



Documento Assinado Digitalmente por: GLEISY TAVARES DE ARAUJO
Acesse em: <https://stc.e-ice.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 3d8e3e97-4828-4408-9fa9-421db997de18

CORONAVÍRUS COVID-19

ORIENTAÇÕES PARA MANEJO DE PACIENTES COM COVID-19





CORONAVÍRUS COVID-19

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

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

COORDENAÇÃO:

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

ORGANIZAÇÃO:

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

REVISÃO TÉCNICA:

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

COLABORAÇÃO:

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



CORONAVÍRUS COVID-19

SUMÁRIO

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



CORONAVÍRUS

COVID-19

Documento Assinado Digitalmente por: GLEISY TAVARES DE ARAUJO
Acesse em: <https://stc.tee.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 3d8e3c97-4828-4408-9fa9-421db997def8

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



CORONAVÍRUS **COVID-19**

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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



CORONAVÍRUS COVID-19

OBJETIVOS

Geral

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

Específicos

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

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

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

Diagnóstico

Diagnóstico clínico

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

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



CORONAVÍRUS COVID-19

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

Diagnóstico laboratorial

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



CORONAVÍRUS **COVID-19**

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

Observações:

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

Notificação

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

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

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

Sinais e sintomas

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



CORONAVÍRUS COVID-19

Classificação dos sinais e sintomas por grupo	Leve	Moderado	Grave
Adultos e gestantes	<p><i>Síndrome gripal: tosse, dor de garganta ou coriza seguido ou não de:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Anosmia (disfunção olfativa)- Ageusia (disfunção gustatória)- Coriza- Diarreia- Dor abdominal- Febre- Calafrios- Mialgia- Fadiga- Cefaleia	<ul style="list-style-type: none">- Tosse persistente + febre persistente diária OU- Tosse persistente + piora progressiva de outro sintoma relacionado à COVID-19 (adina-mia, prostração, hiporexia, diarreia) OU- Pelo menos um dos sintomas acima + presença de fator de risco	<p>Síndrome respiratória aguda grave – síndrome gripal que apresente:</p> <ul style="list-style-type: none">Dispneia/desconforto respiratório OUPressão persistente no tórax OUSaturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OUCoioração azuiada de lábios ou rosto <p>*Importante: em gestantes, observar hipotensão.</p>
Crianças			<ul style="list-style-type: none">- Taquipneia: ≥ 70 rpm para menores do que 1 ano; ≥ 50 rpm para crianças maiores do que 1 ano;- Hipoxemia;- Desconforto respiratório;- Aiteração da consciência;- Desidratação;- Dificuldade para se alimentar;- Lesão miocárdica;- Eievação de enzimas hepáticas- Disfunção da coagulação; rabdomióiise;- Quaiquer outra manifestação de iesão em órgãos vitais

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

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



CORONAVÍRUS COVID-19

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

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

Exames laboratoriais e complementares relevantes na COVID-19

• Laboratoriais

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

• Complementares

Oximetria de pulso, eletrocardiograma e tomografia computadorizada de tórax.



CORONAVÍRUS COVID-19

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

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

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

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



CORONAVÍRUS COVID-19

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

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

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



CORONAVÍRUS COVID-19

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

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

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

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

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

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

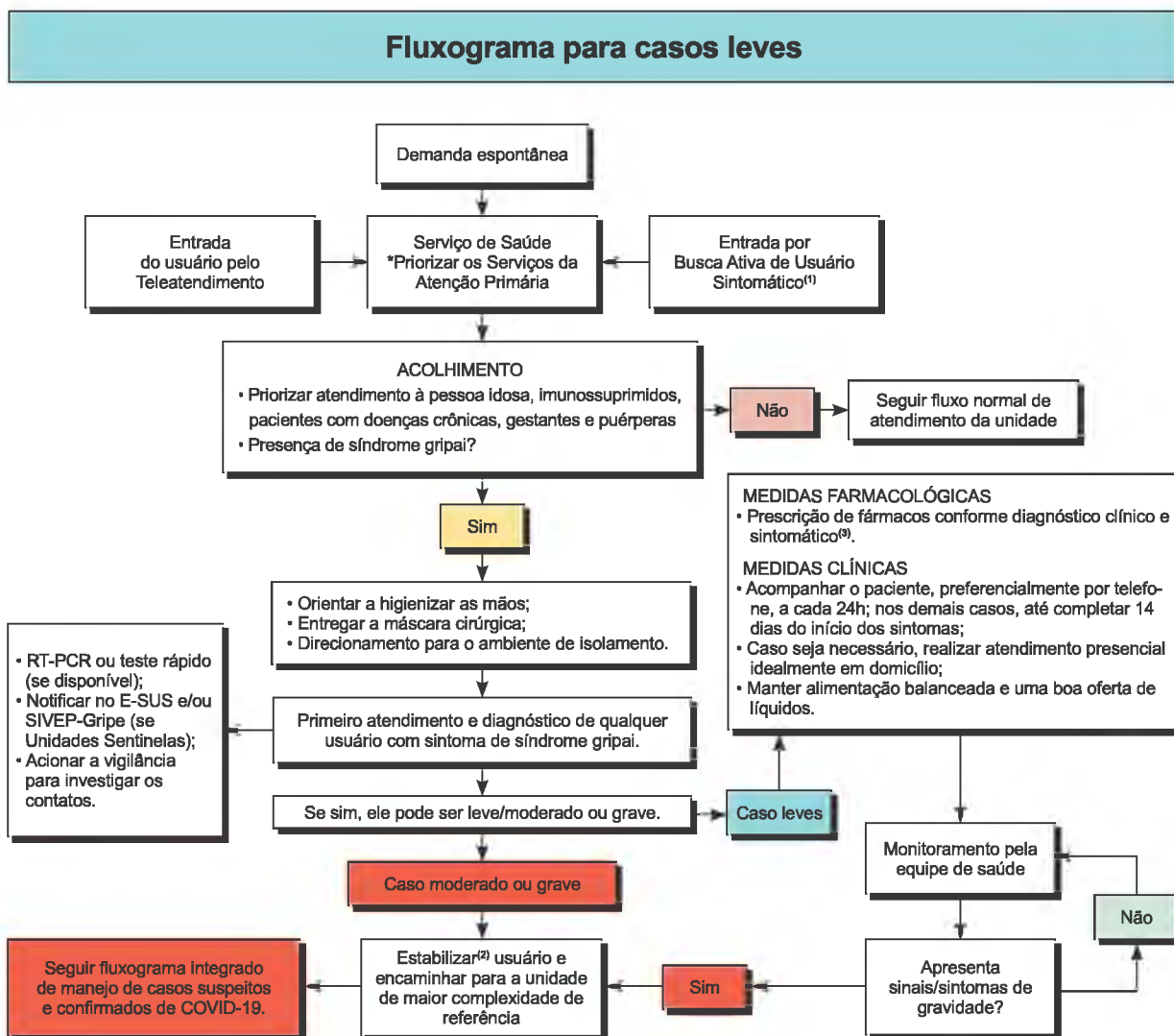
(**) Primeiro atendimento para diagnóstico clínico em todos os serviços:

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



CORONAVÍRUS COVID-19

CONDUTA CLÍNICA CONFORME A GRAVIDADE



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

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

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



CORONAVÍRUS COVID-19

Casos leves

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

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

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

Monitoramento clínico no âmbito da Atenção Primária à Saúde

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

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

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

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



CORONAVÍRUS COVID-19

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

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

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

Teleatendimento

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

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

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

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

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



CORONAVÍRUS COVID-19

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

Consultório Virtual de Saúde da Família

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

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

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

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

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

- **Teleconsultoria para Atenção Primária**

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



CORONAVÍRUS COVID-19

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

- **Teleconsultoria para Atenção Especializada**

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

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

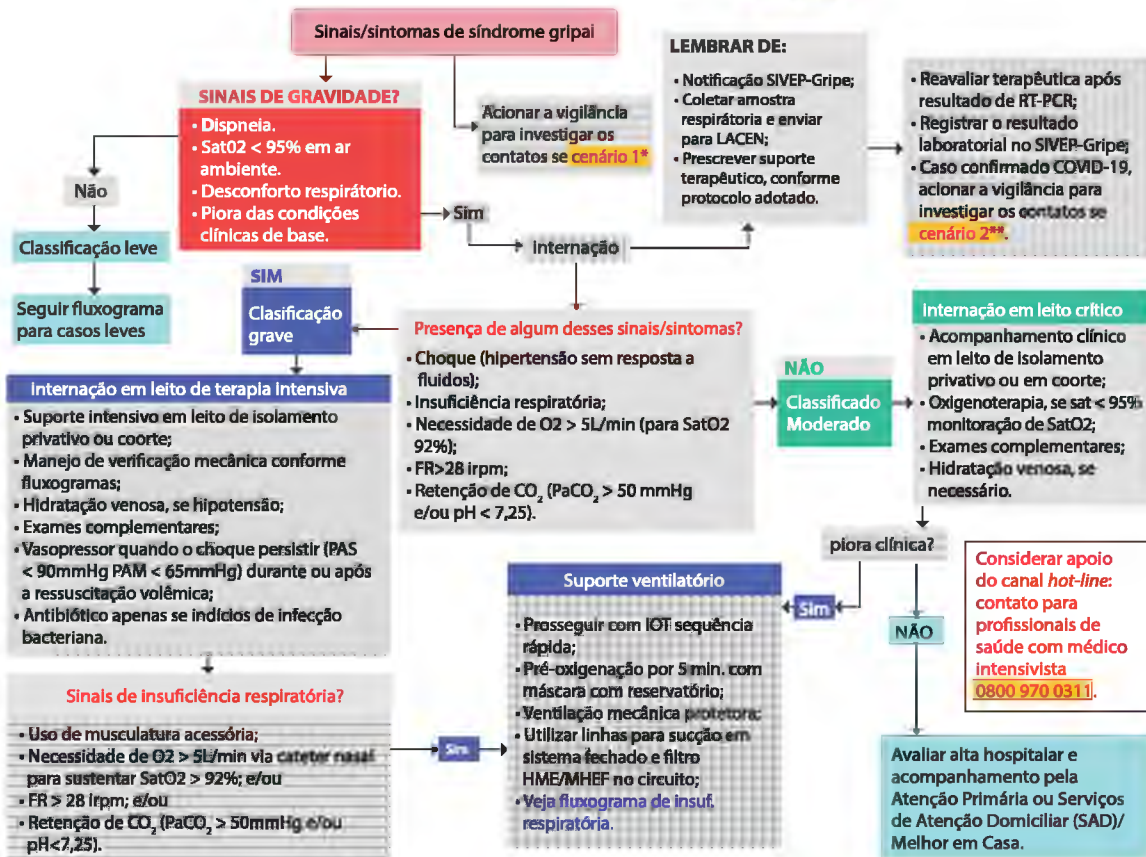
O TelePSI conta com uma central de atendimento que presta serviços de suporte a saúde mental para os profissionais de saúde que estão na linha de frente no combate à COVID-19 em todo país. A central de atendimento funciona de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, pelo número 0800-644-6543.



CORONAVÍRUS COVID-19

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

LEGENDA
 Casos leves
 Casos moderados
 Casos graves



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

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

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

CRITÉRIOS DE ALTA DA UTI

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

ATENÇÃO

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

***Cenário 1** - apenas casos importados (local de infecção fora do seu município de residência), casos autóctones esporádicos ou clusters localizados.
****Cenário 2** - transmissão comunitária.

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



CORONAVÍRUS COVID-19

CASOS MODERADOS

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

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

CASOS GRAVES

MANEJO CLÍNICO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA POR SARS-COV-2

Terapia e monitoramento precoces

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

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

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



CORONAVÍRUS COVID-19

- Não administre rotineiramente corticosteroides sistêmicos para tratamento de pneumonia viral ou insuficiência respiratória, a menos que sejam indicados por outro motivo, como uso crônico.

- Monitore de perto os pacientes com insuficiência respiratória quanto a sinais de complicações clínicas em decorrência do agravamento da condição pulmonar, como piora do nível de consciência e/ou dos parâmetros hemodinâmico, como alterações da frequência cardíaca e/ou dos níveis pressóricos, os quais podem ter progressão rápida, consequentemente necessitando de intervenções de suporte imediatamente.

- * Os pacientes hospitalizados com insuficiência respiratória requerem monitoramento regular dos sinais vitais e, sempre que possível, utilização de escores de alerta que facilitam o reconhecimento precoce e a intensificação do tratamento do paciente em deterioração.

- * Os exames laboratoriais de hematologia e bioquímica, gasometria, raio X de tórax e o ECG devem ser realizados na admissão e conforme indicação clínica para monitorar as complicações, como lesão hepática aguda, lesão renal aguda, lesão cardíaca aguda, piora da oxigenação ou instabilidade hemodinâmica. Exames de coagulação, como D-dímero, TP e TTPA, devem ser solicitados nos casos mais graves, bem como ecocardiograma e tomografia de tórax (quando disponíveis e possíveis).

- * A aplicação de terapias de suporte oportunas, eficazes e seguras é o pilar da terapia para pacientes que desenvolvem manifestações graves da COVID-19.

- Entenda as comorbidades do paciente para atendimento individualizado e prognóstico. Mantenha uma boa comunicação com o paciente e seus familiares.

- Determine quais terapias crônicas devem ser continuadas e quais devem ser interrompidas temporariamente. Monitore interações medicamentosas.

