%

II – SISTEMATIZAÇÃO DOS FLUXOS ASSISTENCIAIS DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO, AJUSTADOS PARA O PERÍODO DE PANDEMIA COVID-19

“Do acolhimento da gestante à alta da mãe e do recém nascido”, ajustados à PANDEMIA COVID-19, para prevenção da disseminação do SARS-CoV-2 na assistência hospitalar para o parto e nascimento, apresentados em modelo de fluxogramas

LEITURA DOS PROCESSOS REPRESENTADOS NO FLUXOGRAMA

Pré-requisitos técnicos gerais para assistência aos partos e nascimentos

- EPIs disponíveis;
- Equipes da assistência perinatal e de apoio compostas;
- Equipes da assistência perinatal e apoio protegidas;
- Fluxos assistenciais perinatais que previnem a disseminação da infecção pelo SAS-CoV-2 e o contágio das mulheres, crianças e famílias não doentes, durante a estadia hospitalar;
- Definir o fluxo assistencial de acordo com critérios clínicos e ou laboratórios, segundo NT-MS-Brasil;
- Disponibilizar testes diagnósticos, quando indicados, em todas as gestantes internadas para o parto, sempre que possível, de acordo com NT-MS-Brasil;
- Protocolos clínicos que respondam às demandas perinatais das gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos potencialmente saudáveis, doentes por afecções da gestação, parto e puerpério e afecções do período neonatal e acometidos pela infecção por SARS-CoV-2;
- Fluxos diferenciados de atenção ao parto e nascimento no centro obstétrico de acordo com o diagnóstico clínico e ou laboratorial para COVID-19 e com a situação clínica da mulher e RN;
- Proteção da criança durante o processo de nascimento, imediatamente após o nascimento e enquanto permanecer no hospital, quando ocorre maior risco de contágio comparado ao risco de transmissão vertical, essa muito raramente documentada. Os casos publicados na literatura científica referem-se em sua maioria, à transmissão perinatal - intraparto e imediatamente após o parto, e durante o período neonatal subsequente;

- Grande parte dos hospitais tem estrutura física e instalações limitadas demandando ajustes nos fluxos assistenciais, com apoio da engenharia hospitalar e acordados entre profissionais de assistência e CCIH;
- Limitações de disponibilidade de área física e ausência de pressão negativa no controle da qualidade do ar ambiente demandam cuidados neonatais em incubadoras e uso de EPIs;
- Recém-nascidos clinicamente estáveis, filhos de mães com diagnóstico de COVID-19, devem ficar em berço ou incubadora à 2 metros do leito da mãe;
- Todas as mães devem usar máscaras N95 em trabalho de parto e parto devido ao risco de contágio e transmissão da doença em assintomáticas.

PROCEDIMENTO 01 – GESTANTES/PARTURIENTES/PUERPERAS/RN COVID-19 NEGATIVO

Procedimentos para ausência de infecção por SARS-CoV-2 por critério clínico-epidemiológico e ou laboratorial

Recomendações para assistência ao parto e nascimento, conforme protocolos clínicos padrão:

- Assistência ao nascimento, de acordo com o programa de reanimação neonatal-SBP:
 - » RN com boa vitalidade ao nascimento (IG = ou > 34s respirando ou chorando e com movimentação ativa): clampeamento do cordão com 1-3 minutos de vida, contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida;
 - » RN muito prematuros ou que apresentam pouca vitalidade ao nascimento: fazer avaliações individualizadas, de acordo com o preconizado no manual do programa;
- Permanência em AC/ALCON, juntamente com a mãe, para amamentação livre demanda e monitoramento clínico conforme protocolo de assistência neonatal de recém-nascidos potencialmente saudáveis, verificando fatores de risco perinatais para complicações;
- Estabilização e transporte intrahospitalar ou referenciado à outros hospitais, quando necessário, de acordo com o manual de transporte da SBP, com fluxos protegidos para COVID-19;
- Suporte ventilatório, nutricional, hemodinâmico, como especificado em protocolos clínicos padrão, para RN com complicações;
- Aleitamento materno ou leite materno conforme estabilidade da criança;

- Mãe na beira do leito para suprir leite materno para RN prematuros ou com complicações perinatais;
- Manter cuidados canguru e estimular a presença da mãe na UNCP.

1.1. Procedimentos específicos para mãe e recém-nascido estáveis clinicamente

- Cuidados usuais detalhados em Portaria Ministerial N° 2068/2016, de assistência perinatal em AC/ALCON;
- Assistência ao binômio em AC com no máximo 2 ou 3 leitos, seguindo as recomendações para controle da transmissão da infecção por SARS-CoV-2 (prevenção de transmissão do vírus por gotículas e partículas, higienização das mãos, uso de máscaras faciais durante o cuidado, distanciamento de 2,0 m entre os leitos das mães e entre os leitos das mães e seus RNs.)

1.2. Procedimentos específicos para mãe clinicamente estável , e recém-nascido com complicações da prematuridade, infecção, asfixia e outras

- Assistência neonatal na UTIN/UCINCO
- Seguir protocolos clínicos padrão
- Normas de visitação na UTIN/UCINCo, como usual.

PROCEDIMENTO 02 – GESTANTES/PARTURIENTES/PUÉRPERAS/RN EM ESCLARECIMENTO DIAGNÓSTICO PARA COVID-19

Procedimento específico destinado aos casos suspeitos de infecção por SARS-CoV-2, em monitoramento clínico e ou propedêutica laboratorial para esclarecimento da presença ou ausência de COVID-19:

- Fluxo diferenciado, considerando a possibilidade de infecção, até esclarecimento diagnóstico;
- Se exames negativos e evolução clínica favorável, mãe e RN podem ser liberados do isolamento.

Recomendações:

- Clampeamento do cordão: em RN com boa vitalidade com idade gestacional > 34 semanas em 1 a 3 minutos e de 30 a 60 segundos nos RN com idade gestacional < 34 semanas; para os RN que nascem deprimidos, o clampeamento do cordão é imediato.
- Contato pele a pele e amamentação na primeira hora, em condições controladas: podem ser realizados com cuidados de prevenção de disseminação do vírus, após

higienização do tórax materno e maior controle de condições de prevenção da infecção ao RN;

- Mesa de reanimação: distância de > 2 metros da mãe;
- Estabilização e Transporte: em incubadora, de acordo com o manual de transporte da SBP, com fluxos protegidos para COVID-19 e com profissionais devidamente paramentados;
- Alojamento conjunto individualizado, em sistema de isolamento, com distancia de 2 metros entre leito da mãe e berço ou incubadora da criança;
- Aleitamento materno ou leite materno conforme estabilidade da criança, com recomendações de expressão manual do leite, se necessário, e orientações à mãe de medidas de proteção (higienização das mãos e do tórax, além do uso de máscaras);
- Suporte ventilatório, nutricional, hemodinâmico, como especificado em protocolos clínicos, porém em áreas da unidade neonatal específicas, em incubadoras e com uso de EPIs - Equipamento de proteção Individual para contato, gotículas e aerossóis: avental descartável e impermeável com mangas longas, luvas, óculos ou protetor facial, gorro e máscara N95/ PFF2;
- Mãe não deverá ter acesso à Unidade Neonatal de Cuidados Progressivos ou à áreas compartilhadas de assistência neonatal, em caso de complicações;

PROCEDIMENTO 03 – GESTANTES/PARTURIENTES/PUÉRPERAS/RN COM DIAGNÓSTICO COVID-19 POSITIVO

Procedimento específico destinado aos casos maternos confirmados de SARS-CoV-2

Recomendações:

- Equipe paramentada com EPI - Equipamento de proteção Individual para contato, gotículas e aerossóis: avental descartável e impermeável com mangas longas, luvas, óculos ou protetor facial, gorro e máscara N95/ PFF2;
- Clampeamento do cordão: em RN com boa vitalidade com idade gestacional > 34 semanas em 1 a 3 minutos e de 30 a 60 segundos nos RN com idade gestacional < 34 semanas; para os RN que nascem deprimidos, o clampeamento do cordão é imediato.
- Pele a pele e amamentação na primeira hora de vida: após higienização do tórax materno e maior controle de condições de prevenção da infecção ao RN;
- Mesa de reanimação: distância de > 2 metros da mãe;
- Transporte: em incubadora com profissionais devidamente paramentados;

- Distância mínima no isolamento: 2 metros entre o leito da mãe e berço do RN;
- Amamentação: após adotada as medida de precaução;
- Máscara facial
- Higiene das mãos antes de após amamentar

3.1. Procedimentos específicos para mãe e recém-nascido estáveis

- RN em quarto privativo com a mãe;
- Cuidados com o RN e na amamentação:
 - » Máscara facial
 - » Distância mínima de 2m entre leito da mãe e berço do RN
 - » Higiene das mãos antes e após cuidados/amamentar

3.2. Procedimentos específicos para mãe instável clinicamente assistida em UTI, e recém-nascido estável

- RN em quarto privativo com acompanhante saudável;
Obs.: Caso o RN não tenha acompanhante encaminhar para a UNCP até estabilização ou alta da mãe ou do RN;
- Se mãe em condições clínicas, orientações quanto ao aleitamento materno;
- Cuidados com o RN e durante a amamentação:
 - » Máscara facial
 - » Distância mínima de 2m entre leito da mãe e berço do bebê
 - » Higiene das mãos antes e após cuidados;
 - » Higienização do tórax antes da amamentação.

3.3. Procedimentos específicos para mãe clinicamente estável, e recém-nascido prematuro ou doente, assistido em UTIN ou UCINCO

- Mãe em isolamento por 10-14 dias (não deve entrar na unidade neonatal)
- Se mãe em boas condições clínicas, orientações quanto à ordenha de leite materno para seu filho, de acordo com sua decisão após informações técnico-científicas dos benefícios do leite materno.