Indicações de admissão na UTI

É necessário apresentar pelo menos um dos critérios abaixo:

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

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

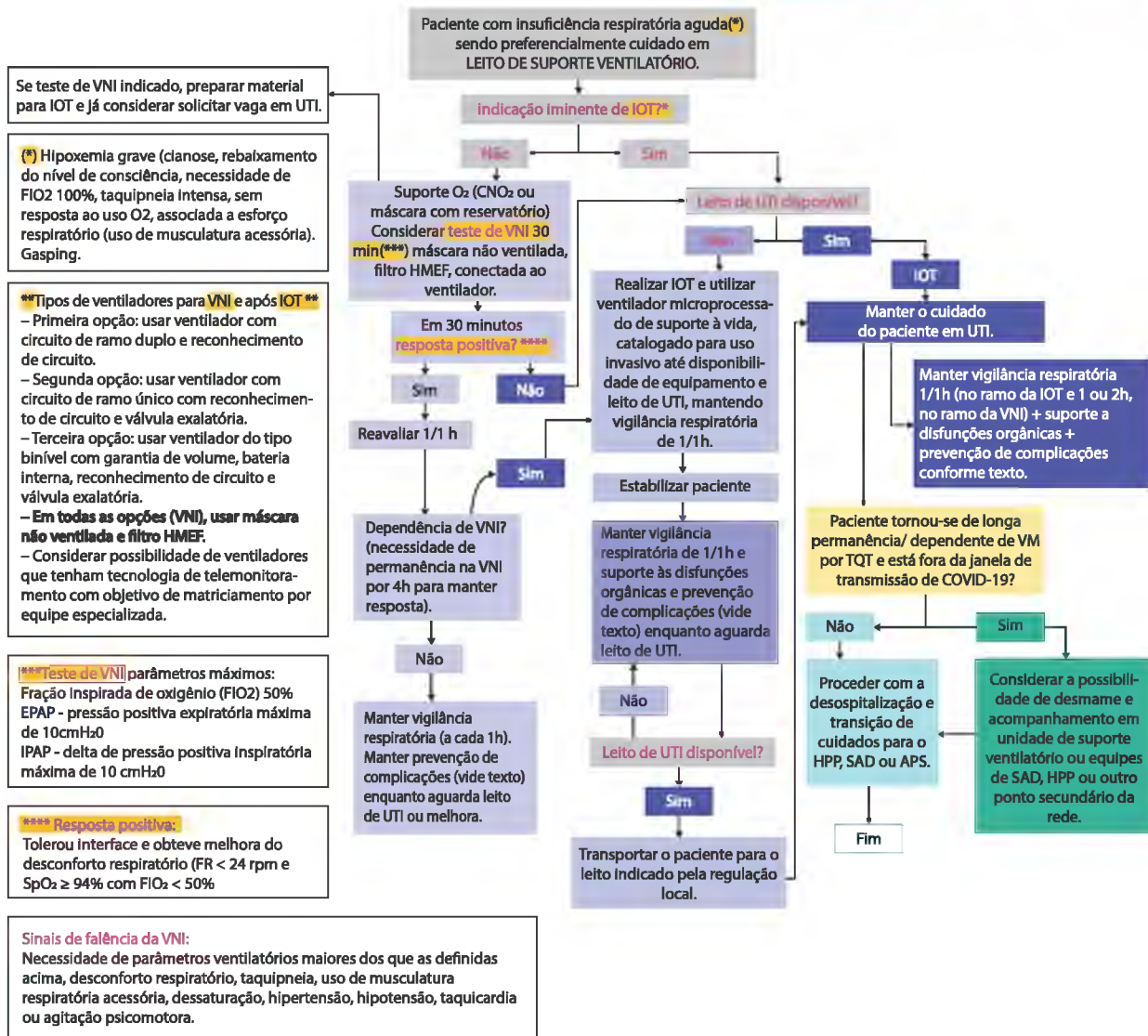


CORONAVÍRUS COVID-19

Tratamento da insuficiência respiratória hipoxêmica

Fluxograma de abordagem à insuficiência respiratória

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



1. Indispensável uso de EPI (isolamento de contato e respiratório). Internação em leito privativo ou coorte de suspeitos/confirmados.
2. Requisitos mínimos ventiladores (conforme nota técnica AMIB/2020): modos VCV e/ou PCV; controle de delta de pressão (sobre a PEEP) em modo PCV (de 5 a 30cmH₂O) e controle de volume corrente inspirado no modo VCV (de 50 a 700mL); controle de FIO₂ (21 a 100%); PEEP (0 a 20cmH₂O); controle de tempo inspiratório (no modo PCV) em segundos (0,3-2s) e fluxo inspiratório (no modo VCV, até 70L/min); controle de frequência respiratória, de 8 a 40 rpm; medida de pressão de vias aéreas (manômetro analógico ou digital); medida de volume corrente expirado sempre que possível; alarme de pressão máxima em vias aéreas, vazamento e queda de rede de gases; possibilidade de anexar filtro tipo HEPA de alta capacidade (N99 ou N100) no ramo expiratório; e, se possível, possui bateria com, pelo menos, 2 horas de capacidade.



CORONAVÍRUS COVID-19

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

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

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

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

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



CORONAVÍRUS COVID-19

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

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

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

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

Contraindicações à ventilação não invasiva (VNI):

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



CORONAVÍRUS COVID-19

- Dependência de VNI será considerada quando o paciente não tolerar permanecer fora da VNI por pelo menos 2h (em período de 6 horas), com os seguintes parâmetros: FR \leq 24-28 irpm, SpO₂ \geq 92%, sem esforço significativo. Em pacientes caracterizados como dependentes de VNI, a intubação orotraqueal é recomendada.
- Na VNI e/ou mesmo em cateter nasal, pode ser tentado alternar o decúbito do paciente para decúbitos laterais e **posição prona** para tentar, assim, evitar a necessidade de intubação orotraqueal.

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

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

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

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



CORONAVÍRUS COVID-19

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

Fórmula de peso predito ideal:

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

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

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

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

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

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

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



CORONAVÍRUS COVID-19

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

Critérios para desmame de ventilação mecânica – Anexos 4 e 5

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

Critérios de sucesso após TRE

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

Sedação e analgesia – Anexos 2 e 3

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



CORONAVÍRUS COVID-19

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

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

Manejo hemodinâmico

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



CORONAVÍRUS COVID-19

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

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

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

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

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



CORONAVÍRUS COVID-19

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

Prevenção de complicações

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

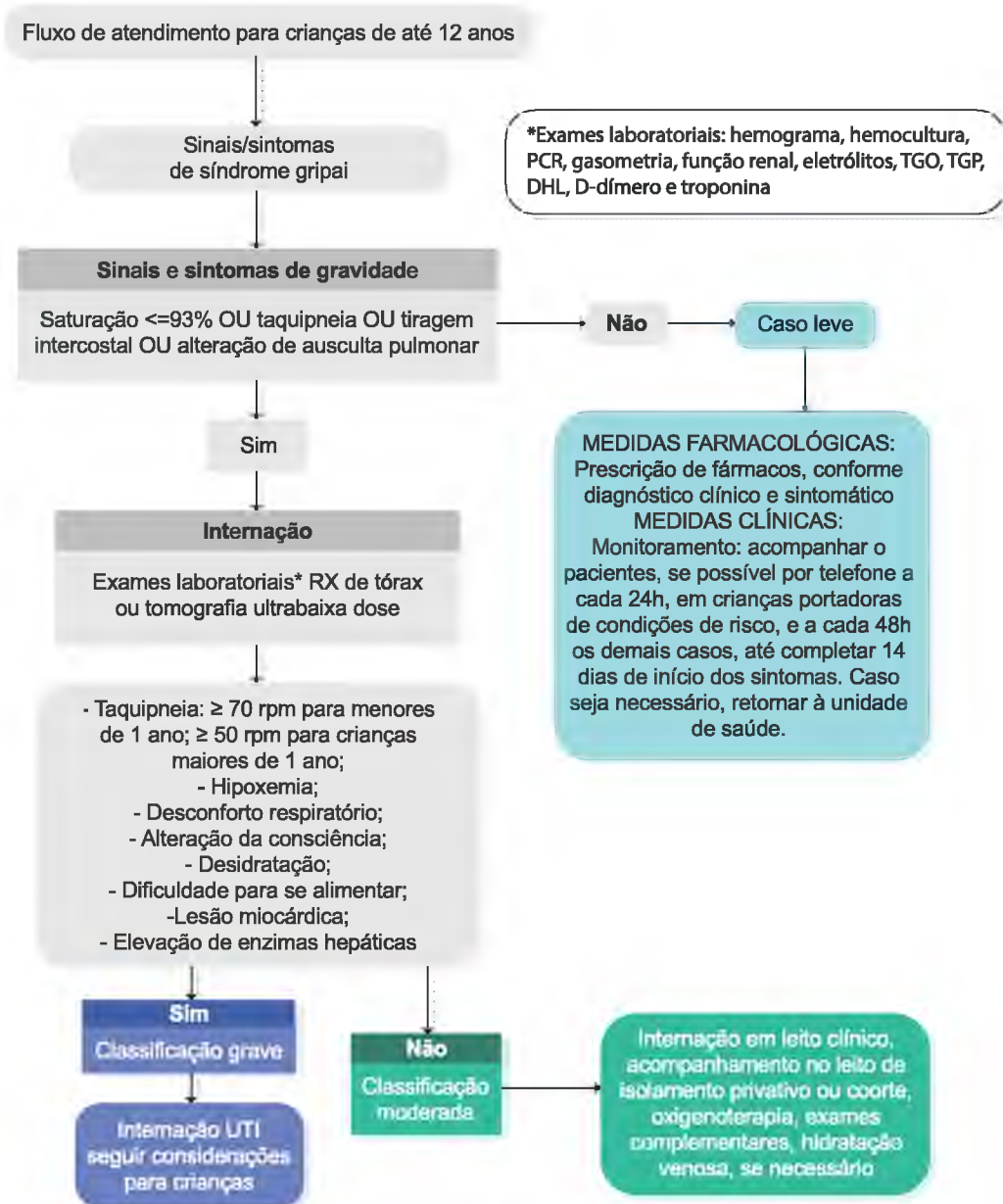
Resultado antecipado	Intervenções
Reduzir dias de ventilação mecânica invasiva	Utilizar protocolos de desmame que incluam avaliação diária da capacidade respiratória espontânea. Minimizar a sedação, contínua ou intermitente, visando a pontos finais de titulação específicos ou com interrupções diárias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



CORONAVÍRUS COVID-19

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

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA CRIANÇAS





CORONAVÍRUS COVID-19

Indicações de admissão na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

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

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

Alocação (isolamento)

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

Suporte de oxigênio e ventilação mecânica

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



Figura: Progressão de suporte para insuficiência respiratória em crianças.



CORONAVÍRUS COVID-19

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

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

Premissas do Protocolo

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

Particularidades do procedimento de IOT no CTI Pediátrico:

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



CORONAVÍRUS COVID-19

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

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

Indicação de terapias de resgate nos casos não responsivos

VAFO e ECMO seguem indicações habituais.

Recomendações específicas em pediatria – COVID-19

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

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



CORONAVÍRUS COVID-19

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA GESTANTES

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

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

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

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

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

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

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



CORONAVÍRUS COVID-19

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

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

Fluxo de atendimento às gestantes em centro obstétrico:

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



CORONAVÍRUS COVID-19

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS

Saúde indígena

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

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

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

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

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

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



CORONAVÍRUS COVID-19

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

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



CORONAVÍRUS COVID-19

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

Medidas de prevenção e controle

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

CORONAVÍRUS COVID-19

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

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

REFERÊNCIAS

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Nota Técnica nº 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Atualizada em 31 mar. 2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>. Acesso em: mar. 2020.
2. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 07/2020 – Orientações para a prevenção da transmissão de COVID-19 dentro dos serviços de saúde (08.05.2020). Disponível em: portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/NOTA+T%C3%A9cnica+GIMS-GGTES-ANVISA+N%C2%BA+07-2020/f487f506-1eba-451f-bccd-06b8f1b0fed6
3. ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). Nota técnica sobre características de aparelhos ventiladores artificiais no suporte ao paciente com COVID-19. Abril de 2020. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/26/Nota_tecnica_sobre_caracteristicas_de_aparelhos_ventiladores_artificiais_no_suporte_ao_paciente_com_COVID-19.pdf. Último acesso em 28/05/2020.
4. ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). Orientações sobre o manuseio do paciente com pneumonia e insuficiência respiratória devido a infecção pelo Coronavírus (SARS-CoV-2). Versão n. 3, 2020. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/29/Orientacoes_sobre_o_manuseio_do_paciente_com_pneumonia_e_insuficiencia_respiratoria_devido_a_infeccao_pelo_Coronavirus_SARS-CoV-2_-_Versao_n.032020.pdf. Acesso em: mar. 2020.
5. ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. Orientações sobre o manuseio do paciente com pneumonia e insuficiência respiratória devido a infecção pelo coronavírus (SARS-CoV-2) – Versão n.06/2020* Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/Orientacoes_para_o_Manuseio_do_paciente_com_coronavirus_-_V6_Junho_2020.pdf





CORONAVÍRUS COVID-19

6. ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA – AMIB, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE EMERGÊNCIA – ABRAMEDE, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA CARDIORRESPIRATÓRIA E FISIOTERAPIA EM TERAPIA INTENSIVA – ASSOBRAFIRE E SOCIEDADE BRASILEIRA PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE – SOBRASP. Sobre o uso de cápsula acrílica e sobre o uso de dispositivos acessórios, câmara, tendas e boxes, para proteção da equipe multiprofissional no atendimento a pacientes com suspeita ou confirmação de infecção por coronavírus (SARS-CoV-2) em ambientes hospitalares. https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/15/posicionamento-amib-material-o2_associacoes2.pdf
7. ALMEIDA JFL, TERRA CM. Cuidados em Terapia Intensiva Pediátrica para Pacientes com Síndrome Gripal suspeito ou confirmado pelo COVID-19. Protocolo Assistencial HIAE, 2020.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. Classificação de risco dos agentes biológicos. 3. ed. Brasília, DF: MS, 2017.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico, n. 1, Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde SVS/MS-COE, jan. 2020. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/28/Boletim-epidemiologicoSVS-28jan20.pdf>. Acesso em: mar. 2020.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de tratamento de influenza: 2017. Brasília, DF: MS, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publiacoes/protocolo_tratamento_influenza_2017.pdf. Acesso em: mar. 2020.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/16/01-recomendacoes-de-protacao.pdf>
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 8 (09 de abril de 2004) e 14 (27 de abril de 2020). Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/09/be-covid-08-final-2.pdf>. Último acesso em 20/05/2020. <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/27/2020-04-27-18-05h-BEE14-Boletim-do-COE.pdf>
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica sobre Hospitais de Campanha (19 de maio de 2020). Disponível em: [https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/22/3.%20b\)%20APRESENTA%C3%87%C3%83O_HOSPITAIS_CAMPANHA_MS%20II.pdf](https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/22/3.%20b)%20APRESENTA%C3%87%C3%83O_HOSPITAIS_CAMPANHA_MS%20II.pdf). Último acesso em 27/05/2020.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 9, sobre Recomendações da Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar em relação à atuação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) – Programa Melhor em Casa na pandemia do Coronavírus (COVID-19). Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/20/doc-nota-tecnica-covid19---1-.pdf>
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica – Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional pela doença pelo Coronavírus 2019. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/20/doc-nota-tecnica-covid19---1-.pdf>
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Cuidados no ambiente hospitalar ao paciente com suspeita ou diagnóstico de COVID-19. <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/12/Cuidados-COVID-MS-05-05-2020.pdf>



CORONAVÍRUS COVID-19

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



CORONAVÍRUS **COVID-19**

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



CORONAVÍRUS COVID-19

ANEXOS

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

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

NOTAS:

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

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

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



CORONAVÍRUS COVID-19

Anexo 2 – Sedação e analgesia para IOT

Para IOT

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

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

Sedação inicial

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

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

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

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

Sedação manutenção

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

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

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

Bloqueador neuromuscular (BNM)