Assistência neonatal:

- Recomendada área física com ventilação com pressão negativa;
- Área física sem pressão negativa: ala privativa com incubadora parede dupla, manga íris (podendo alocar mais de uma) com distanciamento = ou > a 2 metros entre elas

- Utilizar protocolos clínicos, de acordo com a afecção perinatal, adotados no serviço, com uso obrigatório de máscaras N95 para procedimentos de aerossolização;
- Testes de diagnóstico para COVID-19: RT-PCR (swab oro/nasofaríngeo), com 24 e 48 h pós-nascimento e monitoramento laboratorial conforme plano de cuidados (detalhado no item específico);
- Uso do EPI para o profissional de saúde:
 - » Se RN em ar ambiente: utilizar EPI para precauções de contato, gotículas e avental descartável e impermeável com mangas longas, luvas, óculos ou protetor facial, gorro e máscara cirúrgica;
 - » Se RN em ventilação invasiva ou não invasiva, no procedimento de Intubação, na administração de surfactante, na aspiração de vias aéreas sem sistema fechado e na coleta de swab para COVID-19 : utilizar EPI para precauções de contato, gotículas e aerossóis com uso de avental descartável e impermeável com mangas longas, luvas, máscara N95/PPF2, óculos ou protetor facial, gorro.

PROCEDIMENTO 04 – CRITÉRIOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS PARA PLANO DE CUIDADOS INTRAHOSPITALAR E ALTA HOSPITALAR RELATIVOS AO COVID-19

Procedimento específico para critérios clínicos e laboratoriais destinados a avaliar o quadro clínico do RN para alta hospitalar e monitoramento do cuidado em nível ambulatorial.

4.1. RN assistidos em UTIN e UCIN-CO

4.1.1. Filho de mãe suspeita à internação, com exames negativos RT-PCR em swab nasofaríngeo ou antígeno viral, coletados à internação

- RN com PCR-RT negativos, com 24h (primeira coleta) e 48 h (segunda coleta): seguir protocolo padrão da Unidade;
- Se o resultado da mãe sair antes de 24 horas, não será obrigatório coletar exames no RN.

4.1.2. Filhos de mães positivas para COVID-19

Coletar RT-PCR com 24 e 48 h de vida, em RN sintomáticos ou assintomáticos

- RN positivo: isolamento, com medidas de controle da doença, por 10 dias após coleta de exame com resultado positivo ou do início de sintomas em RN sintomáticos;
- Para essas crianças, repetir o RT-PCR nessa data para definir necessidade de manter isolamento por 14 a 21 dias;
- RN negativo nas duas coletas: retirar do isolamento;
- Na impossibilidade de fazer RT-PCR, manter medidas de precaução por 14 a 21 dias;

4.1.3. Importante diferenciar sintomas da infecção por COVID-19, pouco conhecidos em RN, de sintomas relacionados aos eventos perinatais, como prematuridade, asfixia, outras infecções

- Lembrar que a maioria das infecções no RN, até então documentadas, se deve à transmissão e contágio pós natal.
- RN com longa permanência na UN que instabilizam sem causas explicáveis, recomenda-se fazer RT-PCR, para diagnóstico diferencial, principalmente se houver casos na Unidade Neonatal, não isolados.
- No plano de alta, especificar a conduta e resultados de exames, com recomendações de controle ambulatorial e tempo de isolamento, de acordo com as recomendações acima.

**FLUXO HOSPITALAR PERINATAL:
Do acolhimento da gestante à
alta da mãe e do recém nascido**

Atualizações Versão: 2.0 Data: 08/02/2020 Responsável: CONASS	Áreas Envolvidas Acolhimento Pré-parto e parto Alojamento Conjunto CTI Adulto UNCP
---	--

PROCESSO - PERINATOLOGIA

Acolhimento

Pré-parto / Parto / Nascimento

Alojamento Conjunto - ALCON

Unidade Neonatal de
Cuidado Progressivo (UNCP)

CTI - Adulto

LEGENDA



Início do Processo



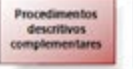
Decisão ou Caminho



Atividade ou Ação



Subprocesso



Procedimentos descritivos complementares



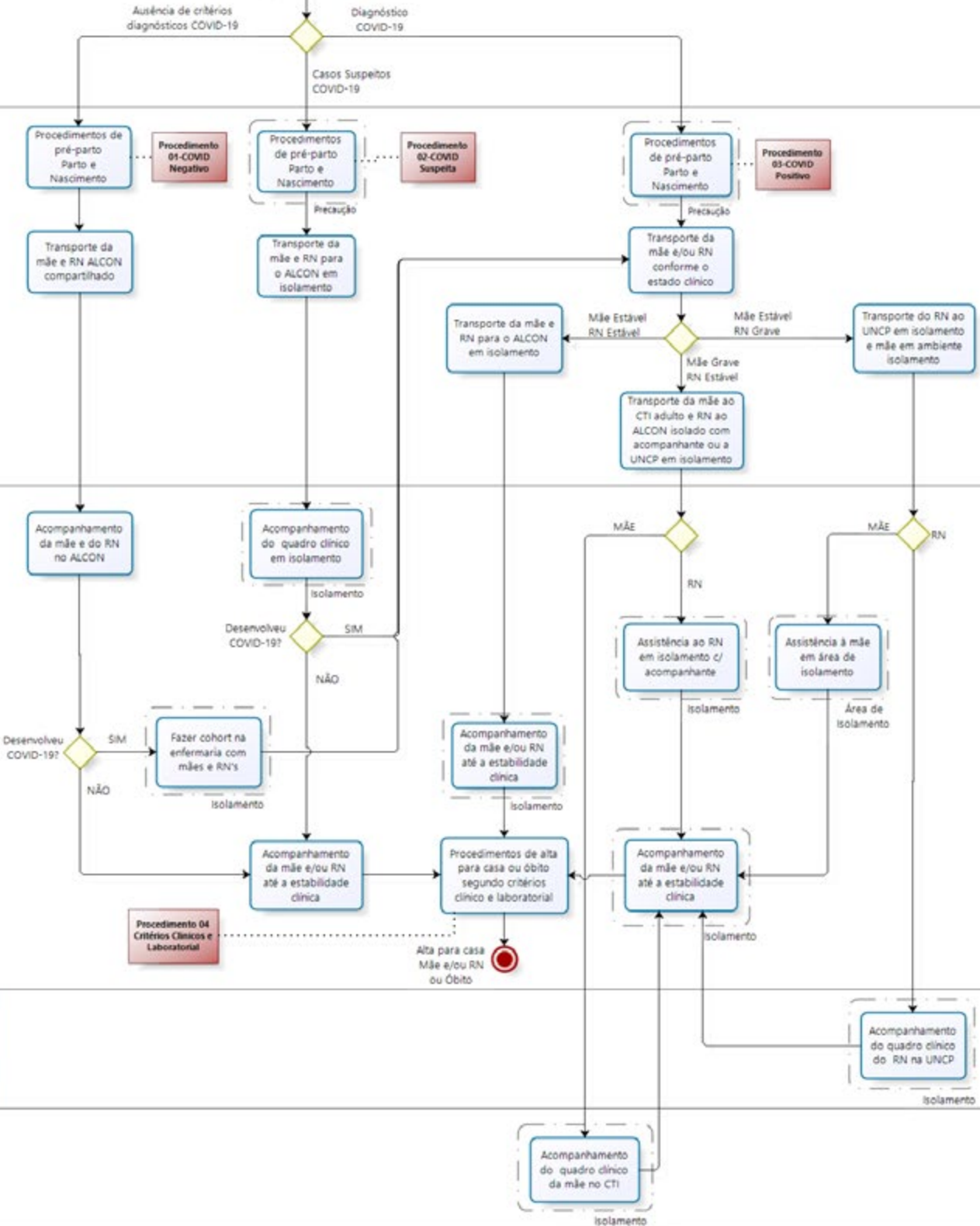
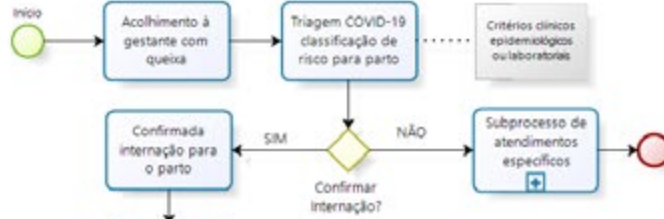
Comentários ou observações