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

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

• Se iniciou BNM, manter por 48h

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

Desmame

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

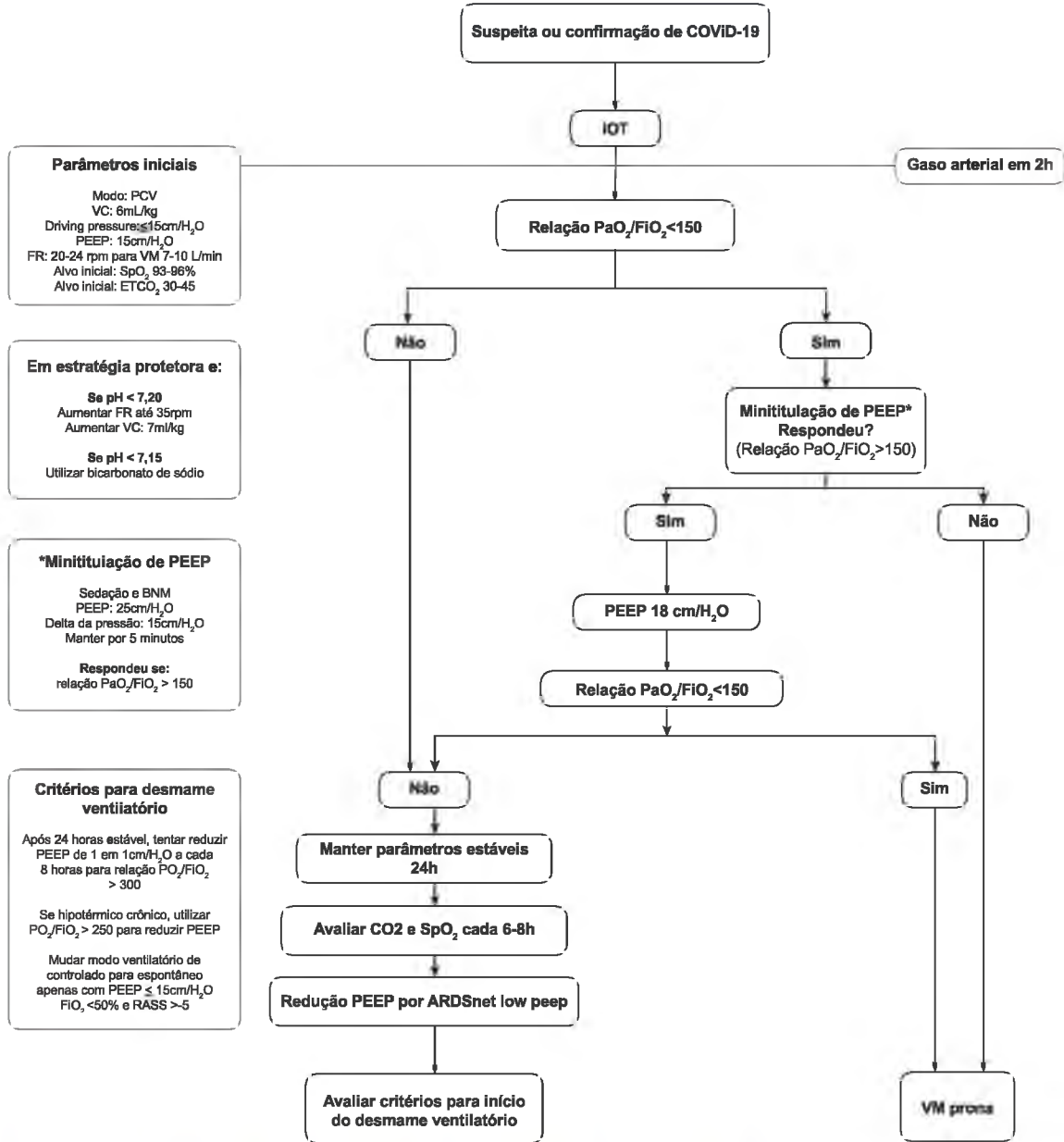
• Se assincronia durante o desmame + queda da SpO_2 e/ou instabilidade hemodinâmica:
Propofol: 10 a 40mg (1 a 4mL) em bólus
Fentanil: 25 a 50 mcg em bólus (0,5 a 1 mL)
Administrar neuroléptico (seroquel 25-50 mg via SNE ou risperidona 0,5-1mg ou haloperidol EV)
Sem melhora em 20 minutos → aprofundar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

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



CORONAVÍRUS COVID-19

Anexo 3 – Técnicas para resgate e manejo da hipoxemia



Ventilação em posição prona



Preparo

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

Posição prona entre 16-21h

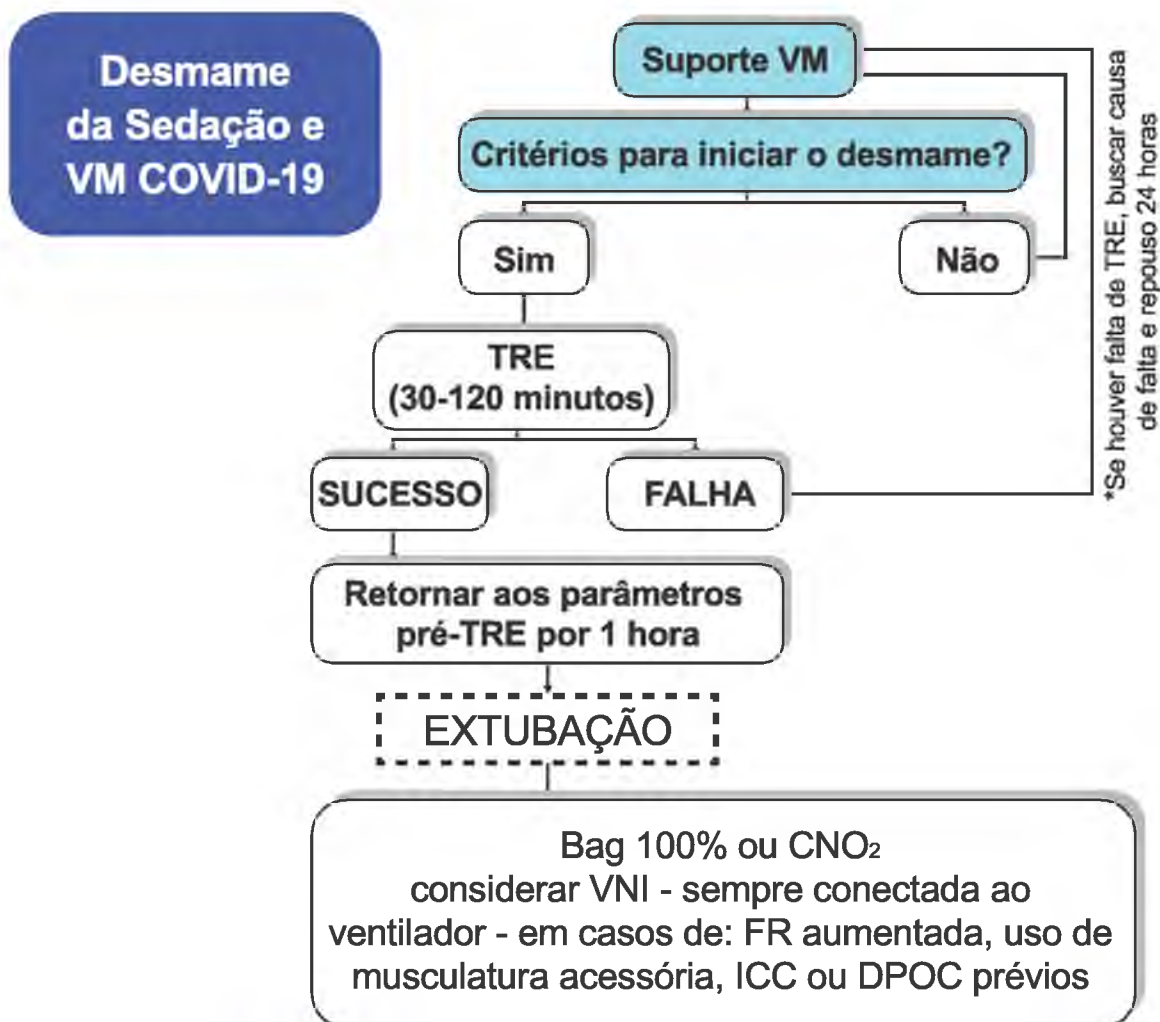
Respondedor: aumento da $PaO_2/FiO_2 > 20\%$ ou da $PaO_2 > 20$ mmHg + aumento da complacência pulmonar e redução da pressão do platô

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



CORONAVÍRUS COVID-19

Anexo 4 – Desmame da sedação e ventilação mecânica



Parâmetros de TRE

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

Critérios de sucesso do TRE

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

Considerar reintubação orotraqueal

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

CORONAVÍRUS COVID-19

Anexo 5 – Cuidados para extubação

Cuidados para extubação

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

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





Documento Assinado Digitalmente por: GLEISY TAVARES DE ARAUJO
Acesse em: <https://stc.e-ice.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 3d8e3e97-4828-4408-9fa9-421db997def8

CORONAVÍRUS COVID-19

DISQUE
SAÚDE
136



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



CORONAVÍRUS COVID-19

FAST-TRACK PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM LOCAIS COM TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA



Documento Assinado Digitalmente por: GLEISY TAVARES DE ARAUJO
Acesse em: <http://etec.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 3d8e3c97-4828-4408-9fa9-a21db997de18

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

ALVO | Todos os serviços de APS/ESF.

OBJETIVO

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

FERRAMENTA | Metodologia FAST-TRACK

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

EQUIPE | Composição da equipe FAST-TRACK COVID-19

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

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





Formulário Agente Comunitário de Saúde/ Recepcionista

Identificação

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

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

Endereço: _____

CPF: _____ Cartão Nacional SUS: _____

Motivo de procura da USF: _____

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

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

CORONAVÍRUS COVID-19

FAST-TRACK PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM LOCAIS COM TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA



Documento Assinado Digitalmente por: GLEISY TAVARES DE ARAUJO
Acesse em: <https://eetecrce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 3d8e3e97-4828-4408-9fa9-a21db997de18

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

ALVO | Todos os serviços de APS/ESF.

OBJETIVO

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

FERRAMENTA | Metodologia FAST-TRACK

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

EQUIPE | Composição da equipe FAST-TRACK COVID-19

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

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





Formulário Técnica(o) de Enfermagem

Identificação

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Motivo da consulta: _____

Sinais vitais: temperatura axilar (T.ax): _____

frequência cardíaca (FC): _____

frequência respiratória (FR): _____

saturação de oximetria (Sat): _____

pressão arterial (PA): _____

Anotar informações em prontuário.

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

CORONAVÍRUS COVID-19

FAST-TRACK PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM LOCAIS COM TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA



Documento Assinado Digitalmente por: GLEISY TAVARES DE ARAUJO
Acesse em: <https://eetec.rce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 3d8e3e97-4828-4408-9fa9-a21db997de18

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

ALVO | Todos os serviços de APS/ESF.

OBJETIVO

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

FERRAMENTA | Metodologia FAST-TRACK

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

EQUIPE | Composição da equipe FAST-TRACK COVID-19

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

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





Formulário Enfermeira(o)

Identificação

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

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

Apresenta ou apresentou febre ? () SIM () NÃO

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

Se sim, descreva: _____

CASO SUSPEITO DE SINDROME GRIPAL?

() SIM () NÃO

Avaliação Geral:

Apresenta outras comorbidades ? () sim () não

Se sim, descreva: _____

Medicamentos de uso contínuo () sim () não

Se sim, descreva: _____

Apresenta alergias de medicamentos () sim () não

Se sim, descreva: _____

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

Se sim, descreva: _____

Anotar informações em prontuário.

Observação: Caso a pessoa apresente sintomas respiratórios graves ou outro sinal e sintoma preocupante, acione imediatamente o médico (a). Caso contrário, mantenha a pessoa com máscara cirúrgica e direcione para o atendimento do médico(a). Notificar imediatamente via formulário pelo FormSUS2 <http://bit.ly/2019-ncov>.

CORONAVÍRUS COVID-19

FAST-TRACK PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM LOCAIS COM TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA



Documento Assinado Digitalmente por: GLEISY TAVARES DE ARAUJO
Acesse em: <https://eetecrce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 3d8e3e97-4828-4408-9fa9-a21db997de18

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

ALVO | Todos os serviços de APS/ESF.

OBJETIVO

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

FERRAMENTA | Metodologia FAST-TRACK

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

EQUIPE | Composição da equipe FAST-TRACK COVID-19

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

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





Formulário Médica(o)

Identificação

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

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

Classificação de gravidade

CASO GRAVE - ESTABILIZAÇÃO ENCAMINHAMENTO PARA CENTRO DE REFERÊNCIA

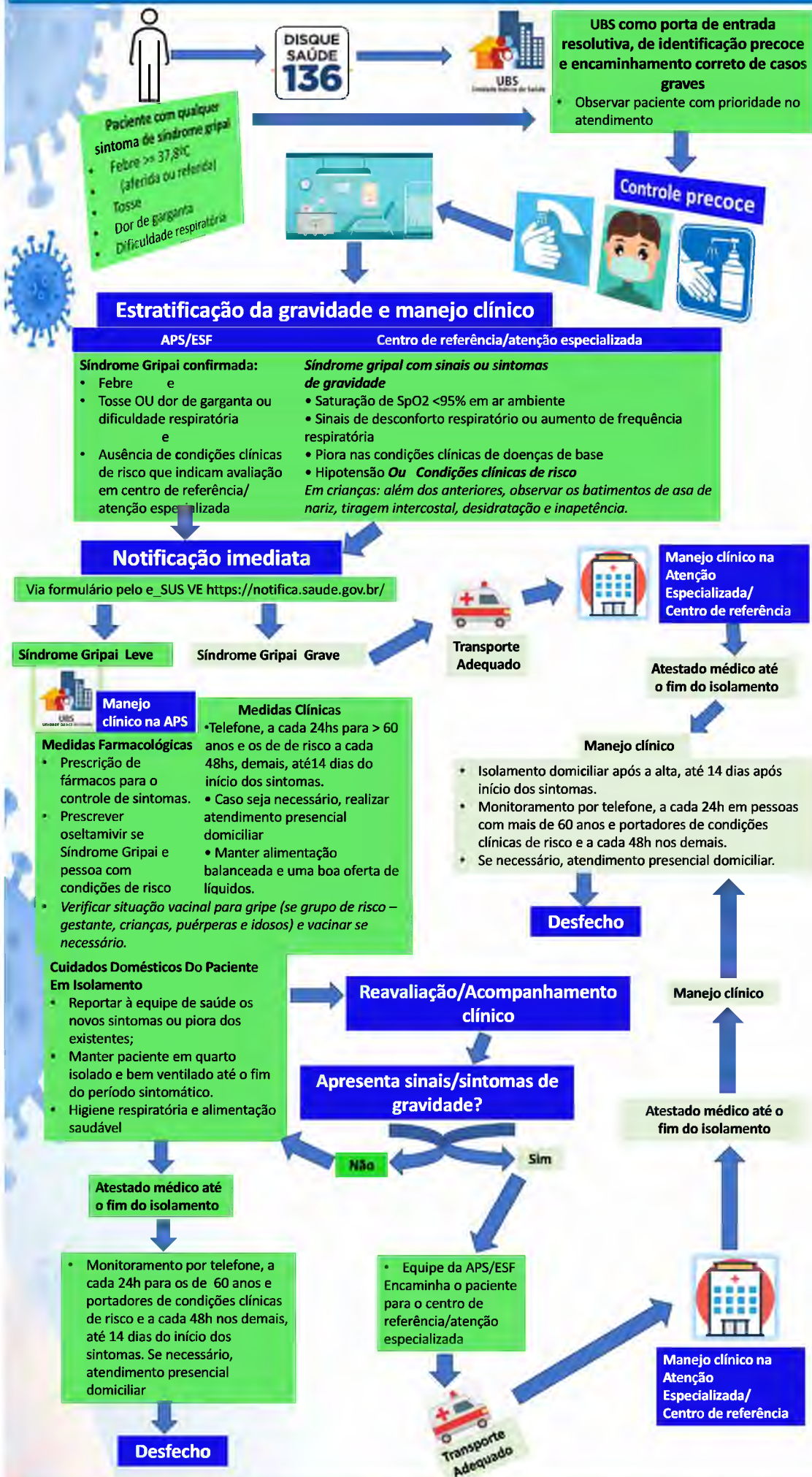
CASO LEVE – avaliar comorbidades que contraindicam isolamento domiciliar (ver protocolo clínico). Se possível acompanhar na APS, realizar manejo clínico apropriado (medicamentos sintomáticos, prescrever oseltamivir para pessoas com condições de risco para complicações, etc.), orientações de isolamento domiciliar e monitoramento de 48/48 horas presencial (conforme necessidade clínica) ou por telefone.

Fornecer atestado médico de 14 dias para propiciar o isolamento domiciliar (CID 10: J11 (Síndrome Gripal) ou B34.2 (COVID-19)).

Anotar informações no prontuário.

Observação: Caso a pessoa apresente sinais ou sintomas de gravidade ou comorbidades que contraindiquem o isolamento domiciliar, entrar em contato com seu centro de referência para promover hospitalização. Fornecer atestado quando necessário comprovar ausência (trabalho, escola) e assim propiciar o isolamento domiciliar. Orientar familiares a buscar atendimento ao início de sintomas nos mesmos. Para mais informações, consultar Protocolo de Manejo Clínico.

Fluxograma de manejo clínico da COVID-19 na Atenção Primária em transmissão comunitária





CORONAVÍRUS **COVID-19**

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

BRASÍLIA | DF
2020



Documento Assinado Digitalmente por: GLEISY TAVARES DE ARAUJO
Acesse em: <https://stc.ice.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 3d8e3c97-4828-4408-9fa9-421db997de18

MINISTERIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde

CORONAVÍRUS
COVID-19

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

EVASIA | O
TUD



ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Coordenação-Geral de Saúde Bucal do Departamento
de Saúde da Família da Secretaria de
Atenção Primária à Saúde (CGSB/Desf/Saps).

COORDENAÇÃO

Renata Maria de Oliveira Costa
Caroline Martins José dos Santos

ELABORAÇÃO DE TEXTO

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

REVISÃO TÉCNICA

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



LISTA DE SIGLAS

ABENO - Associação Brasileira de Ensino Odontológico

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas

Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS - Atenção Primária à Saúde

BPA-C - Boletim de Produção Ambulatorial - Consolidado

BPA-I - Boletim de Produção Ambulatorial - Individualizado

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CFO - Conselho Federal de Odontologia

CGSB - Coordenação Geral de Saúde Bucal

CME - Centro de Material e Esterilização

Covid-19 - Doença pelo Coronavírus 2019

Desf - Departamento de Saúde da Família

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ESB - Equipe de Saúde Bucal

Iras - Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)

ITI - Instituto Nacional de Tecnologia da Informação

LRPD - Laboratório Regional de Próteses Dentárias

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

POP - Procedimento Operacional Padrão

PPS - Processamento dos Produtos para a Saúde

Saps - Secretaria de Atenção Primária Saúde

SRAG - Síndrome Respiratória Aguda Grave

Sars-CoV-2 - Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

TIC - Tecnologias da Informação e Comunicação

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
1. COVID-19 E A ODONTOLOGIA.....	10
1.1 Formas de transmissão do Sars-CoV-2 e a Assistência Odontológica.....	11
1.2 Pessoas e grupos mais expostos às formas graves da doença	13
2. AS NECESSIDADES DE SAÚDE BUCAL E A PRODUÇÃO DO CUIDADO NO CONTEXTO DA PANDEMIA: DEFINIÇÃO DOS TIPOS DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO	14
2.1 Parâmetros para orientação da decisão quanto aos tipos de atendimentos a serem disponibilizados.....	17
2.2.1 Tipos de atendimento a serem ofertados no contexto da pandemia atendimento restrito às emergências e urgências.....	21
2.2.2 Atendimento eletivos essenciais e ampliados	22
3. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA.....	23
3.1 Atenção Primária À Saúde (APS).....	23
3.2 A APS em cenário restrito às urgências.....	25
3.3 Diagnóstico de câncer de boca.....	28
3.4 Cenários de ampliação do escopo na APS: retomada de eletivos essenciais e ampliados	29
3.4.1 Eletivos essenciais	29
3.4.2 Eletivos ampliados.....	35
4. ATENÇÃO ESPECIALIZADA	36
4.1 Centro de Especialidades Odontológicas.....	36
4.2 Serviços de apoio: Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.....	37
5. ORGANIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	38
5.1 Preparo da UBS/USF e dos profissionais	38



5.2 Cuidados prévios ao atendimento odontológico.....	39
5.3 Durante o atendimento odontológico.....	45
5.3.1 Uso de substâncias antimicrobianas.....	45
5.3.2 Técnicas terapêuticas.....	45
6. TELEODONTOLOGIA.....	46
6.1 Histórico	46
6.2 Possibilidades de aplicação no SUS.....	47
6.3 Registro das informações da teleconsulta odontológica	51
6.4 Certificação digital/Assinatura eletrônica	51
6.5 Consultório Virtual	52
7. PREVENÇÃO E CONTROLE DAS IRAS E INFECÇÃO POR COVID-19 NA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA	56
7.1 Medidas de precaução para controlar a disseminação de Sars-CoV-2 na assistência odontológica.....	57
7.2 Equipamentos de Proteção Individual-EPI.....	58
7.3 Higiene das mãos.....	62
7,4 Gestão da qualidade do ar.....	63
7.5 Limpeza e desinfecção de superfícies	64
7.5.1 Desinfetantes	64
7.5.2 Processos de Limpeza.....	65
7.5.3 Frequência de limpeza e desinfecção	66
7.6 Outras orientações gerais aos profissionais de saúde bucal para diminuir risco de contaminação cruzada em unidades de saúde que compõem a rede de atenção à saúde bucal.....	67
7.7 Processamento de produtos para a saúde.....	69
8. TRATAMENTO DE RESÍDUOS	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS.....	72



ANEXOS.....	82
ANEXO 1: Precauções-padrão, precauções de contato e precauções para aerossóis.....	82
ANEXO 2: Como higienizar as mãos com preparação alcoólica.....	83
ANEXO 3: Como higienizar as mãos com água e sabonete líquido.....	84
ANEXO 4: Descontaminação de moldagens.....	85



APRESENTAÇÃO

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

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

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

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

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



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



1. COVID-19 E A ODONTOLOGIA

Com a ocorrência dos primeiros casos de Covid-19 por um novo tipo de coronavírus, em dezembro de 2019 na província de Hubei¹ (China), e sua progressão e propagação pelo mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, no dia 11 de março de 2020, a caracterização da Covid-19 como pandemia¹. O Ministério da Saúde, por sua vez, deu início a diversas ações para atenuar a propagação dessa doença no Brasil, e, na segunda quinzena de março, declarou a situação de transmissão comunitária em território nacional, a partir da publicação da Portaria Nº 454/GM/MS, de 20 de março de 2020².

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

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

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

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



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

Coronavírus, o que você precisa saber?³

<https://coronavirus.saude.gov.br/>

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

[Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde](#)

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

A transmissão do Sars-CoV-2 acontece de uma pessoa contaminada para outra por meio de gotículas respiratórias eliminadas ao tossir, espirrar ou falar; de contato direto ou próximo, especialmente pelas mãos não higienizadas; e pelo contato com objetos ou superfícies contaminadas. Evidências atuais sugerem que a maioria das transmissões ocorre de pessoas sintomáticas para outras. Também já é conhecido que alguns pacientes podem transmitir a doença durante o período de incubação, geralmente 1 a 3 dias antes do início dos sintomas, e existe a possibilidade de transmissão por pessoas que estão infectadas e eliminando vírus, mas que ainda não desenvolveram sintomas (transmissão pré-sintomática). Todavia, ainda há controvérsias no tocante à transmissão do vírus por pessoas assintomáticas⁵⁻⁸. Quanto à especificidade da atenção em saúde bucal, destacam-se estudos que demonstram que a saliva representa um importante meio na cadeia de transmissão da Covid-19 e que glândulas salivares são grandes reservatórios do vírus Sars-CoV-2⁷⁻⁸. A figura 1 demonstra algumas das vias de contaminação no ambiente odontológico.

Portanto, dada a transmissibilidade do Sars-CoV-2, é importante salientar o risco envolvido na produção da assistência odontológica, em razão da clínica de saúde bucal envolver considerável contato com fluidos corporais, como sangue e saliva, além de se caracterizar pela realização de muitos procedimentos que, com a utilização de equipamentos rotatórios, geram aerossóis e gotículas muito pequenas que são capazes de permanecer suspensas no ar por períodos mais longos. Quando tais procedimentos são feitos em pessoas com Covid-19 em unidades de saúde, esses aerossóis podem conter o vírus, que poderão ser inalados por outras pessoas que não estejam utilizando Equipamentos de Proteção apropriado⁷⁻⁸. Tais características ampliam o risco aos profissionais de saúde que realizam os atendimentos e, diretamente, às pessoas que utilizam os serviços de saúde bucal, e indiretamente, aos usuários de outros serviços das unidades de saúde. Como ainda não estão totalmente elucidadas as questões de transmissibilidade da Covid-19, os cuidados ligados à biossegurança devem ser rigorosamente observados no atendimento, independentemente da sintomatologia.



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



Fonte: Adaptação de Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice de Peng et al, 2020⁸.

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

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

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



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

- a) a reorganização dos serviços, com a definição de um escopo de ações da saúde bucal a serem ofertadas, a partir da categorização das necessidades de saúde bucal associada à análise individual e coletiva dos riscos;
- b) mudanças na dimensão da prática clínica, como a utilização de recursos da odontologia de mínima intervenção, redução do número de consultas, otimização do tempo clínico e utilização de ferramentas de atendimento remoto na assistência odontológica. Assim, há de se compreender essas mudanças e incorporá-las com a finalidade de prestar assistência de forma segura e responsável.

1.2 Pessoas e grupos mais expostos às formas graves da doença

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

O Ministério da Saúde, por meio do Guia de Vigilância Epidemiológica⁵, estabelece condições e fatores de risco considerados para possíveis complicações de Covid-19, sendo periodicamente revisado e atualizado na medida em que atualizações científicas sobre o conhecimento da Covid-19 vão ocorrendo. Com base nesse conhecimento, pode-se proceder localmente a uma análise mais criteriosa dos riscos envolvidos no atendimento odontológico e equilibrar o atendimento à demanda com tais riscos, sempre focando na melhor solução para o usuário. São os seguintes condições e fatores de risco às formas graves da doença identificados pelo Ministério da Saúde: idade superior a 60 anos, tabagismo, obesidade, miocardiopatias de diferentes etiologias, hipertensão arterial, pneumopatias graves ou descompensadas (asma moderada/grave, DPOC), imunodepressão e imunossupressão, doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3,4 e 5), diabetes melito (conforme juízo clínico), doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica, neoplasia maligna (exceto câncer não melanótico de pele), algumas doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme e talassemia) e gestação. Suas manifestações clínicas podem ser amplas, sendo que os infectados pelo Sars-CoV-2 apresentam comumente sintomas respiratórios⁵.

Os profissionais da saúde são apontados com risco potencial aumentado de exposição ao Sars-CoV-2 devido à constante exposição a gotículas e aerossóis⁷⁻⁸. Adicionalmente, os profissionais de saúde podem fazer parte dos grupos de risco, por questões relacionadas à saúde e idade, merecendo atenção e orientação especial para que possam exercer suas atividades com segurança.



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

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

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



DICA PARA O GESTOR!

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

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



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

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



Quadro 1 - Classificação do tipo de atendimento odontológico

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



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

Fonte: Adaptado CFO, 2020⁹

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

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

No contexto da Covid-19, a atenção em saúde bucal precisou ser reorganizada e adaptada à análise de riscos individuais e coletivos relacionados à produção do cuidado¹⁰. Para tanto, é preciso que a gestão e os profissionais de saúde associem a avaliação do cenário epidemiológico local às demandas e



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

Nas primeiras semanas da pandemia, o Ministério da Saúde (MS) recomendou a suspensão dos atendimentos de saúde bucal eletivos e a manutenção do atendimento às urgências odontológicas em todo o território nacional¹⁰. Atualmente, observam-se mudanças epidemiológicas em estados e municípios que requerem a proposição de parâmetros que orientem e promovam o retorno gradual e responsável das atividades habituais, a fim de ajustar o momento atual à premissa de garantia do acesso e minimização de danos oriundos do adiamento da atenção à saúde bucal. Assim, por ser esse um momento de transição, pode-se em alguns locais planejar o retorno dos atendimentos eletivos nos diferentes serviços e a ampliação da oferta de cuidado.

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

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

Para a tomada de decisão pelos gestores em relação ao retorno dos atendimentos odontológicos eletivos, recomenda-se que sejam observadas as seguintes questões¹¹:

- **Momento epidemiológico do município:** os municípios deverão observar e avaliar periodicamente, no âmbito locorregional, o cenário epidemiológico da Covid-19 e a capacidade de resposta da rede de atenção à saúde, além dos aspectos socioeconômicos e culturais dos territórios¹¹. A observação constante do número absoluto de casos de síndrome gripal por Covid-19, de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) por Covid-19, coeficiente de incidência e mortalidade de ambas condições, além da capacidade instalada local quanto aos leitos hospitalares e aos equipamentos de proteção individual, são alguns dos fatores epidemiológicos a serem observados.