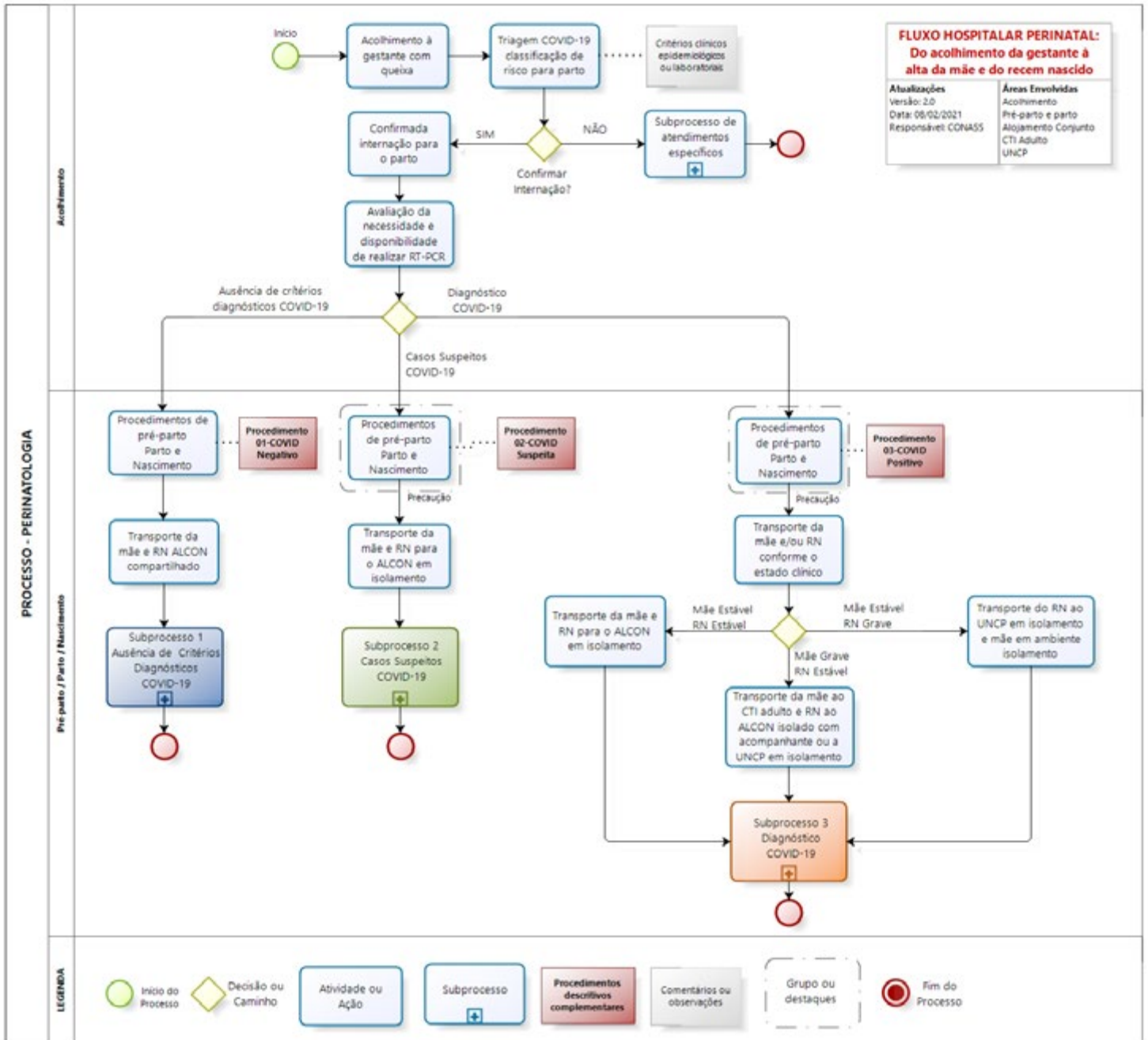
Grupos ou destaques



Fim do Processo

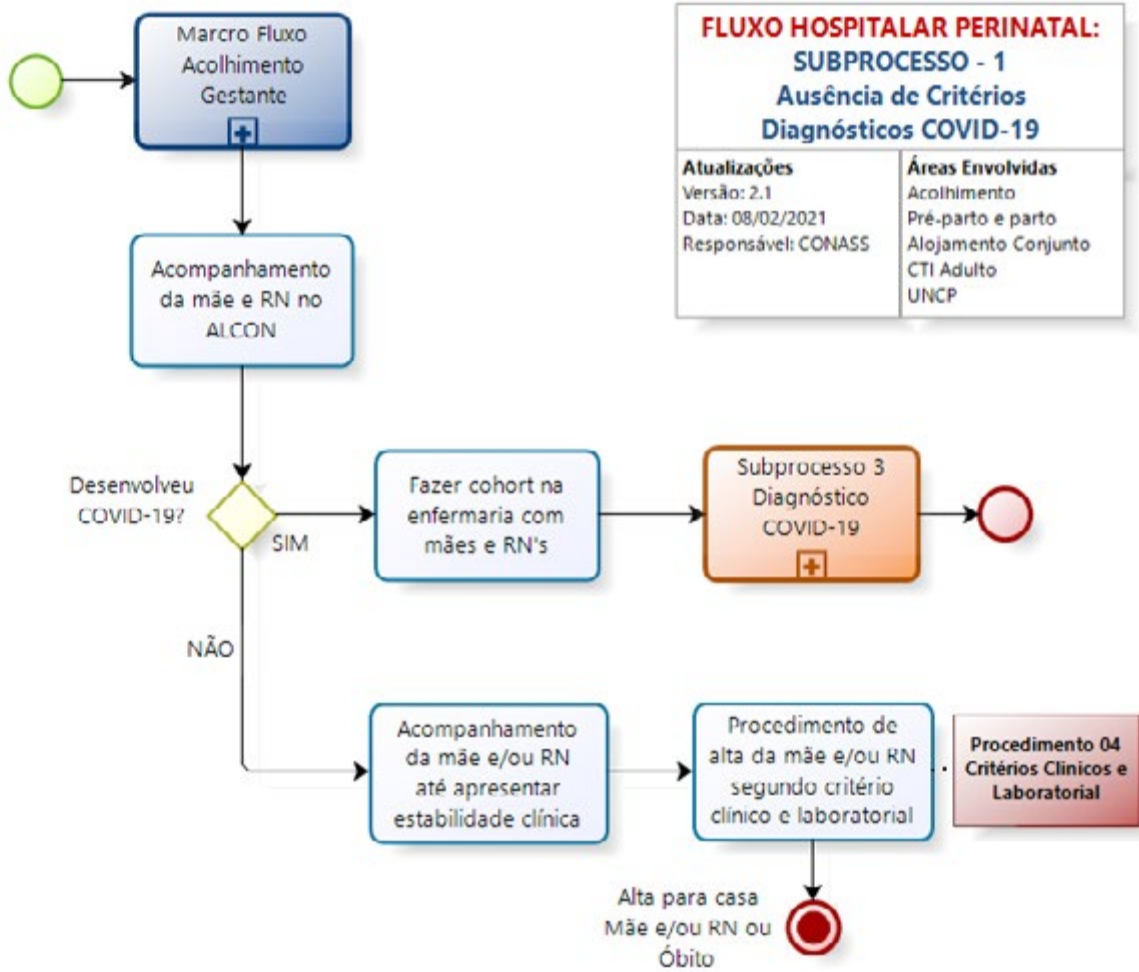


Procedimento 04
Critérios Clínicos e Laboratorial



PROCESSO - PERINATOLOGIA

Alojamento Conjunto - ALCON



FLUXO HOSPITALAR PERINATAL:
SUBPROCESSO - 1
Ausência de Critérios
Diagnósticos COVID-19

Atualizações

Versão: 2.1

Data: 08/02/2021

Responsável: CONASS

Áreas Envolvidas

Acolhimento

Pré-parto e parto

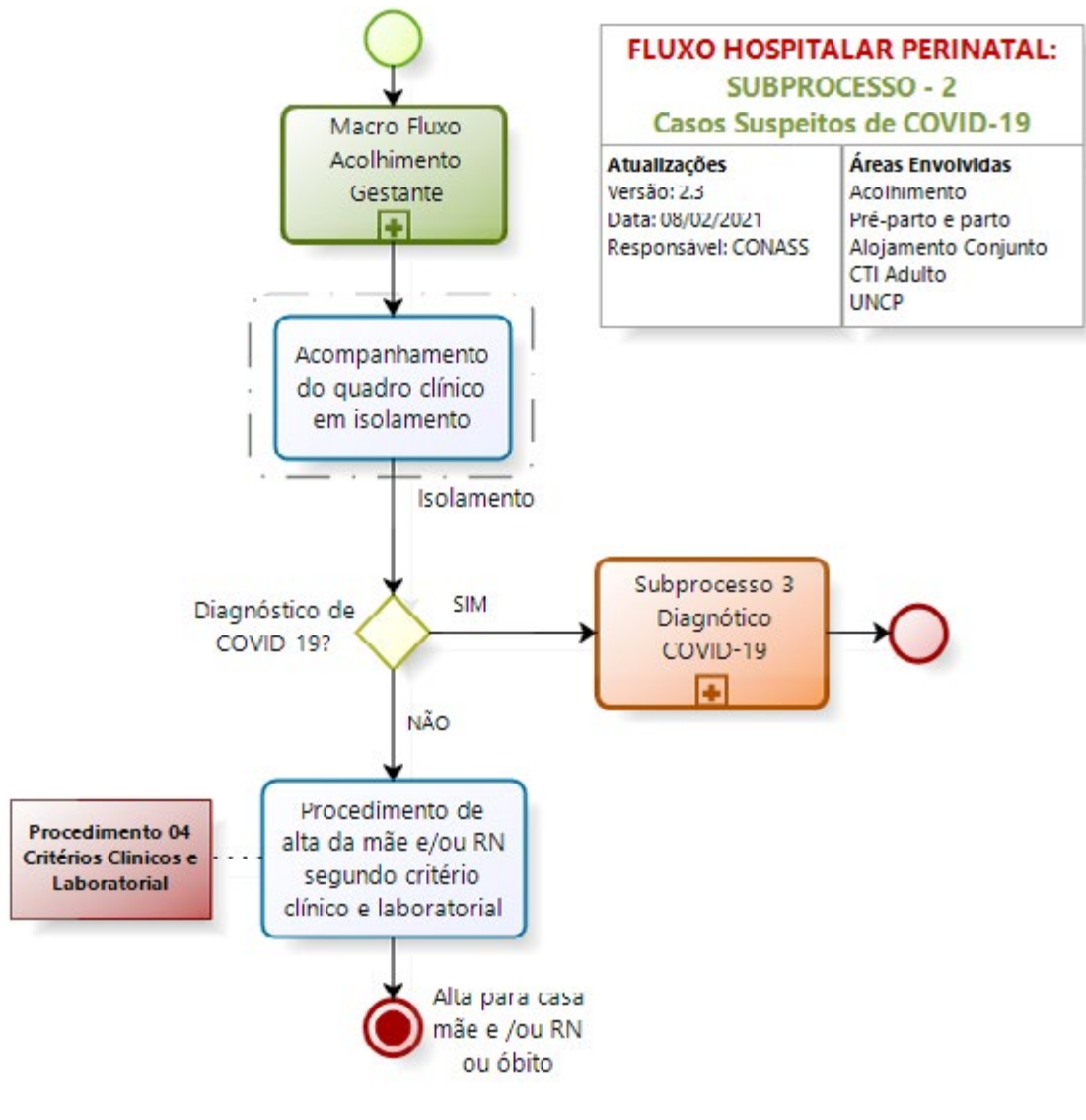
Alojamento Conjunto

CTI Adulto

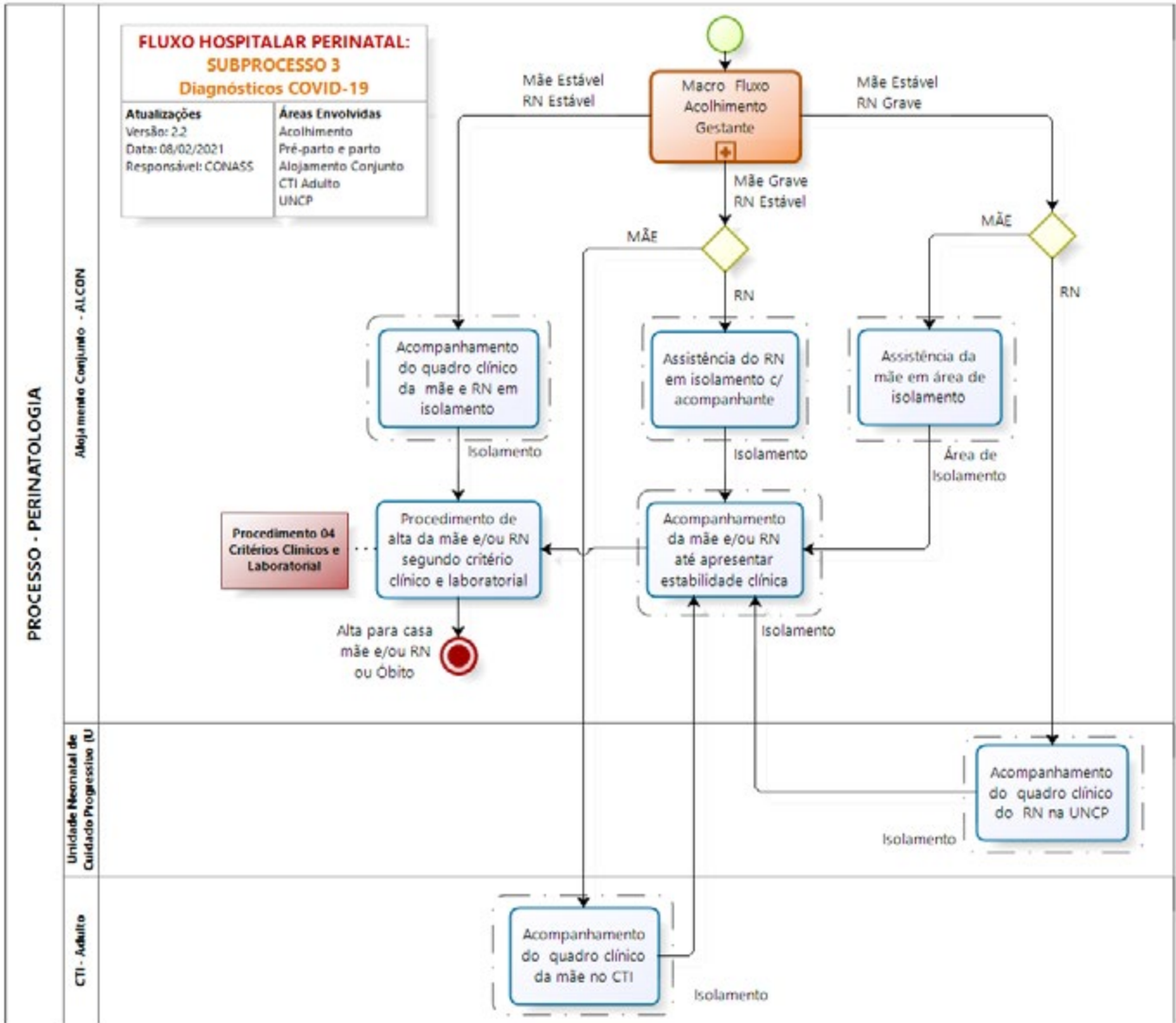
UNCP

PROCESSO - PERINATOLOGIA

Alojamento Conjunto - ALCON



FLUXO HOSPITALAR PERINATAL: SUBPROCESSO - 2 Casos Suspeitos de COVID-19	
Atualizações Versão: 2.3 Data: 08/02/2021 Responsável: CONASS	Áreas Envolvidas Acolhimento Pré-parto e parto Alojamento Conjunto CTI Adulto UNCP



III – MATRIZ DE INDICADORES ESSENCIAIS DA ATENÇÃO PERINATAL

- **Idade gestacional:** É o indicador de maior relevância para o prognóstico imediato e ao longo da vida da criança e precisa ser registrado com critérios técnicos padronizados internacionalmente. O critério, conforme normalizado pela OMS, para definição da idade gestacional confiável, 1) ultrassom precoce, antes de 14 semanas de gestação; 2) data da última menstruação confiável; 3) estimativa obtida pelo exame de maturidade físico e neuromuscular ao nascimento (método New Ballard).
- **Nascidos vivos (NV):** toda criança que ao nascer apresente qualquer sinal de vida como respiração, batimentos cardíacos, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, independente da idade gestacional e do peso ao nascer, de acordo com a definição de nascido vivo da OMS.
- **Taxa de mortalidade neonatal precoce:** obtida dividindo-se o número de óbitos em recém-nascidos hospitalizados menores de sete dias de vida pelo número total de NV, expresso por mil NV.
- **Taxa de mortalidade no primeiro dia de vida:** obtida dividindo-se o número de óbitos em recém-nascidos menores de 24h de vida pelo número total de NV, expresso por mil NV.
- **Taxa de mortalidade hospitalar:** obtida dividindo-se o número de óbitos ocorridos antes da primeira alta hospitalar pelo número total de nascidos vivos, expresso por mil NV.
- **RN pequenos para idade gestacional (PIG):** RN com peso ao nascer para idade gestacional abaixo do percentil 10, utilizando a curva de crescimento intrauterino de Kramer e colaboradores¹⁹.

Para as análises estatísticas podem ser utilizadas as saídas convencionais do programa SIP-CLAP, e os pacotes estatísticos, SPSS versão 13.0 e Stata versão 9.0.

Variáveis demográficas, assistenciais e de evolução da mãe e do recém-nascido

Maternas

- Idade materna, em anos (<20, 20-34, ≥35);
- Nível de escolaridade no sistema formal de educação: nenhum, elementar, secundário, universitário;
- Número de anos de escola cursado no maior nível alcançado;
- Número de consultas pré-natal (0, 1-5, ≥6);

- Terminação do parto (vaginal, cesárea, fórcepe);
- Terminação do parto em primíparas (vaginal, cesárea, fórcepe);
- Hemorragias (presença ou ausência de patologias maternas por hemorragias ocorridas no primeiro, segundo ou terceiro trimestres da gestação atual);
- Hipertensão (presença ou ausência de patologias maternas por hipertensão prévia, pré-eclâmpsia ou eclampsia na gestação atual);
- Infecção (presença ou ausência de patologias maternas por infecção urinária, infecção puerperal, ou outras infecções ocorridas na gestação atual);
- Diabetes (presença ou ausência);
- Cardiopatia (presença ou ausência).

Neonatais

- Idade gestacional, em semanas (< 28, 28 a 31, 32 a 34, 35 a 36, 37 a 41, ≥42);
- Peso ao nascer, em gramas (< 1000g, de 1000 a 1499g, de 1500 a 1999g, de 2000 a 2499, de 2500 a 2999g, de 3000 a 3999g, ≥ 4000 g);
- Escore de Apgar com 1 minuto de vida (0-3, 4-6, 7 ou mais);
- Escore de Apgar aos 5 minutos de vida (0-3, 4-6, 7 ou mais);
- Presença de Defeito Congênito;
- Doença das membranas hialinas (presença ou ausência);
- Infecção (presença ou ausência);
- Hiperbilirrubinemia (presença ou ausência);
- Outras síndromes de dificuldade respiratória (presença ou ausência);
- Hospitalização do recém-nascido (assistência do recém-nascido na unidade neonatal de cuidados progressivos);
- Alimentação à alta (aleitamento materno exclusivo, aleitamento misto, alimentação com fórmulas exclusiva); 13) Condição à alta (óbito e não óbito); 14) Tempo de permanência hospitalar (em dias): variável calculada como a diferença, em dias, entre a data da alta (ou óbito) e a data do parto.

Características maternas e resultados obstétricos ao longo dos períodos:

- Idade média das mães
- Proporção de adolescentes (< 20 anos)
- Proporção de mães ≥ 35 anos
- Escolaridade
- Proporção de mães com seis ou mais consultas de pré-natal
- Terminação do parto

- Terminação do parto em primíparas.
- Presença de uma ou mais das patologias maternas (para classificar o risco ao parto e organizar os processos assistenciais em rede)

Características dos recém-nascidos

- Distribuição dos recém-nascidos por sexo
- Distribuição do peso ao nascer
- Distribuição da idade gestacional
- Numero absoluto de prematuros
- Índice de prematuridade (IG<37s)
- Proporção de RN pós-termo
- Proporção de RN com Apgar < 7 no primeiro minuto de vida
- Proporção de RN com Apgar < 4 primeiro minuto de vida
- Proporção de RN com Apgar <7 no quinto minuto de vida
- Proporção de RN com Apgar <4 no quinto minuto de vida
- Proporção de RN em fototerapia
- Índice de pré-termos que receberam formula em algum momento de sua vida enquanto hospitalizado
- Índice de amamentação à alta
- Índice de alimentação com fórmula
- Índice de RN com aleitamento misto à alta
- Media do tempo de permanência hospitalar
- Índice de Doença da Membrana Hialina em Pré-termos
- Taxa de mortalidade fetal intraparto
- Taxa de mortalidade no primeiro dia de vida
- Taxa de mortalidade neonatal precoce
- Taxa de mortalidade neonatal hospitalar
- Taxa de sepse precoce
- Taxa de sepse tardia
- Índice de malformações congênicas
- Taxa de gemelaridade
- Índice de corticoide materno em gestantes que evoluíram para parto prematuro

Todos os indicadores devem ser estratificados por sexo, peso, idade gestacional, parto único e múltiplo, cesáreo e vaginal, excluídos malformações congênicas. Toda a análise de resultados perinatais e assistenciais em RN com malformações deve ser realizada em agrupamento específico.