- **Disponibilidade de EPI:** visto que o atendimento odontológico pode gerar contato com gotículas contaminadas pela própria manipulação de tecidos orais e pelo uso dos instrumentos que geram aerossóis, o uso dos equipamentos de proteção individual (EPI), bem como sua correta paramentação/desparamentação, se torna essencial para manutenção dos atendimentos¹². Dessa forma, os municípios deverão observar a quantidade e tipo dos EPI disponíveis, cabendo aos gestores locais gerenciar a distribuição dos EPI adequados e necessários ao atendimento odontológico.
- **Qualificação da equipe:** os profissionais inseridos na Unidade de Saúde devem estar qualificados para o manejo das pessoas infectadas ou não, durante o período da pandemia. A percepção e o seguimento de medidas de enfrentamento da Covid-19 podem proporcionar um melhor fluxo de atendimento e diminuição do risco de contaminação. Todos os entes da articulação interfederativa podem desenvolver e promover cursos e ações que colaborem para o aprimoramento dos profissionais que prestam assistência.

Para saber mais:

UNA-SUS

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

Ministério da Saúde

[Orientações para manejo de pacientes com Covid-19¹⁴](#)

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

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

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



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

**Para saber mais:**

UNA-SUS:

[Especial Coronavírus \(Covid-19\)¹⁵](#)

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

[Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde ⁴](#)

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

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

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

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

Para usuários que tiveram Síndrome Gripal (SG) por Covid-19, orienta-se o isolamento por 10 (dez) dias. Em caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), orienta-se isolamento por 20 (vinte) dias, mediante avaliação médica⁵. Desse modo, deve-se orientar o usuário que remarque seu atendimento odontológico após esse período, e se for preciso, que seja feito o manejo medicamentoso relacionado ao agravo bucal. Para ambos os casos- de usuários com SG e SRAG concomitantes à urgência odontológica- constatando-se que não houve a remissão do quadro agudo odontológico por medicação, recomenda-se que os profissionais realizem atendimento odontológico de urgência, desde que haja previsibilidade de equipamentos de proteção individual. É importante que o cirurgião-dentista avalie qual o grau de contato com caso confirmado, pois há possibilidade de a pessoa ter Covid-19 porém ser assintomática ou pré-sintomática. Em todos os casos, se a pessoa ainda não tiver passado por avaliação médica, recomenda-se que o cirurgião-dentista o encaminhe para tal avaliação.

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



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

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

2.2.2 Atendimento eletivos essenciais e ampliados

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

Figura 4 - Organização dos serviços odontológicos na Pandemia



Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde



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

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

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

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

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

3.1 Atenção Primária À Saúde (APS)

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada de usuários e tem como objetivo melhorar a saúde individual e populacional com práticas baseadas nos princípios da universalidade do acesso, da equidade e da integralidade. Para isso, os serviços da APS devem funcionar adequadamente, aliando alta resolutividade clínica com o compromisso pela saúde da população sob seu cuidado



e pela comunicação oportuna dos fatos e eventos que caracterizam a trajetória clínica das pessoas. Visando atingir esses objetivos com a devida qualidade de prestação dos serviços e ações, é essencial que a APS seja organizada com a máxima presença e extensão de suas características operacionais, priorizando os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) nesses processos.¹⁶ Em função da Covid-19, esses processos precisam ser revistos e adaptados conforme as características locais.

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

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

A APS, por apresentar esse conjunto de características, constitui-se como locus privilegiado para a identificação precoce de casos de síndrome gripal e Covid-19, monitoramento dos casos e contatos, manejo terapêutico farmacológico e não farmacológico da Covid-19 e acompanhamento dos casos. As equipes de saúde bucal, enquanto integrantes da APS, vêm contribuindo e aprimorando seus campos de competências comuns e específicas para o enfrentamento da Covid-19 junto às equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária. Sendo assim, ressalta-se ser fundamental a colaboração das equipes de saúde bucal para o monitoramento e rastreamento e apoio às demais ações que auxiliem no enfrentamento dessa doença.

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



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

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

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

3.2 A APS em cenário restrito às urgências

Nos municípios em que a suspensão dos atendimentos odontológicos é mantida, os profissionais de saúde bucal podem auxiliar nas ações como aplicação de testes rápidos¹⁸, coleta de swab¹⁹ com a finalidade de apoiar o diagnóstico da Covid-19, além de desenvolver e se integrar com os processos de monitoramento de casos suspeitos e confirmados, participar da classificação de risco para síndromes gripais e, quando necessário, encaminhar à avaliação médica, de acordo com a organização local.

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



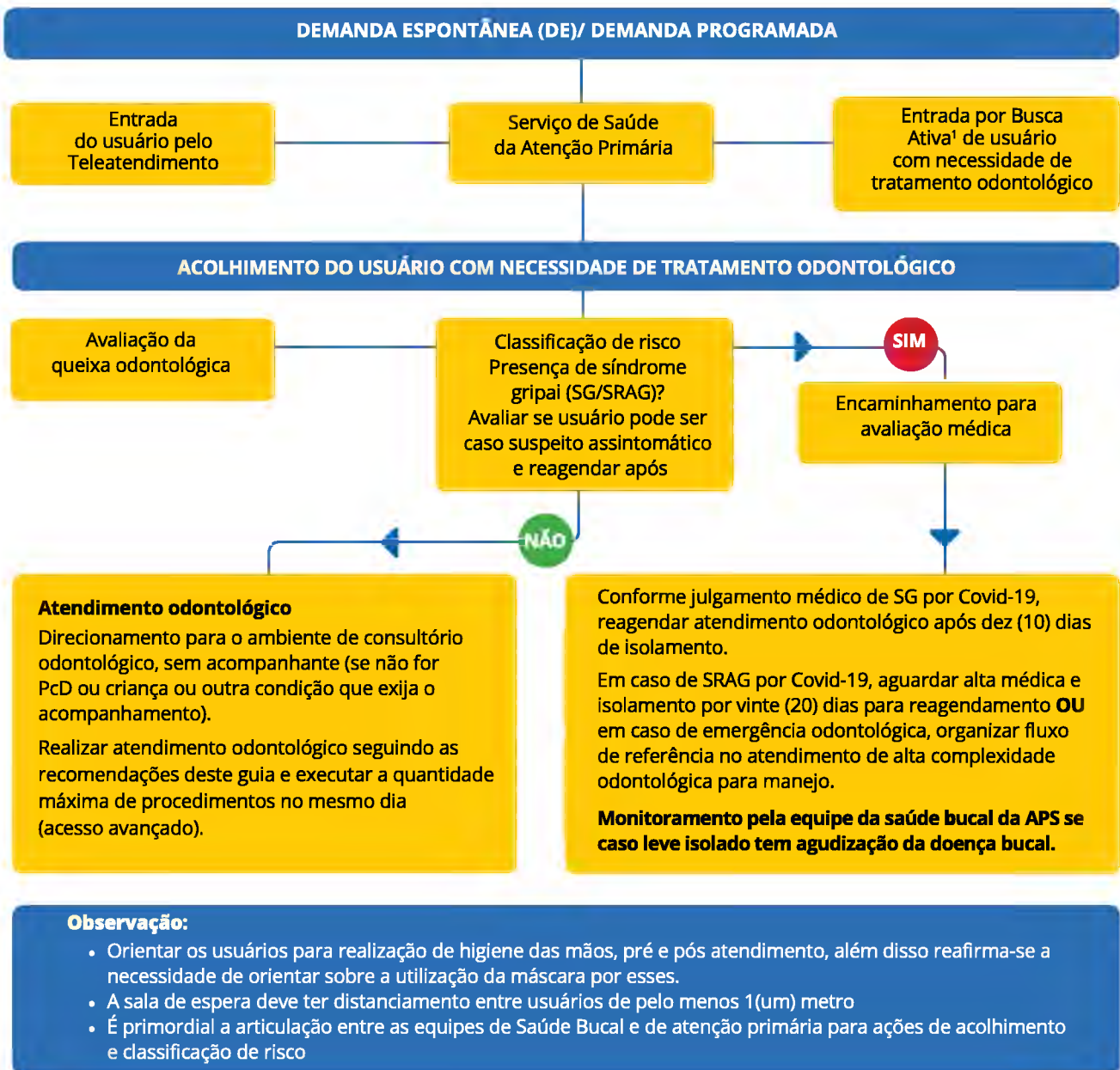
No caso de pacientes com quadros leves de Covid-19, as equipes de saúde bucal devem orientá-los a reagendar a consulta após 10 dias do início dos sintomas. É importante que o cirurgião-dentista avalie o grau de contato com caso confirmado nessa última situação, tendo em vista a possibilidade de a pessoa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

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

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



Figura 5 - Fluxograma de conduta nos atendimentos de urgência odontológica.



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

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

Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde.



3.3 Diagnóstico de câncer de boca

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

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

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

Para saber mais sobre câncer de Boca:

INCA- Câncer de Boca²⁰

<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-boca>

INCA-Relatório sobre o cenário assistencial e epidemiológico do câncer de lábio e cavidade oral no Brasil – 2020²¹

<https://www.inca.gov.br/publicacoes/relatorios/relatorio-sobre-o-cenario-assistencial-e-epidemiologico-do-cancer-de-labio-e>

APS- Câncer de Boca²²

<https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/cancerboca>

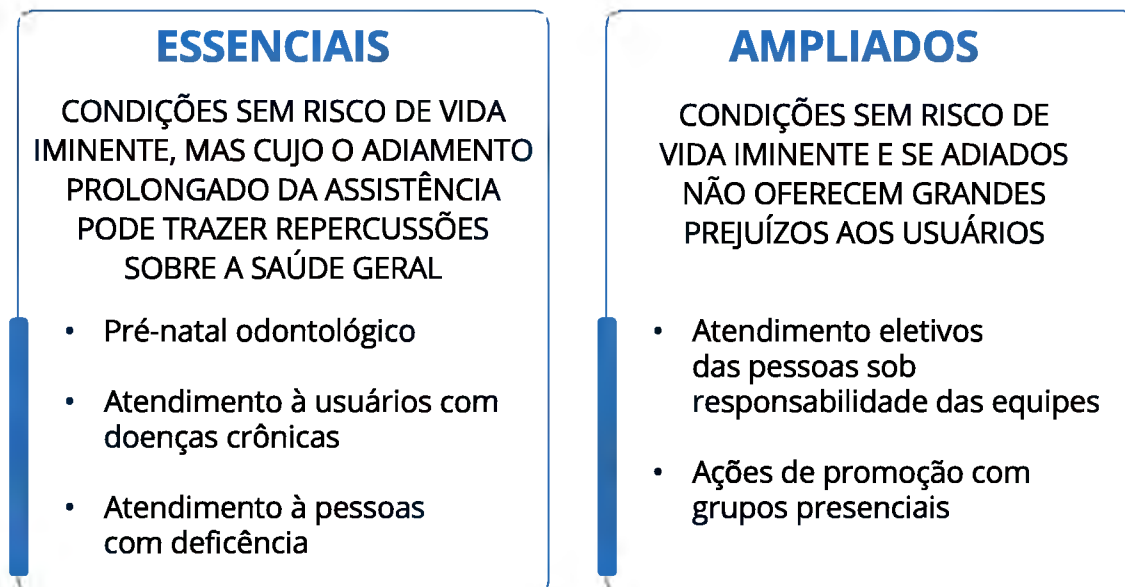


3.4 Cenários de ampliação do escopo na APS: retomada de eletivos essenciais e ampliados

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

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

Figura 6 - Eletivos essenciais e ampliados na odontologia.



Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde

3.4.1 Eletivos essenciais

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



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

3.4.1.1 Pré-natal Odontológico

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

Como abordado anteriormente, para todos os atendimentos eletivos essenciais, os gestores e profissionais de saúde devem observar o momento epidemiológico da localidade a fim de definir pelo retorno dos eletivos essenciais. No caso de não serem observadas condições para realização da consulta presencial do pré-natal odontológico, esta pode ser adiada. Nesse caso, outras ferramentas complementares e de transição do cuidado, como o teleatendimento²⁴, podem ser utilizadas para garantia do acesso e promoção de educação em saúde. A **Figura 7** ilustra como essas tecnologias podem auxiliar os profissionais. Caso a gestante tenha uma queixa que se enquadre em urgência odontológica, diferente dos casos em que os pacientes não apresentam essa condição, ela **deve ser atendida no momento da demanda**.

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



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

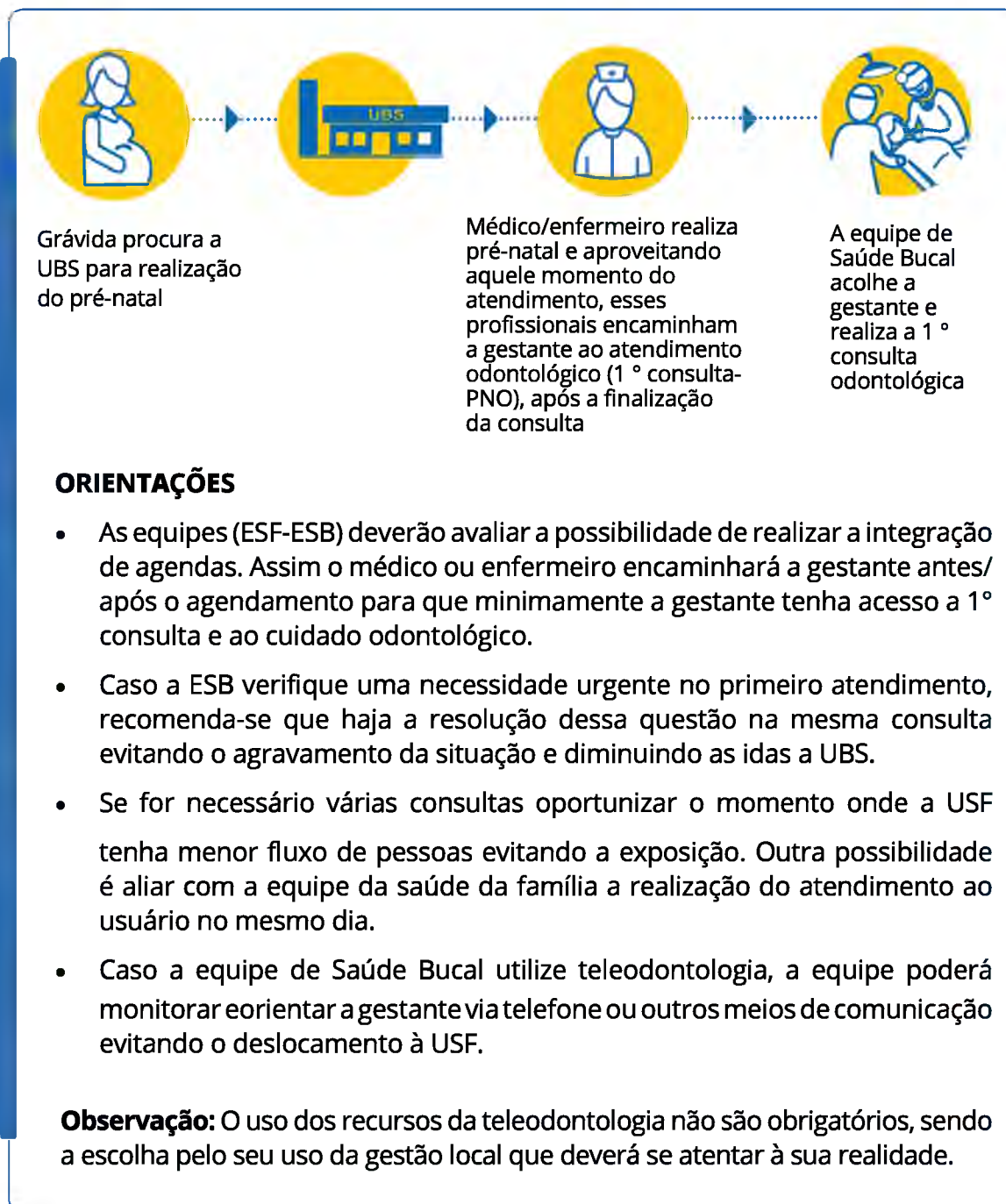
- Planejar, sempre que possível, a consulta odontológica para o mesmo dia em que a gestante estiver agendada para a consulta de pré-natal com médico/enfermeiro, aproveitando seu deslocamento à Unidade de Saúde. É essencial a integração entre a equipe da ESF e ESB, dialogando sobre as necessidades de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

Figura 7 - Pré-natal odontológico com apoio da teleodontologia.

Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde.



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



Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde.



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

3.4.1.2 Pacientes diabéticos, hipertensos e outras condições sistêmicas

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

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

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

3.4.1.3 Pessoa com deficiência

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



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

3.4.2 Eletivos ampliados

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

3.4.2.1 Ações de promoção e prevenção

Em relação às **ações de promoção e prevenção relacionados à saúde bucal** em espaços coletivos/comunitários durante a pandemia, cabe salientar que foi recomendado o seu adiamento ou cancelamento, repercutindo na necessidade de diminuir aglomeração e o fluxo de pessoas em USF/UBS²⁵. Considerando que a promoção e prevenção são indissociáveis do cuidado em saúde, as ações dessa natureza e os formatos até agora empregados foram ressignificados. Desse modo, o cirurgião-dentista pode se valer do uso da tecnologia para realizar educação em saúde, com a teleodontologia, por exemplo, por meio da qual o profissional pode orientar sobre hábitos de higiene e alimentares que contribuam para melhoria das condições de saúde bucal e saúde sistêmica, a depender da realidade local.

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



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

4. ATENÇÃO ESPECIALIZADA

4.1 Centro de Especialidades Odontológicas

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são fundamentais para a integralidade do cuidado, porém, em razão da pandemia de Covid-19, o seu funcionamento foi alterado, entendendo que o tipo de assistência, eminentemente eletivo, poderia ser adiado²⁵. Ademais, pelo fato de serem serviços de retaguarda especializada da APS, compreende-se que a retomada dos atendimentos deverá ser orientada pela retomada da APS.

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

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

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

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



4.2 Serviços de apoio: Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias

Os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) são serviços responsáveis por confeccionar as próteses dentárias. Com a pandemia da Covid-19 e as consequentes mudanças na prestação da assistência odontológica à população, esse serviço também foi afetado, tendo suas atividades reduzidas ou até mesmo suspensas²⁵.

A produção de próteses é um dos procedimentos significativamente afetados frente à pandemia, pois, além de se caracterizar prioritariamente como procedimento eletivo, a população que necessita desse tipo de assistência, muitas vezes, pode ser caracterizada como grupo de risco, por ser, em sua maioria, idosos²⁶⁻²⁷.

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

Nos municípios que optarem por continuar com a suspensão de procedimentos relativos à confecção de próteses dentárias, sugere-se que o gestor local organize os serviços de LRPD para proceder a consertos/reparos em próteses que configurem urgências¹⁵. Próteses defeituosas podem gerar prejuízo na alimentação do usuário e, em alguns casos os reparos não podem ser resolvidos somente pelo cirurgião-dentista na APS ou CEO.

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



5. ORGANIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

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

5.1 Preparo da UBS/USF e dos profissionais

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

Preparação dos profissionais

- Os profissionais que apresentem sintomas de síndrome gripal²⁸, com confirmação ou não de Covid-19, devem ser afastados das atividades assistenciais.
- Os profissionais pertencentes a algum grupo de risco para a Covid-19 devem ser alocados para ações que não envolvam contato com pacientes, como apoio ao telemonitoramento relacionado à odontologia e ao monitoramento de contatos de casos de Covid-19, teleorientação, cabendo à gestão local a tomada decisão sobre essa questão.
- Para todos os profissionais deve ser realizada a vacinação contra a gripe sazonal.

Preparação do consultório odontológico:

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



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

5.2 Cuidados prévios ao atendimento odontológico

Para permitir a organização dos atendimentos odontológicos, recomenda-se que sejam observadas as seguintes questões¹¹:

Articulação com os componentes das equipes:

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

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

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

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



- Preferencialmente, em um espaço arejado onde não se tenha grande circulação de pessoas²⁵, o profissional de saúde deve verificar as condições de saúde bucal do usuário, fazendo perguntas que classifiquem sua condição de saúde e atendimento recomendado. Com isso, será possível um correto manejo e oferta de tratamento adequado às condições clínicas.
- Orienta-se que o usuário entre no consultório odontológico somente no momento da realização do procedimento.
- Organização do Acesso por meio de ferramentas remotas (atendimento pré-clínico por telefone, virtual²³):

Naqueles locais em que for possível, recomenda-se estabelecer via de contato (telefone ou outros meios digitais) com usuários sob responsabilidade dos serviços de modo prévio à sua ida ao serviço. O contato remoto pode ser empregado na identificação das necessidades de saúde bucal, na realização de triagem prévia ao atendimento, da busca ativa para grupos identificados como prioritários, observando-se o cenário de atendimento recomendado/vigente localmente, de agendamento das ações. Essas ferramentas podem ainda ser empregadas para o acompanhamento dos usuários sob responsabilidade das equipes. A ferramenta auxilia a identificação das pessoas que apresentarem sintomas gripais indicativos da Covid-19, que devem ter o cuidado postergado em casos não urgentes (eletivos) odontológicos. O atendimento pré-clínico virtual pode ser uma importante ferramenta no manejo, garantia de acesso e acesso ampliado, além de colaborar com o diálogo entre usuário e profissional de saúde²⁹. Durante o atendimento pré-clínico deve-se fazer perguntas para conhecer a necessidade de saúde bucal do paciente e para identificar o risco de o paciente apresentar a doença Covid-19, como sinais e sintomas de síndrome gripal, como perda de olfato (anosmia), perda de paladar (disgeusia), diarreia, coriza, febre, entre outros, e orientá-lo à consulta médica. Caso esse usuário já tenha confirmação por Covid-19 e esteja em seu período de isolamento, a critério médico, a consulta deverá ser agendada após 10 (dez) dias. Ao identificar que o usuário teve contato com “caso confirmado de Covid-19” e relatar aparecimento de sintomas, a pessoa deve ser orientada a buscar consulta médica nos serviços de saúde.

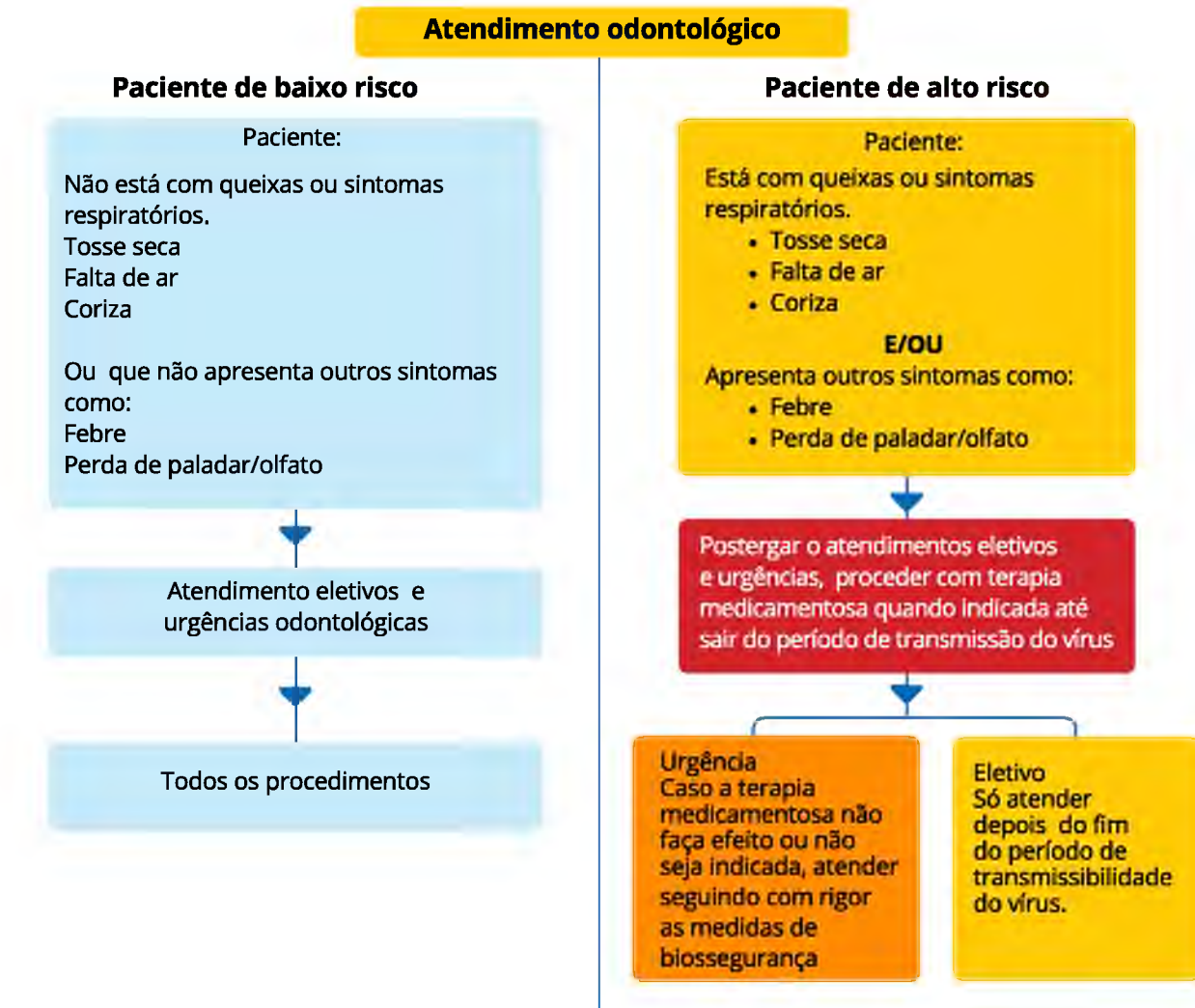
- **Aspectos de biossegurança:** atentar para atendimentos com maiores intervalos de tempo entre as consultas, com vistas a proporcionar maior tempo para adequada descontaminação dos ambientes, conforme Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa Nº 04/202012. Observar outras questões no Capítulo “**Prevenção e Controle das Iras e Infecção por Covid-19 na Assistência Odontológica**”.



Atendendo às recomendações para redução de aglomerações de maneira a reduzir o risco de transmissão do vírus Sars-CoV-2, as medidas a serem adotadas na classificação de risco a usuários assumem fundamental importância, por constituírem um indício da organização e adaptação do serviço ao contexto epidemiológico da Covid-19, trazendo maior segurança aos profissionais e pacientes²⁹⁻³⁰. Dessa forma, essas e outras medidas importantes para o pré-atendimento aos pacientes nos serviços odontológicos podem ser vistas na **Figura 9**³¹:



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



Observações:

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

Fonte: Adaptado Guidelines for oral health services at Covid-19 Alert Level 2. Nova Zelândia³¹



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

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



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



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



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



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



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



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



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



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



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

Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde.



5.3 DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

5.3.1 USO DE SUBSTÂNCIAS ANTIMICROBIANAS

As substâncias antimicrobianas, usadas como bochechos orais e seu impacto na diminuição de micro-organismos no pré-atendimento odontológico têm sido objeto de vários estudos. Até o presente momento, não há consenso sobre nenhuma das substâncias que são comumente utilizadas para bochechos, como peróxido de hidrogênio e gluconato de clorexidina, impactarem em redução da carga viral e/ou diminuição da contaminação dos profissionais que recomendam seu uso ao paciente com Covid-19³²⁻³³.

Pondera-se sobre o risco do uso de substâncias como peróxido de hidrogênio de forma indiscriminada em conjunto com outras substâncias. Estudos têm apontado desenvolvimento de lesões pré-cancerígenas ou cancerígenas relacionadas ao uso de peróxido de hidrogênio³³. Assim, recomenda-se cautela no seu uso e, caso seja adotado, deverá ser utilizado somente com a supervisão do profissional com base em evidência científica e indicação clínica, não sendo recomendada a indicação para o uso doméstico pelo paciente.

5.3.2 Técnicas terapêuticas

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

Quando houver a necessidade de intervenção odontológica, recomenda-se que sejam empregadas, sempre que possível, técnicas manuais, evitando-se ao máximo o uso da caneta de alta e baixa rotação, seringa tríplice, jato de bicarbonato e ultrassom, visando à diminuição de ações geradoras de aerossóis²⁵.

- Para aqueles procedimentos que necessitem do uso de equipamentos que emitam aerossóis, como caneta de alta rotação para acesso à polpa dentária, recomenda-se esterilização desse equipamento antes e após o atendimento. O seu uso deverá ser em conjunto com o sugador de alta potência^{12, 25}.
- O uso do isolamento absoluto é uma importante medida, sendo recomendado, sempre que possível, para minimizar a propagação de fluidos^{12, 25}.
- O sugador de alta potência também contribui para diminuição da dispersão de fluidos oriundos da cavidade bucal^{12, 25}.



- Os profissionais devem optar por utilizar fio de sutura reabsorvível, sempre que possível, para eliminar a necessidade de uma consulta de retorno para remoção da sutura^{12, 25}.
- Deve-se evitar o uso da seringa tríplice, que libera água em forma de névoa, visto que a pressão de ar em conjunto com água pode colaborar para a disseminação de gotículas com carga viral no ambiente^{12, 25}.