PLANO DE CUIDADO INTEGRADO

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA A ATENÇÃO PRÉ E HOSPITALAR

NOME DA UBS: _____	DATA: ____/____/____
Referencia da UBS: _____	
Telefone: _____	Município: _____

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome do paciente:

Cartao SUS:

Data de Nascimento:

Nome da mãe:

Município destino:

Unidade de Saude Pré ou Hospitalar:

ATENÇÃO: Segurança do paciente: preencher todos os campos e não abreviar nome do paciente e da mãe

2. ALERGIAS PRÉ EXISTENTES (especificar):

3. HISTÓRIA DE SAÚDE PREGRESSA

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Idoso | <input type="checkbox"/> Doença hematológica |
| <input type="checkbox"/> Gestante | <input type="checkbox"/> Transtornos neurológicos e do desenvolvimento |
| <input type="checkbox"/> Puérpera | <input type="checkbox"/> Doença mental grave |
| <input type="checkbox"/> Crianças | <input type="checkbox"/> Pessoa Imunocomprometida |
| <input type="checkbox"/> Tabagista e/ou com história | <input type="checkbox"/> Maior 19 anos de idade em uso prolongado de AAS |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial sistêmica baixo | <input type="checkbox"/> Doença cromossômica com estado de fragilidade imunológica |
| <input type="checkbox"/> Miocardiopatia | <input type="checkbox"/> Pessoa em ILPI, abrigo, comunidade terapêutica |
| <input type="checkbox"/> Doença cardíaca congênita | <input type="checkbox"/> Pessoas em situação de rua |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Indígena aldeado ou com dificuldade de acesso |
| <input type="checkbox"/> Obesidade (IMC > 30) | <input type="checkbox"/> Quilombola |
| <input type="checkbox"/> Doença renal crônica | <input type="checkbox"/> População privada de liberdade |
| <input type="checkbox"/> Diálise | <input type="checkbox"/> Outras (especificar): _____ |
| <input type="checkbox"/> Doença pulmonar grave | |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose | |
| <input type="checkbox"/> Hanseníase | |

3.1 Estratificação de risco da condição crônica:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Risco habitual/ baixo | <input type="checkbox"/> Risco médio/ intermediário | <input type="checkbox"/> Risco alto/ muito alto |
| <input type="checkbox"/> Robusto | <input type="checkbox"/> Risco de fragilização | <input type="checkbox"/> Frágil |

3.2 Estabilidade clínica/ metabólica/ funcional:

- Sim Não

4. DADOS DO ATENDIMENTO

4.1 SINAIS E SINTOMAS/ DATA DO INÍCIO

() Febre $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$	() Dor no peito
() Tosse	() Hemoptise
() Dispneia	() Diarréia
() Mialgia	() Náusea/vômito
() Anorexia	() Dor abdominal
() Produção de escarro	() Congestão conjuntival
() Dor de garganta	() Anosmia súbita ou hiposmia
() Confusão	() Disgeusia
() Tonturas	() Outros: _____
() Dor de cabeça	

4.2 SINAIS VITAIS

Temperatura: _____
Pulso: _____
Frequência respiratória: _____
Pressão arterial: _____ x _____
Saturação de SpO2 <95% em ar ambiente: _____
Frequência cardíaca: _____

5. DIAGNÓSTICOS MULTIPROFISSIONAL E CONDIÇÕES CLÍNICAS ASSOCIADAS

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

6. DADOS DO ATENDIMENTO

6.1 Exame realizado

- () Glicemia capilar: _____
- () RT-PCR
- () Sorologia para Covid-19
- () Teste rápido para Covid-19
- () Hemograma
- () Outros: _____

6.2 MEDICAMENTOS DE USO CONTINUO

Horario	Medicamentos	Dose	Via	Observação

6.3. MEDICAMENTOS/TERAPIA/PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Horario	Medicamento/terapia/procedimento	Dose	Via	Observação

7. INFORMAÇÕES ADICIONAIS RELEVANTES PARA O CUIDADO INTEGRADO

Assinatura/Carimbo:

LOGO DO CONASS	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	
MONITORIZAÇÃO NÃO INVASIVA – OXIMETRIA DE PULSO		
Atividade:	Data da Emissão:	Próxima Revisão:
Oximetria de Pulso	Edição: 01	
	Páginas: 1 e 2	
Responsável:		
Profissionais de saúde devidamente capacitados.		
Definição:		
<p>A oximetria de pulso é a técnica não invasiva para medir a concentração de oxigênio arterial periférico. Consiste na utilização de um aparelho, o oxímetro, que mede e registra a saturação de oxigênio do sangue arterial e a frequência do pulso radial. O oxímetro de pulso determina a saturação periférica de oxigênio (SpO2) pela hemoglobina emitindo luz vermelha e infravermelha pelo leitor arteriolar e medindo as mudanças na absorção de luz durante o ciclo pulsátil, por meio do método espectrofotométrico. Alguns modelos de oxímetro de pulso, possibilitam a avaliar a amplitude do pulso pelo método de plestimografia óptica, que permite avaliar a qualidade do pulso e o estado de volume do usuário.</p>		
Objetivo:		
Avaliar de forma não invasiva a saturação de O ₂ arterial periférico, frequência do pulso radial por meio do uso do oxímetro de pulso portátil (método espectrofotométrico).		
Indicações:		
<p>Recomendada para qualquer usuário que tenha risco de hipoxemia, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eventos agudos, a exemplo de casos suspeitos e confirmados de COVID-19, H1N1, pneumonia, dengue, Zika, hemorragias, dentre outras. -Condições crônicas e agudização das condições crônicas: hipertensão, diabetes mellitus, doenças respiratórias (doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma, bronquite, doenças cardíacas e pulmonares congênitas, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), dentre outras. 		
Materiais:		
<ul style="list-style-type: none"> - Aparelho de oxímetro de pulso portátil - Bola de algodão - Álcool isopropílico 70% ou álcool 70% - Removedor de esmalte 		
Etapas do Procedimentos:		
<ul style="list-style-type: none"> - Higienizar as mãos - No início das atividades do dia realizar o teste funcional do equipamento, verificar a funcionalidade e a suficiência de bateria - Realizar a desinfecção diária do equipamento de acordo com as recomendações do fabricante - Selecionar o oxímetro ou sensor de acordo com a idade e ou porte físico do usuário (infantil/neonatal; infantil e ou adulto) - Preparar o material e ambiente - Posicionar o usuário de forma confortável e solicitar que respire normalmente. Quando optar pela verificação nos dedos das mãos posicionar o braço da altura do nível do coração - Explicar o procedimento, benefícios e objetivos ao usuário/família - Perguntar ao usuário se ele tem alguma condição crônica - Selecionar o local para acoplar o sensor nas extremidades digitais (dedos pés, ou lóbulo da orelha) 		

- Avaliar o local para o acoplamento do aparelho
- Se necessário retirar esmaltes ou unhas postiças
- Lavar a extremidade com água e sabão e ou higienizar o local com álcool a 70%
- Posicionar o oxímetro no local (não pode estar úmida) em que será feita a medição, abrindo o clip do oxímetro
- Pressionar o botão liga/desliga para ligar
- Verificar se o equipamento é acionado
- Certificar se a luz incide sobre o local e conferir a no display a qualidade do sinal na barra indicadora da qualidade do sinal captado
- Constatada a insuficiência ou baixa qualidade do sinal, verificar possíveis causas e reposicionar o equipamento ou alterar o local de verificação atentando para os passos anteriores
- Esperar estabilizar o sinal, não remover o sensor do local até que o sinal seja constante (de acordo com cada equipamento é cerca de 10 a 60 segundos)
- Não pressionar o equipamento contra a extremidade na tentativa de agilizar a captura ou estabilização do sinal
- Fazer a leitura no display dos valores do pulso radial/batimentos por minuto, expresso pela sigla, PRbpm e da saturação periférica de oxigênio, %SpO₂ Se o equipamento dispuser da curva plestimográfica, avaliar o traçado e a amplitude de pulso
- Informar os valores ao usuário e acompanhante
- Solicitar ao usuário que higienize as mãos com álcool 70%
- Registrar no *Fast Track* e no prontuário
- Realizar a desinfecção do equipamento com álcool isopropílico 70% e na sua ausência com álcool 70%
- Higienizar as mãos com álcool a 70%
- Comunicar imediatamente ao enfermeiro e/ou médico quando os valores da saturação forem inferiores a 95% e ou pulso radial bradisfigmia ou taquisfigmia.

Interpretação da oximetria e conduta:

Saturação periférica de Oxigênio (SpO₂) ≥ 95%: normal

Saturação periférica de Oxigênio (SpO₂) < de 95%: indica hipoxemia potencial ou deficiência de O₂ que atinge os tecidos do corpo. Contactar o médico e/ou o enfermeiro imediatamente para avaliação clínica.

Saturação periférica de Oxigênio (SpO₂) ≤ 90% É UMA EMERGÊNCIA CLÍNICA E DEVE SER AVALIADA E TRATADA URGENTEMENTE.

Pulso Radial para pessoas > 10 anos de idade:

Pulso radial/batimentos por minutos (PRbpm): 60 a 100 bpm

Contactar o médico e/ou o enfermeiro imediatamente para avaliação clínica:

Pulso radial/batimentos por minutos (PRbpm): < 60bpm (bradisfigmia)

Pulso radial/batimentos por minutos (PRbpm): >100 (taquisfigmia)

Observação: Usuários com alguma condição crônica, como: pneumopatias, cardiopatias, neurológicas, podem ter um nível de saturação abaixo do normal e frequência cardíaca acima ou abaixo dos parâmetros de referência. É importante perguntar ao usuário antes da verificação.