6. TELEODONTOLOGIA

6.1 Histórico

Diante dos avanços tecnológicos acumulados ao longo das últimas décadas, no campo da saúde, as ações de saúde mediadas pelo uso de tecnologias vêm sendo discutidas enquanto ferramentas de apoio ao cuidado. Em 1997, a Organização Mundial de Saúde definiu como telessaúde a oferta de serviços ofertados por profissionais de saúde com o uso de tecnologias de informação e comunicação, e voltados à oferta do cuidado em saúde sobretudo em circunstâncias em que a distância ou isolamento geográfico dificultam o acesso³⁴. A utilização de tais recursos pode ser voltada à educação continuada dos profissionais de saúde, para a ampliação das possibilidades de cuidado e para finalidades gerenciais dos serviços de saúde, de modo a sempre priorizar a saúde das pessoas. No contexto de uma pandemia na qual fatores espaciais são fundamentais para a prevenção da disseminação dos vírus, tais como a restrição ao quantitativo de pessoas em certos espaços, aglomerações e medidas de distanciamento social em geral, a telessaúde vem sendo adotada em diversos locais com o papel de apoiar a prestação de informações para as pessoas, a reorganização do acesso, complementação do cuidado e monitoramento das condições de saúde das pessoas.

No Brasil, as ações de telessaúde vêm sendo implementadas desde 2006 e tem agregado consideravelmente na implementação de tecnologias no âmbito da saúde³⁵⁻³⁶. Esse sistema foi importante para a qualificação dos profissionais de saúde, além de envolver ações como as teleconsultorias, telemonitoramento, telediagnóstico, entre outros. Na odontologia, o uso das tecnologias da informação e comunicação (TIC) tem avançado, e a implantação de Núcleos do Telessaúde vem contribuindo para tal avanço. Os Núcleos constituem-se em serviço de suporte remoto* aos serviços de assistência à saúde e possibilitam a interação a distância entre profissionais de saúde ou entre estes e usuários, por meio do uso de tecnologias da informação e comunicação.



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

6.2 Possibilidades de aplicação no SUS

No que se refere à regulamentação da utilização dessas ferramentas pelos profissionais de saúde bucal, o Conselho Federal de Odontologia elaborou a resolução N° 226/2020²⁴, que define a teleodontologia e os recursos a serem utilizados dentro de limites estipulados. Portanto, em 2020, e no contexto da pandemia, com base na referida resolução, foi permitido o uso da teleodontologia ou odontologia a distância mediada por tecnologias. Assim, é primordial seu entendimento e as construções derivadas dessa resolução no setor público. No que tange à prestação de assistência, o CFO traz dois conceitos-chaves nessa normativa:

- A teleorientação pode ser entendida pelo ato de orientar por meios digitais ou telefone; esse mecanismo constitui uma forma de coletar informações (questionário pré-clínico) e orientar sobre situações de saúde²⁴.
- O telemonitoramento permite que o dentista verifique questões de saúde e mantenha contato para verificar a evolução daquela condição do paciente já acompanhado por aquele serviço²⁴.

Ainda no campo da teleodontologia, o CFO publicou a Resolução n° 228/2020³⁷, por meio da qual, para fins de adequação ao contexto do SUS (**Figura 11**), é possibilitado que cada localidade utilize sistema/plataforma própria de mediação tecnológica para ofertar a teleconsulta. Dessa forma, os municípios que tiverem seus próprios recursos tecnológicos de mediação podem implementar a teleconsulta³⁷. Nessa direção, depreende-se que cada localidade e o próprio Ministério da Saúde podem utilizar sistemas/plataformas para a realização das teleconsultas e suas possíveis derivações, tais como prescrições, atestados e solicitações de exames.



Figura 11 - Teleodontologia e sua oferta de cuidado.



Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

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

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

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



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

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

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

O que o cirurgião-dentista pode fazer:	O que cirurgião-dentista não pode fazer:
Solicitar informações aos usuários sobre as queixas odontológicas, como: História odontológica (presença de dor, lesões ou outros sintomas e sinais na cavidade oral). Verificando aqueles que devem ser priorizados no atendimento e monitorados com base seus quadros e condições.	Os profissionais não devem emitir diagnóstico aos usuários por meio da teleodontologia.
Questionar aos usuários sobre presença de sintomas respiratórios que se relacionam à Covid-19: Tosse seca Falta de ar Coriza	O profissional não deve utilizar ou orientar o uso dos usuários de ferramentas automáticas de perguntas e respostas (Chatbot) na teleconsulta odontológica.
Questionar aos usuários sobre a saúde sistêmica, verificando aqueles que são do grupo de risco.	
Questionar aos usuários se há algum fato sobre a condição de saúde geral que queira relatar?	
Orientar o usuário sobre ações prévias à consulta: <ul style="list-style-type: none"> No dia do atendimento, o profissional deve orientar o usuário a se deslocar e permanecer na unidade de saúde de máscara até o início do atendimento. 	

continua



conclusão

O que o cirurgião-dentista pode fazer:	O que cirurgião-dentista não pode fazer:
<ul style="list-style-type: none">• Caso apresente sinais ou sintomas de síndrome gripal, o profissional deve reagendar a consulta do usuário e comunicá-lo sobre o adiamento de sua consulta. Em caso de urgência, o profissional deverá solicitar que o usuário se desloque para a unidade para medicá-lo. Naqueles casos em que há o consultório virtual, enviar a receita para o usuário. Se o quadro não tiver remissão, o atendimento deve ser realizado, a exceção para essa proposição são as gestantes que quando citarem algum quadro agudo devem ser imediatamente atendidas e ter a oferta de cuidado necessário.• O profissional deve orientar os usuários a chegar na unidade de saúde somente no horário da consulta, evitando aglomeração de pessoas em recepções ou outros espaços.	
O profissional deve orientar os usuários sobre hábitos saudáveis que devem ser realizados para manutenção da saúde bucal e monitorar condições, informando que, caso alguma condição se agudize, o usuário deve procurar o serviço urgentemente.	
O profissional pode emitir receitas e atestados aos seus usuários por meio da consulta virtual desde que os locais onde es atuam forneça subsídio para instrumentalização dessa questão, além de o profissional estar habilitado para emissão desses documentos. Salienta-se que é necessário o uso racional dos medicamentos, prescrevendo somente para casos em que o usuário está impedido se de deslocar à USF/UBS para realizar o procedimento.	

Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde.



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

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

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

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

6.3 Registro das informações da teleconsulta odontológica

A Portaria nº 526, de 24 de Junho de 2020¹⁸, criou o procedimento de teleconsulta no SUS com habilitação do cirurgião-dentista (CBO 2232), permitindo que esse profissional execute e registre no sistema de informação esse procedimento. Na Atenção Primária, o registro deve ocorrer no PEC, ficha CDS ou outro prontuário que permita envio para o Sistema de Informações da Atenção Básica (Sisab). Na Atenção Especializada, essa informação pode ser inserida no BPAC/BPAI e enviada por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), sendo o código do procedimento na tabela SIGTAP o 03.01.01.025-0 TELECONSULTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA¹⁸.

Para mais informações sobre a estratégia e-SUS acesse:⁴¹

<https://aps.saude.gov.br/ape/esus>

6.4 Certificação digital/Assinatura eletrônica

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



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

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

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

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

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

6.5 Consultório Virtual

Para viabilizar um meio de atendimento remoto à população pelos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), o Ministério da Saúde desenvolveu o Consultório Virtual de Saúde da Família em parceria com o Hospital Albert Einstein⁴³.

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



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

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

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

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

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

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

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

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

O manual do Consultório Virtual remete às principais considerações de como acessar o sistema e cadastrar os profissionais. Orienta-se a leitura desse documento para elucidar sobre essas proposições:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_consultorio_virtual_saude_familia290420_v2.pdf⁴⁴

Após a fase do cadastro, o Albert Einstein verificará as informações fornecidas e confirmará se os inscritos atendem a todos os critérios. O cadastro será validado,



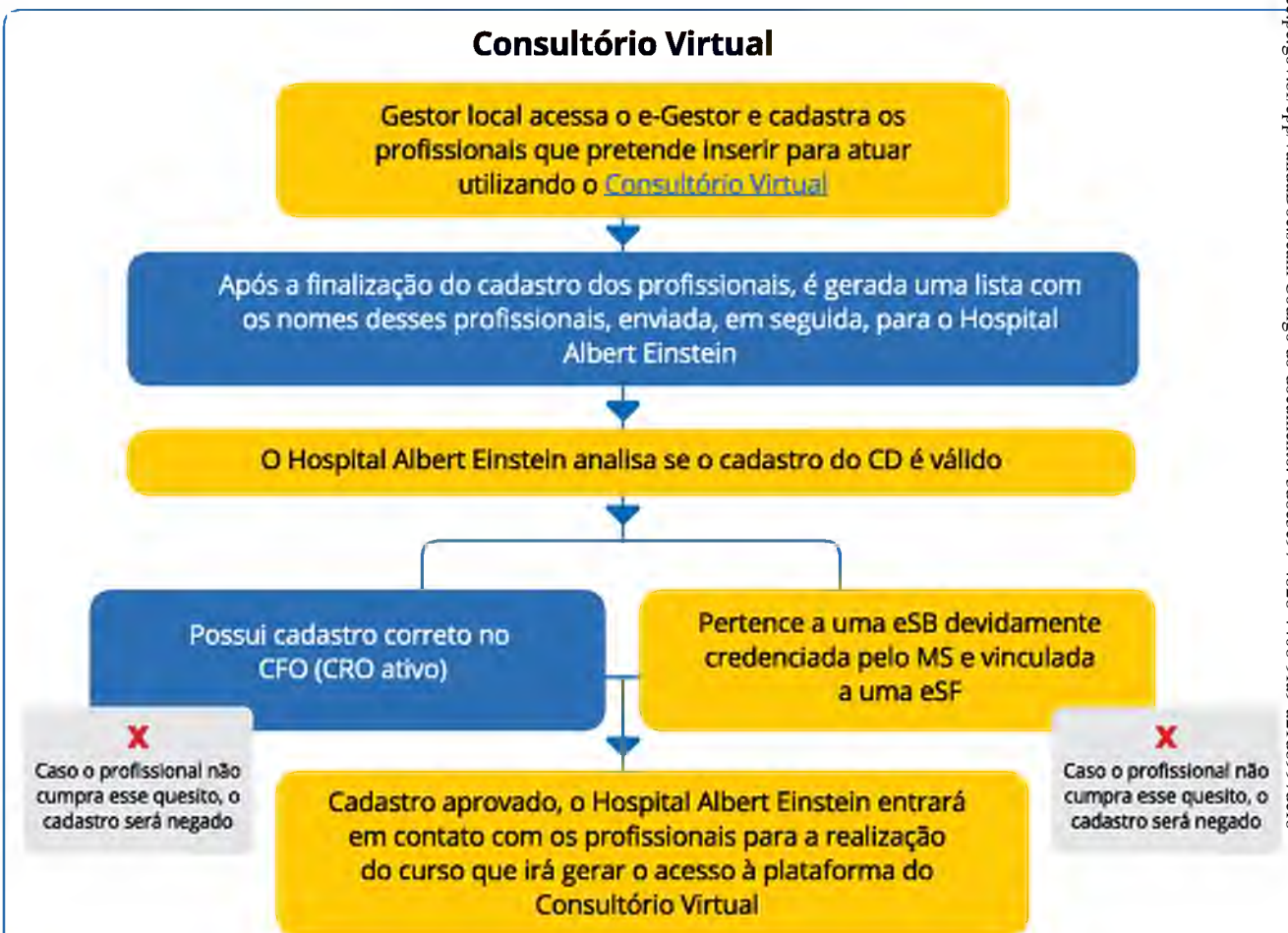
e o hospital entrará em contato com os profissionais para realização do curso que possibilitará a emissão de assinaturas digitais para esse profissional no sistema fornecido por esse órgão.

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

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



Fluxo 1 - Fluxograma do cadastro no Consultório Virtual



O Consultório Virtual vai ofertar o meio de comunicar com o usuário?

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

Quem pode estar no Consultório Virtual?

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

O que o Consultório Virtual vai permitir na Odontologia?

A emissão de atestados e receitas com certificação digital.

O Consultório Virtual substitui o registro em prontuários?

Não, esse sistema somente auxilia na emissão de documentos. Todas informações coletadas na teleconsulta odontológica devem ser inseridas no PEC-SUS ou em outro prontuário.

Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde.



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

A ocorrência das **infecções relacionadas à assistência à saúde** (Iras) é um grave problema de saúde pública mundial, acarretando aumento da letalidade, prejuízos financeiros, com o prolongamento do período de internação e danos à imagem das instituições⁴⁵⁻⁴⁶.

A prevenção e o controle da Iras constitui uma das prioridades do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)⁴⁷. Com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, o PNSP estabelece como um dos pilares para a prevenção desses e demais eventos adversos a adesão às práticas baseadas em evidências⁴⁷. Dessa forma, considerando os riscos envolvidos, os profissionais de saúde bucal devem observar as boas práticas de funcionamento nos serviços odontológicos, de maneira a prevenir e controlar as Iras, promovendo a melhoria da qualidade e segurança da assistência prestada.

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

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

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



importante aliada para a aplicação das boas práticas nos serviços odontológicos. As referidas barreiras de segurança visam padronizar as condutas das equipes de saúde bucal, tornando os processos de trabalho mais seguros, tanto para os profissionais, quanto para os pacientes⁵⁰⁻⁵¹.

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

Neste documento, visando facilitar a aplicação prática das medidas pelo profissional, serão descritas a seguir, de forma sucinta, as principais medidas para a prevenção e controle de Iras na assistência odontológica, especialmente as que estão relacionadas às formas de transmissão do Sars-CoV-2, envolvendo medidas de prevenção no pré-atendimento aos pacientes, medidas de Prevenção, Processamento de Produtos para a Saúde-PPS, limpeza e desinfecção de superfícies e tratamento de resíduos¹².

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

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

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



tendo em vista o risco de exposição a sangue e demais secreções, pele não íntegra e mucosas. Já as precauções específicas são definidas considerando as formas de transmissão envolvidas⁵⁷⁻⁵⁹.

As medidas de precaução por aerossóis devem ser aplicadas frente a doenças causadas por micro-organismos transmitidos por aerossóis, como é o caso da tuberculose, sarampo, varicela e herpes zoster⁵⁸⁻⁵⁹. Importante destacar que as precauções específicas devem sempre ser associadas às precauções-padrão⁵⁸⁻⁵⁹.

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

Para visualizar figuras sobre precauções-padrão, precauções de contato e precauções para aerossóis para nortear uma boa prática, veja o Anexo 1.

Tendo como base o alto risco para a disseminação do Sars-CoV-2 na assistência odontológica, é recomendada a adoção de precauções para contato e para aerossóis, somados às precauções padrão, para todos os pacientes e em todos os atendimentos odontológicos¹².