Fatores que interferem a determinação da oximetria:

- Sujidades no local da verificação
- Luminosidade
- Verificar pressão arterial simultaneamente que a oximetria, posicionando o sensor a mesma extremidade do membro em que está verificada a pressão arterial, causando oclusão arterial
- Movimentação do usuário
- Posicionamento inadequado do usuário
- Baixa perfusão periférica
- Tremores
- Volume do pulso
- Vasoconstrição/Hipotermia

- Tabagismo: pode alterar o valor para um nível maior do que a saturação atual porque aumenta os níveis de monóxido de carbono no sangue e o oxímetro não é capaz de diferenciar o monóxido de carbono e o O₂
- Intoxicação
- Choque hipovolêmico
- Parada cardiorrespiratória

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do coronavírus (COVID-19) na APS – Versão 9, 2020. Disponível < https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/05/PROTOCOLO_COVID_APS_MAIO-2020.pdf> Acesso em: 17 jul. 2020.

BRASIL. EBSEH. Hospitais Universitários Federais. Procedimento Operacional Padrão (POP). Verificação de oximetria de pulso. Versão 2, 2017. Disponível < <http://www.hu.ufsc.br/pops/pop-externo/download?id=310>>. Acesso em: 15 jul. 2020.

LYNN S. BICKLEY; PETER G. SZILAGYI. Bates, Propedêutica médica; tradução Maria de Fátima Azevedo. - 11. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. 173-174p.

CAMPO GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde Pública. Coordenadoria de Urgência/SESAU. Procedimento Operacional Padrão (POP), Enf - URG, nº 14. Monitoramento de Oximetria de pulso no paciente adulto, 2017. Disponível <<http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/wp-content/uploads/sites/30/2017/12/POP-ENF-URG-N%C2%BA14-OXIMETRIA-CAPILAR.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Câmara Técnica do Coren SP, gestão 2008-2011. Page 2. 2.Princípios da Oximetria de Pulso Arterial. O princípio da OPA .Oximetria de Pulso Arterial. São Paulo, 2009. 9p. Disponível <<https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/oximetria%2022-12.pdf>> Acesso em: 17 jul. 2020.

PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. Exame clínico. 8. ed.: Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2017. 949-954 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA. TUTORIAL DE ANESTESIA DA SEMANA OXIMETRIA DE PULSO – PARTE 1. Dr. Iain Wilson Royal Devon & Exeter Hospital, UK. Tradução autorizada do ATOTW #123 realizada por Dra. Gabriela Nerone e Dra. Maria Eduarda Dias Brinhosa, Hospital Governador Celso Ramos, Brasil. 7 p. Disponível < <https://tutoriaisdeanestesia.paginas.ufsc.br/files/2013/03/Oximetria-de-pulso-parte-11.pdf>> Acesso em: 17 jul. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Informações ao Paciente – Oximetria de pulso. *ATS Patient Information Series é um serviço público da American Thoracic Society e seu jornal, o AJRCCM. Tradução: Dra. Valéria Maria Augusto, com colaboração de Lucas Diniz Machado.* Disponível <<https://sbpt.org.br/portal/publico-geral/doencas/oximetria-de-pulso/>> Acesso: 17 jul. 2020.

Elaborado por:

Revisado por:

Validado por:

O Papel do Agentes Comunitários de Saúde e do Agente de Endemias no Enfrentamento da COVID-19

Organizadores:

Erika de Almeida Leite da Silva Teixeira de Souza

Marco Antônio Bragança de Matos

Melyne Serralha Rocha

Rubia Pe reira Barra

Revisão:

Maria Jose de Oliveira Evangelista

Considerando o papel de destaque dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enquanto profissionais integrantes das Equipes de Atenção Primária a Saúde (APS) e dos Agentes de endemias buscando a integrado da Vigilância com a Atenção Primária, no que compete a promoção, prevenção e controle de agravos, nesse momento de pandemia, sua atuação é fundamental para auxiliar na contenção da transmissão do vírus, difundindo informações adequadas e apoiando a identificação e a vigilância ativa, para o cuidado das pessoas e grupos de risco no seu território, orientando sobre as medidas de prevenção, como proceder e onde procurar ajuda em situações de casos suspeitos e/ou confirmados ou diante do agravamento de saúde, e para a continuidade do cuidado das pessoas que têm condições crônicas, que pode ficar comprometido, pelo medo do contágio e pelas regras de distanciamento social recomendadas.

Sistematizamos a seguir o conteúdo de diversos documentos, com o objetivo de fornecer informações a respeito do tema e auxiliar na reorganização do processo de trabalho na pandemia pelo novo coronavírus, tanto na unidade de saúde, como na comunidade.

PARA CONHECER MAIS SOBRE A COVID-19

- A Covid-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que pode apresentar desde infecções assintomáticas (sem apresentar nenhum sintoma) e resfriados até quadros graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a maioria (cerca de 80%) das pessoas com Covid-19 apresenta a forma leve, caracterizada como Síndrome Gripal (SG), e 20% a forma grave, caracterizada como Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) que requer atendimento hospitalar devido à dificuldade respiratória, podendo evoluir para uma situação crítica em aproximadamente 5% dos casos e necessitar de UTI.
- O coronavírus é transmitido a partir de pessoas infectadas que espalham gotículas no ar quando respiram, tosse ou espirram e que depois se depositam nas superfícies de móveis e objetos ao redor dessa pessoa ou quando “suja” as mãos com secreção respiratória quando cocam ou esfregam o nariz e contaminam as superfícies que tocam
- De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o vírus não é transmitido pela ingestão de alimentos, mas pode contaminar a superfícies deles e em caso de contato, contaminar as mãos de quem o manusear.
- Atualmente não existe vacina para prevenção de infecção por COVID- 9, a melhor maneira de prevenir é evitar a exposição ao vírus. As vacinas estão em fase de estudos e testes, para uma campanha de vacinação para todos a médio prazo.
- O tempo entre a contaminação e a manifestação dos primeiros sinais e sintomas ocorra de 2 a 14 dias. Isto significa que o vírus pode levar até 14 dias para manifestar sintomas na pessoa infectada. Estima-se que cada pessoa infectada possa transmitir 0 vírus a dois ou três outros indivíduos.
- A pessoa com a doença COVID-19 pode apresentar febre (maior ou igual 37,8°C), tosse, dispneia (falta de ar), mialgia (dor muscular) e fadiga (fraqueza). Podem aparecer outros sintomas menos comuns como: produção de escarro, dor de garganta, confusão mental, tonturas, dor de cabeça, dor no peito, diarreia, náusea/vômito, dor abdominal, perda do olfato, congestão conjuntival (olhos vermelhos, conjuntivite). Os casos leves podem ser atendidos nas Unidades Básica de Saúde e os casos graves necessitam de internação hospitalar.
- Existem pessoas que apresentam doenças ou condições com maior risco de desenvolverem a forma grave da Covid-19, compondo o Grupo de Risco:
 - » Pessoas idosas com condições crônicas (como diabetes e hipertensão), dependentes, frágeis ou que residem em instituições de longa permanência (ILPI).

- » Gestantes e puérperas (até duas semanas pós-parto, incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal).
- » Pessoas com doenças cardiovasculares, como hipertensão; diabetes; problemas respiratórios crônicos, como bronquite ou asma; fumantes; obesidade; doença mental grave; doenças renais crônicas em estágio avançado; baixa imunidade causada pelo tratamento contra o câncer, transplante de medula óssea ou órgão, HIV ou AIDS mal controlado e outros.
- Os testes para Covid-19 são usados para ver se a pessoa está com a doença e identificar pessoas que já tiveram a doença:
 - » O teste RT-PCR é indicado pela OMS como melhor meio para confirmar que a pessoa está com a Covid-19. Precisa de amostras de secreção coletadas das vias respiratórias, como nasofaringe (nariz) e orofaringe (garganta) e é realizado em laboratório. Deve ser realizado entre o terceiro e sétimo dia e os resultados podem levar alguns dias.
 - » O teste rápido auxilia no mapeamento da população que já foi exposta ao vírus. É de fácil execução pelos profissionais da assistência, não necessitando de laboratório; consegue dar resultados entre 10 e 30 minutos. Identifica os anticorpos que são produzidos a partir da infecção (defesas do organismo) e aumentam pouco a pouco até a quantidade mínima para serem detectados; por isso, o teste deve ser realizado a partir do oitavo dia dos sintomas, não servindo para o diagnóstico na fase inicial da doença. Realizar o teste rápido antes deste prazo pode levar a um resultado “falso negativo” nas pessoas que contraíram o vírus e produziram anticorpos, sendo. Testes rápidos positivos indicam que a pessoa teve contato recente com o vírus (IgM) ou que já teve Covid-19 e está se recuperando ou já se recuperou (IgG).

PARA ORIENTAR A POPULAÇÃO

- Que as pessoas devem manter o distanciamento social:
 - » Evitar sair de casa. Caso a saída seja inevitável, manter distância, no mínimo, um metro e meio das pessoas que encontrar e evitar filas e aglomerações.
 - » Ao retornar para casa, tirar o sapato antes de entrar, mudar de roupa rapidamente e lavar bem as mãos com água e sabão, conforme as recomendações do Ministério da Saúde. A roupa usada fora de casa deve ser separada num saco plástico até que possa ser lavada com água e sabão e as solas dos sapatos devem ser limpas também.
 - » Pessoas do grupo de risco devem evitar sair de casa.

- Que as máscaras não profissionais (mascaras de tecido).
 - » As máscaras profissionais (mascaras cirúrgicas ou mascarar N-95) devem ter seu uso dedicado e exclusivo aos profissionais de Saúde e pacientes contaminados, onde as máscaras não profissionais não tem utilidade.
 - » A máscara é de uso individual e não deve ser compartilhada.
 - » Seu uso é recomendado para toda a população em ambientes coletivos como forma de proteção individual, reduzindo o risco potencial de exposição do vírus.
 - » Mesmo de máscara, deve ser mantida a distância mínima de 1,5 metro da outra pessoa.
 - » A máscara deve ser feita nas medidas corretas, devendo cobrir totalmente a boca e nariz, sem deixar espaços nas laterais.
 - » A máscara deve ser utilizada corretamente, não devendo ser manipulada durante o uso e deve-se lavar as mãos ou usar álcool em gel, antes de sua colocação e após sua retirada.
 - » Para remover a máscara manuseie o elástico ao redor das orelhas, não toque na parte frontal.
 - » Descartar a máscara de tecido ao observar perda de elasticidade das hastes de fixação ou deformidades no tecido que possam causar prejuízos ao seu efeito de barreira.
 - » A máscara deve ser lavada separadamente de outras roupas: lavar com água corrente e sabão neutro; deixar de molho em uma solução de água sanitária (diluir 2 colheres de sopa de água sanitária em 1 litro de Água) ou outro desinfetante equivalente, por um tempo de 20 a 30 minutos; enxaguar bem em água corrente, para remover qualquer resíduo de desinfetante; evitar torcer a máscara com força; deixar secar; passar com ferro quente; verificar se o processo de lavagem não danificou a máscara; guardar em um recipiente fechado.
 - » As máscaras de TNT não podem ser lavadas; devem ser descartadas após o uso.
 - » As máscaras de tecido não devem ser utilizadas por profissionais de saúde durante o atendimento a usuários contaminados ou suspeitos (com sintomas); pessoas que cuidam de usuários contaminados; crianças menores de 2 anos; pessoas com problemas respiratórios; pessoas inconscientes incapacitadas ou incapazes de remover a máscara sem assistência; e outras situações.

- Que, em caso de pessoas com síndrome gripal, elas devem se manter em isolamento social por 14 dias. Merecem atenção especial as pessoas do grupo de risco.
- Que os hábitos pessoais devem ser mudados para evitar o contágio:
 - » Não cumprimentar por meio de abraços, apertos de mãos e beijos.
 - » Lavar frequentemente as mãos com água e sabão ou usar álcool em gel 70%, pelo menos por 20 segundos. Para facilitar o controle do tempo, basta cantar mentalmente “Parabéns pra você” duas vezes, enquanto lava as mãos.
 - » Ao tossir ou espirrar, cobrir o nariz e a boca com o cotovelo flexionado, ou utilize tecido ou lenço de papel, descartando-os imediatamente após o uso e higienizando as mãos imediatamente com água e sabão ou álcool em gel 70%.
 - » Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas, pois o vírus entra no corpo pela mucosa dessas regiões.
 - » Não compartilhar objetos de uso pessoal, como talheres, pratos, copos ou garrafas.
 - » Evitar contato com pessoas que apresentem sinais ou sintomas da doença.
- Que é necessário adotar medidas para os cuidados domésticos:
 - » Limpar e desinfetar objetos, utensílios e Superfícies tocados diariamente (mesas, maçanetas, interruptores de luz, bancadas, mesas, telefones, teclados, banheiros, torneiras, pias) e com frequência, com água e sabão ou Álcool 70% ou solução de hipoclorito de sódio (Água sanitária: diluir 2 colheres de sopa em 1 litro de Água).
 - » Limpar e desinfetar todos os objetos vindos da rua (compras, utensílios), do mesmo modo.
 - » Manter os ambientes bem ventilados, sempre que possível.
- Que os alimentos in natura devem ser higienizados com água corrente e solução sanitizante ou água sanitária diluída (2 colheres de sopa para 1 litro de água), além de lavar bem, com água e sabão, os utensílios domésticos de uso comum.
- Que alimentar-se e hidratar-se adequadamente ajuda a manter o organismo saudável, contribuindo para preservar a imunidade.
- Divulgar o número do telefone da Unidade de Atenção Primária 4 Saúde

PARA COLABORAR NOS PROCESSOS DE CUIDADO

- Orientar a população sobre a doença, medidas de prevenção e sinais e sintomas.
- Auxiliar a equipe na identificação de casos suspeitos, participando da escuta inicial na entrada da unidade de saúde:

- » Para a identificação de casos suspeitos de síndrome gripal o primeiro passo é questionar se o paciente apresenta sintomas respiratórios, como: tosse, dor de garganta, desconforto ou esforço respiratório com ou sem febre.
 - » Caso a pessoa apresente sintomas respiratórios, fornecer máscara cirúrgica, orientar sobre higienização imediata das mãos, solicitar que evite tocar no rosto e em superfícies e direcionar para atendimento do auxiliar ou técnico de enfermagem da unidade de saúde (FAST-TRACK COVID-19).
 - » O usuário deve aguardar atendimento e ser atendido em uma área separada ou sala específica visando o isolamento respiratório. A sala deve ser mantida com a porta fechada, janelas abertas e ar-condicionado desligado.
 - » Lembre-se: pessoas acima de 60 anos e do grupo de risco têm prioridade no atendimento.
- Organizar o fluxo de acolhimento de modo a evitar aglomeração de grupos de pessoas e, preferencialmente, em ambientes arejados.
 - Realizar atividades educativas na unidade enquanto os pacientes aguardam atendimento, organizando o espaço físico para que seja respeitado o distanciamento social.
 - Realizar busca ativa de novos casos suspeitos de síndrome gripal na comunidade.
 - Auxiliar as atividades de campanha de vacinação de modo a preservar o trânsito entre pacientes que estejam na unidade por conta de complicações relacionadas ao covid-19, priorizando os idosos.
 - Auxiliar na busca ativa das crianças faltosas em suas vacinas de rotina. Realizar busca ativa quando solicitado, principalmente em casos de usuários que se enquadrem no grupo de risco e que não compareceram a unidade de Saúde para realizar a vacina contra influenza.
 - Realizar levantamento de pessoas idosas por microárea, assim como acompanhar os usuários participantes dos grupos de risco, incluindo os portadores de doenças crônicas não transmissíveis, gestantes e puérperas.
 - Manter acompanhamento de famílias nas quais há registro de violência doméstica, transtornos mentais graves e outras situações de vulnerabilidade, inclusive social, buscando evitar agravamentos das situações e construindo estratégias de cuidado junto a equipe da unidade básica de saúde.
 - Apoiar na identificação de pacientes que fazem uso contínuo de medicamentos e observar a necessidade de fornecimento de receitas (quanto aos medicamentos controlados pela Portaria SVS/MS nº 344 de 12 de maio de 1998 e suas atualizações).

- Realizar Visita Domiciliar:
 - » A visita estará limitada apenas na área peridomiciliar (frente, lados e fundo do quintal ou terreno).
 - » Priorizar visita aos pacientes de risco, por serem os que mais precisam de cuidado.
 - » Manter distanciamento do paciente de no mínimo 1,5 metro, não havendo possibilidade de distanciamento, utilizar máscara cirúrgica ou EPI conforme a Nota Técnica do Estado.
 - » Nos casos de visita às pessoas com suspeitas de Covid-19, sempre utilizar máscara cirúrgica ou EPI conforme a Nota Técnica do Estado.
 - » Orientar durante as visitas domiciliares que crianças menores de 5 anos com sinais e sintomas respiratórios devem procurar a unidade de saúde. Caso o município e/ou a unidade apresentem fluxo próprios, os mesmos devem ser seguidos.
 - » Orientar durante as visitas domiciliares que pessoas com 60 anos ou mais com sinais e sintomas respiratórios devem entrar em contato com a unidade de saúde. Caso o município e/ou a unidade apresentem fluxo próprios, os mesmos devem ser seguidos.
 - » Em caso de gestantes e puérperas orientar para manter a amamentação. caso não seja possível, manter distância mínima de 1,5 metro entre o berço do recém-nascido (RN) e a cama da mãe. Orientar sobre etiqueta respiratória, higienizado das mãos imediatamente após tocar nariz, boca e sempre antes do cuidado com o RN, uso de máscara cirúrgica durante o cuidado e a amamentação. Caso a puérpera precise circular em áreas comuns da casa, utilizar máscara cirúrgica.
- Casos suspeitos ou confirmados de Covid-19:
 - » Auxiliar a equipe no monitoramento dos usuários a cada 24 horas, para aqueles do grupo de risco, ou a cada 48 horas, para os demais, até 14 dias após o início dos sintomas, preferencialmente por telefone, informando imediatamente o enfermeiro ou médico caso o usuário refira agravamento dos sintomas ou mudança da situação clínica (como sintomas novos). As pessoas que habitam no mesmo domicílio que o paciente com síndrome gripal também deverá realizar o isolamento domiciliar por 14 dias.
 - » Estimular a aferição da oximetria para pacientes sintomáticos e assintomáticos do 5º ao 9º dia.

Orientações para isolamento do paciente

- Permanecer, preferencialmente, em quarto isolado, bem ventilado e com banheiro separado. Caso não seja possível, manter pelo menos 1,5 metro de distância do paciente e dormir em camas separadas.
- Limitar a movimentação do usuário pela casa. Ambientes que sejam de uso compartilhado (como cozinha, banheiro etc.) devem estar bem ventilados e serem higienizados frequentemente, após cada uso.
- Utilizar máscara cirúrgica durante todo o tempo nos ambientes comuns. Caso o paciente não tolere ficar por muito tempo com a máscara, ficar atentos as medidas preventivas de distanciamento, etiqueta respiratória e higienização. Em idas ao banheiro ou outro ambiente obrigatório, a pessoa doente deve usar obrigatoriamente a máscara.
- Realizar higiene frequente das mãos, com Água e sabão ou Álcool em gel, especialmente antes de comer ou cozinhar e após ir ao banheiro.
- Não receber visitas em casa durante o período de isolamento.
- O usuário só poderá sair de casa em casos de urgência, quando deverá utilizar máscara e evitar aglomerações, preferindo transportes individuais ou a pé, sempre que possível.

Orientações para o Cuidador:

- O cuidador deve utilizar uma máscara (descartável) quando estiver perto do usuário. Caso a máscara fique úmida ou com secreções, deve ser trocada imediatamente. Nunca tocar ou mexer na máscara enquanto estiver perto do usuário. Após retirar a máscara, o cuidador deve lavar as mãos.
- Deve ser realizada higiene das mãos todas as vezes que elas parecerem sujas, antes/ depois do contato com o usuário, antes/ depois de ir ao banheiro, antes/ depois de cozinhar e comer ou toda vez que julgar necessário. Pode ser utilizado álcool em gel quando as mãos estiverem secas e Água e sabão quando as mãos parecerem oleosas ou sujas.
- Todas as vezes que lavar as mãos com água e sabão, enxugar preferencialmente com papel-toalha. Caso não seja possível, utilizar toalha de tecido e trocá-la toda vez que ficar úmida.
- Caso alguém do domicílio apresentar sintomas gripais, iniciar com os mesmos cuidados de precaução utilizados até então para os usuários doentes e solicitar atendimento em sua Unidade Básica de Saúde.
- Realizar atendimento domiciliar dos contatantes sempre que possível.

PARA CONTINUAR A ROTINA DO TRABALHO

- As visitas domiciliares são uma importante ferramenta para informar, fazer busca ativa de suspeitos e acompanhar os casos durante a pandemia. Permitem o cuidado a saúde de forma mais humana e acolhedora, estabelecendo laços de confiança entre os profissionais e os cidadãos, famílias e comunidade, e ampliando o acesso da população às ações da saúde em um dos pontos de sua rede de atenção: o domicílio, a unidade residencial de determinada família.
- O registro das fichas de visita domiciliar e cadastro individual são instrumentos para serem preenchidos in loco. O Ministério da Saúde não recomenda o preenchimento desse instrumento por contato telefônico ou qualquer outro meio de telecomunicação, justamente por não se caracterizar uma visita domiciliar. Não é necessário o registro da assinatura da pessoa usuária, a fim de evitar troca de objetos, como a caneta.
- Os processos de cadastro (novos e atualização) e abordagem familiar (pelo menos a classificação de risco das famílias) são ainda mais necessários nesse momento, pois permitem a identificação das situações de maior vulnerabilidade, que requerem maior vigilância e apoio.
- Durante a visita peridomiciliar, é extremamente necessário a execução das atividades e orientações voltadas ao controle e prevenção das endemias, principalmente com relação a dengue.
- Ao realizar a visita domiciliar (no momento atual é recomendado que seja peridomiciliar), ficar atento a organizações do espaço da moradia: quantos cômodos existem, quantas pessoas (faixa etária, morbidade) moram ali, quais as condições do saneamento (água, esgoto e lixo). Estas observações podem ajudar a propor algumas medidas de prevenção e diminuição de danos decorrentes de risco de exposição ao vírus de acordo com número de cômodos e número de pessoas residentes.
- Para realização das visitas domiciliares, é importante considerar as recomendações de segurança e proteção dos profissionais e cidadãos.
- Estratégias de comunicação e mobilização comunitária são importantes como:
 - » Construir grupos de WhatsApp com usuários da microárea pode ser uma boa maneira de disseminar informações e acompanhar as pessoas, assim como utilizar grupos do bairro, da igreja, entre outros. As rádios comunitárias, os carros de som e outros meios de comunicação comunitária são estratégias _ interessantes. Associações de moradores, lideranças comunitárias e religiosas podem ser ótimos parceiros nessa direção.

- » Identificar pessoas do grupo de risco e com vulnerabilidades, buscando articular, com instituições e vizinhos, formas de auxiliá-los nas necessidades de isolamento (incluindo fazer as compras domésticas, por exemplo), na identificação de possíveis sinais e sintomas, no cuidado com sua Saúde e na comunicação com a UAPS em caso de agravamento.
- » Identificar famílias em situação de vulnerabilidade social, fortalecendo redes de apoio para as mesmas, com a colaboração de familiares, vizinhos e instituições.
- » Orientar o acesso a benefícios de assistência social (Programa Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada) e outros apoios econômicos ofertados a população na situação de emergência (distribuição de cestas básicas, renda mínima emergencial).
- Os usuários com condições crônicas devem manter o acompanhamento longitudinal, requerendo a atuação do ACS para:
 - » Identificar juntamente com a equipe todos os usuários que precisam ser atendidos no período, apoiando para o agendamento e busca ativa.
 - » Apoiar o usuário e familiares para a adesão e utilização da tecnologia necessária para o teleatendimento.
 - » Orientar o usuário e familiares sobre a necessidade de cumprir toda a agenda programada, esclarecendo-os e apoiando-os frente ao sentimento de medo de contágio nas situações em que o acompanhamento presencial é inevitável.
 - » Apoiar na renovação de receitas e entrega de medicamentos de uso continuado, realização de exames e outras necessidades específicas.
 - » Reforçar as ações de autocuidado pelo usuário e de apoio familiar e comunitário.
- ACS /ACE que apresentar febre e qualquer sintoma respiratório (tosse, coriza, dor de garganta, falta de ar etc.), deve permanecer em isolamento domiciliar conforme orientação do médico e/ou enfermeiro.
- ACS /ACE com mais de 60 anos ou que seja do grupo de risco deve seguir as diretrizes definidas pela gestão local.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Orientações Gerais - Máscaras faciais de uso não profissional. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/NT+Mascaras.pdf/bf430184-8550-42cb-a975-1d5e1c5a10f7>

ANVISA. Testes para Covid-19: perguntas e respostas. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/Perguntast+etrespostas+-+testes-t+parat+Covid-19.pdf/9fe182c3-859b-475f-ac9f-7d2a758e48e7>

EPSJV. FIOCRUZ. SESRJ. Orientações para agentes comunitários de saúde no enfrentamento a Covid-19. Disponível em: <http://Awww.epsiv.fiocruz.br/sites/default/files/files/cartilha%20ACS%20covid.pdf>

EPSJV. FIOCRUZ. SESRJ. Orientações para ACS, ACE e AVS no território- domicílio ou território-moradia em casos de quarentena e suspeitos por covid 19. Disponível em: <http://Awww.epsiv.fiocruz.br/sites/default/files/files/ORIENTA%20DOMICILIO%20ACSACEAVS%20REV.pdf>

CONASS. CONASEMS. Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenc4o a Saúde. Disponível em: <https://Awww.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems.pdf>

MS. SAPS. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Versão 9. Brasília – DF. Maio de 2020. Secretaria de Atenção Primária a Saúde (SAPS). Disponível em: 20200504_ProtocoloManejo_ver09.pdf

MS.SVS. Guia de vigilância epidemiológica. Emergência de Saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019. Vigilância de síndromes respiratórias agudas COVID-19. https://Awww.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/08/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf

SCRIPT PARA APLICAÇÃO DO IVCF-20 POR TELEFONE

Olá. Gostaríamos de conversar sobre sua saúde global. Este questionário tem cerca de 20 perguntas e vai nos ajudar a melhorar sua autonomia e independência. Vamos precisar de cerca de 5 minutos para respondê-lo. Você tem interesse em participar? Ótimo, vamos lá.

1. Qual é a sua idade? 60 a 74 anos⁰
 75 a 84 anos¹
 ≥ 85 anos³

2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você daria qual nota à sua saúde de 1 a 10, sendo 10, a melhor saúde possível, e 1, a pior.
6 a 10. Excelente, muito boa ou boa⁰
1 a 5. Regular ou ruim¹

Agora, vamos conversar sobre as tarefas do cotidiano. Gostaríamos de saber se, por causa da sua saúde ou condição física:

3. Você deixou de fazer compras?
 Sim² Não ou não faz, compras por outros motivos que não a saúde

4. Você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?
 Sim² Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde

5. Você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve?
 Sim² Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde

Atenção: a pontuação máxima para as questões 3, 4 e 5 é no máximo 4 pontos, mesmo que tenham respondido sim para as 3 questões.

6. Você deixou de tomar banho sozinho?
 Sim² Não

Você está indo muito bem! Agora, queremos saber como está sua memória e sua motivação.

7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? Sim¹ Não
Se positivo, continuar perguntando:

8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?
 Sim¹ Não

9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?
 Sim² Não

10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?
 Sim² Não

11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?
 Sim² Não

Ok. Neste momento, gostaríamos de conversar sobre sua capacidade física:

12. Você perdeu a capacidade de elevar os braços acima do nível do ombro?
 Sim² Não

13. Você perdeu a capacidade de manusear ou segurar pequenos objetos?
 Sim² Não

14. Recentemente, você teve perda de peso ou emagrecimento significativo e não intencional?
 Sim² Não

15. Você tem dificuldade para caminhar que o impede de realizar alguma atividade do cotidiano?
 Sim² Não

16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?
 Sim² Não

17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?
 Sim² Não

Estamos quase acabando. Vamos conversar sobre sua visão e audição.

18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano, mesmo usando óculos ou lente de contato?
 Sim² Não

19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano, mesmo usando aparelho auditivo?
 Sim² Não

20. Chegamos quase ao fim. Agora queremos conversar sobre suas doenças e medicamentos.

- Você utiliza 5 ou mais medicamentos diferentes todo dia? Considere todos os medicamentos de uso diário, mesmo aqueles que não foram receitados pelo médico.
- Você teve alguma internação nos últimos 6 meses?
- Agora, vamos listar alguns problemas de saúde que necessitam de controle médico regular. Você irá confirmar se algum médico já lhe falou que você algum destes problemas:
 1. Hipertensão arterial ou pressão alta?
 2. Diabetes?
 3. Depressão?
 4. Acidente vascular cerebral ou derrame?
 5. Infarto agudo do miocárdio ou enfarte?
 6. Angina?
 7. Insuficiência cardíaca?
 8. Asma?
 9. Enfisema ou bronquite crônica?
 10. Artrite ou reumatismo?
 11. Osteoporose?
 12. Insuficiência renal crônica?
 13. Doença de Parkinson?
 14. Doença de Alzheimer?
 15. Algum tipo de câncer?

Atenção: a pontuação máxima é de 4 pontos, mesmo que tenham respondido sim para todas as 3 questões.