7.2 Equipamentos de Proteção Individual-EPI

Considerando as medidas de precaução e de proteção profissional a serem adotadas para prevenir a disseminação do Sars-CoV-2 nos serviços odontológicos, o uso de EPI deve ser completo para todos os profissionais de saúde bucal no ambiente clínico¹², de acordo com o atendimento a ser realizado e da realidade local.

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



- **Máscaras N95/PFF2 ou equivalente:** Utilizada em todos os procedimentos odontológicos. Cabe ao cirurgião-dentista/gestor do serviço de saúde a decisão para estender o tempo de uso da máscara baseando-se nas recomendações do fabricante do produto e desde que as máscaras não estejam com sujidades, molhadas ou não íntegras¹². Instruções sobre colocação das máscaras, bem como testes de vedação da N95/PFF2, necessários para garantir o selamento, estão disponíveis no vídeo [Precauções padrão e adicionais - Youtube](#) ^{12 e 59}

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

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

- **Capote ou avental de mangas longas e impermeável:** Deve ter estrutura impermeável e gramatura mínima de 50 g/m². Em situações de escassez de aventais impermeáveis com gramatura superior a 50 g/m², admite-se a utilização de avental de menor gramatura (no mínimo 30 g/m²), desde que o fabricante assegure que esse produto seja impermeável¹².

A utilização de duas luvas com objetivo de reduzir risco de contaminação no processo de desparamentação não está indicada, pois pode passar uma falsa sensação de proteção, já que é sabido o potencial de contaminação através de microporos da superfície da luva, além de tecnicamente poder dificultar o processo de remoção¹²

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



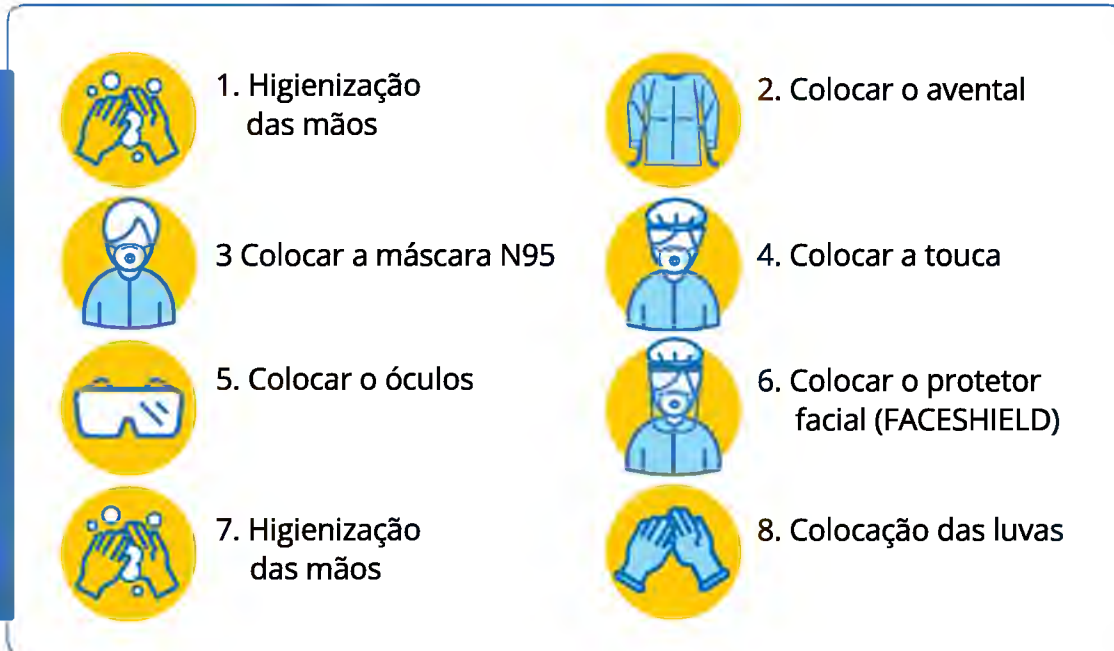
Além do uso do EPI, orienta-se que profissional esteja com sapato fechado e adequado para a prática clínica.

Destaca-se que caberá ao gestor local a aquisição e a disponibilização dos EPI adequados para que a prática clínica ocorra de forma segura. Devem ainda ser observadas as condições ideais para o uso, manipulação, acondicionamento, armazenamento e descarte de EPI nos serviços odontológico¹².

Os profissionais de saúde bucal devem aderir à sequência-padrão de paramentação e desparamentação dos EPI (vide precauções a serem adotadas por todos os serviços de saúde durante a assistência). Considerando que uma das principais vias de contaminação do profissional de saúde é no momento da desparamentação, é fundamental que todos os passos de higiene de mãos entre a retirada de cada EPI sejam rigorosamente seguidos¹². A sequência de paramentação e desparamentação pode ser vista nas **Figuras 12 e 13**.

Figura 12 - Sequência de paramentação-padrão.

CUIDADOS NA COLOCAÇÃO DOS EPI



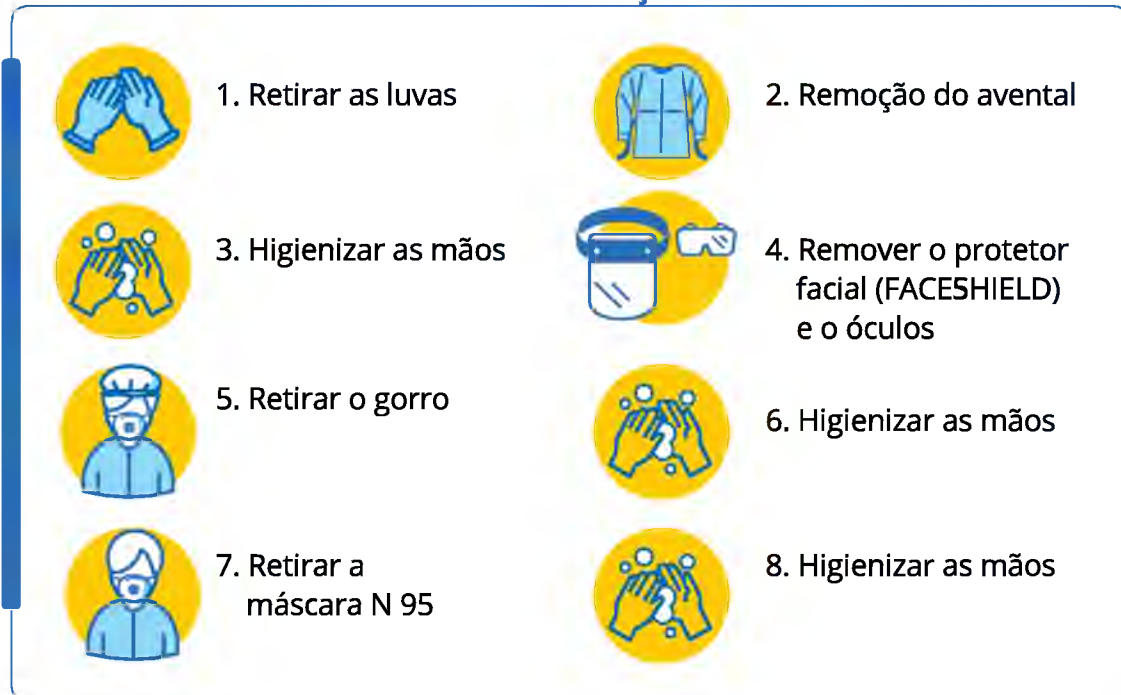
Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde.



*Ao realizar o teste de vedação com uma máscara individual já utilizada, deve ser feita a higienização das mãos antes de seguir a sequência de paramentação¹².

Figura 13 - Sequência de desparamentação¹².

CUIDADOS NA REMOÇÃO DOS EPI



Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

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



7.3 Higiene das mãos

A higienização das mãos é uma das medidas mais importantes para aumentar a segurança do paciente e prevenir as Iras⁶⁰⁻⁶¹, além de ser uma das medidas mais importantes na prevenção da disseminação do Sars-CoV-2 e outros micro-organismos¹². Pode ser realizada com sabonete líquido (associado ou não a antisséptico) e água ou com preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas líquida, gel, espuma entre outras⁶²⁻⁶³.

Os pacientes devem ser orientados a higienizar as mãos antes e após os atendimentos odontológicos. Os profissionais de saúde bucal devem fazer a higiene das mãos seguindo os "cinco momentos da higiene das mãos" e usando a técnica adequada^{63, 64}. Veja os "cinco momentos da higiene das mãos" na **Figura 14** e a sequência de higiene de mãos com preparação alcoólica e sabonete líquido e água nos Anexos 2 e 3.

Figura 14 - Os 5 momentos para higiene das mãos.



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

Fonte: Adaptado OMS, 2014 (tradução de OPAS/OMS e Anvisa), 2014⁶⁴.



7.4 Gestão da qualidade do ar

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

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

A **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020¹²** enfatiza a importância de assegurar a qualidade e renovação do ar, de forma a estabelecer ambientes mais seguros, considerando as formas de transmissão da Covid-19 e os protocolos de climatização do ar vigentes na ABNT NBR 7256 - Tratamento de ar em estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) - Requisitos para projeto e execução das instalações ⁶⁵.

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

Alguns estudos inferem que as gotículas contaminadas pelo Sars-CoV 2 podem ficar nas superfícies dos consultórios após uso de instrumentos que propaguem aerossóis, assim orienta-se para atentar-se para maiores intervalos de tempo entre as consultas, com vistas a proporcionar maior tempo para a adequada descontaminação dos ambientes²⁵. **Orienta-se aguardar, pelo menos, 30 minutos após consulta com o uso de equipamentos que gerem aerossol para iniciar a descontaminação do ambiente. Ainda não há precisão do tempo necessário para que o ambiente esteja apto para atendimento com maior seguridade, visto que muitos fatores influenciam no processo de renovação do ar, como janelas, portas, presença de filtros e dimensão dos ambientes. Assim, são necessários estudos com delineamento específico para elucidar essa questão⁶⁶.**



7.5 Limpeza e desinfecção de superfícies

Durante a execução dos procedimentos, especialmente aqueles que envolvem a produção de aerossóis, muitas superfícies dos serviços odontológicos são contaminadas com sangue, saliva e demais materiais orgânicos¹².

Considerando o já mencionado, de que o Sars-CoV-2 também pode ser transmitido por meio do contato indireto, por meio de superfícies contaminadas, entre outras, e que pode permanecer nos ambientes por longos períodos, variando de 2h a 9 dias⁷⁻⁸, é indicada a limpeza e desinfecção de todas as superfícies do consultório odontológico^{7-8, 12}. Assim, orienta-se também que no consultório odontológico permaneçam somente os itens primordiais e necessários para a oferta do cuidado, evitando que no espaço constem outros itens que podem acumular indiretamente em sua superfície o vírus.

Além disso, as descontaminações das moldagens/estruturas protéticas deverão ser realizadas de forma criteriosa e, a cada etapa, com troca entre consultório e laboratório. Segundo o material da Abeno 2020⁶⁷, orienta-se que a higienização das moldagens ocorra de forma cuidadosa, em cubas de água, evitando usar o jato da torneira e, assim- propagar gotículas pelo contato da superfície da moldagem com a água. É necessário compreender que a superfície da moldagem pode conter saliva e sangue, ou seja, material biológico que pode estar contaminado. Deverão ser observadas questões sobre a secagem dos materiais bem como seu acondicionamento adequado de acordo com o tipo de material e suas recomendações⁶⁸⁻⁷⁰.

Para saber mais acesse:

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

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

7.5.1 Desinfetantes

O Sars-CoV-2 consiste em vírus envelopado e apresenta membrana celular lipídica, facilmente rompida pelos desinfetantes para uso hospitalar¹².

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



seleção dos desinfetantes deve considerar as vantagens e desvantagens de cada produto^{12,73}.

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

- Álcool (70 %): Ótima ação germicida, age por fricção, nível médio de ação, tem espectro tuberculicida, bactericida, fungicida, virucida, não esporicida, sendo de fácil aplicação, porém volátil⁷³.
- Hipoclorito de sódio (1%): Age por fricção, nível médio, bactericida, fungicida, virucida e esporicida, de ação rápida, é indicado para superfícies e artigos não metálicos apresentando como desvantagem o fato de ser material termossensível, instável, corrosivo, inativado na presença de matéria orgânica⁷⁴⁻⁷⁵.

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

Portanto, preconiza-se a limpeza das superfícies com detergente neutro, seguida da desinfecção com uma dessas soluções desinfetantes ou outro desinfetante padronizado pelo serviço de saúde, desde que esteja regularizado junto à Anvisa e seguindo as orientações previstas na publicação da Anvisa^{20,76}: "Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies", 2012⁷⁷.

7.5.2 Processos de Limpeza

A limpeza das superfícies das áreas do consultório odontológico deve ser concorrente, imediata ou terminal^{12,77}:

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

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



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

7.5.3 Frequência de limpeza e desinfecção

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

Observações¹²:

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

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

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



Consultórios Odontológicos Coletivos ^{12, 54}

1. Devido aos riscos ampliados de uma contaminação cruzada associada aos aerossóis produzidos durante o atendimento simultâneo, recomendamos fortemente que sejam inseridas entre os equipos, divisórias até a altura do teto, de material liso, impermeável e de fácil limpeza e desinfecção. As divisórias devem ser submetidas a processos de limpeza e desinfecção diários.
2. A limpeza concorrente e a terminal das superfícies e de todos os ambientes devem ser criteriosas, seguindo os procedimentos recomendados nessa neste material.
3. Orientamos que quando for impreterível a realização de procedimentos potencialmente geradores de aerossóis, além das medidas citadas para a redução dos aerossóis e renovação do ar, devem ser adotadas, preferencialmente, medidas como o planejamento, para que esses procedimentos sejam os últimos do dia (1 (um) paciente por vez, com a utilização de apenas 1 (um) dos equipos); restrição do número de profissionais durante a realização dos mesmos; procedendo, em seguida, à limpeza e desinfecção terminal de todos os ambientes.

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

- Recomenda-se otimização do cuidado, ou seja, que o maior número de procedimentos odontológicos seja feito para diminuir a ida dos usuários a unidade.
- Recomenda-se que o dispensador de materiais odontológicos fique em armários longe das cadeiras odontológicas para que não sejam contaminados por gotículas ou aerossóis.
- Recomenda-se que os planos de tratamento sejam elaborados anteriormente e os materiais odontológicos sejam usados de acordo com a previsão de tratamento a ser aplicado no dia e separados antecipadamente.
- Recomenda-se que não haja dispensador de algodão único e que os materiais odontológicos sejam separados anteriormente aos atendimentos. Algodão, gaze e demais materiais de uso único podem ser previamente separados em porções menores, individuais, conforme o procedimento a ser realizado.



- Recomenda-se que não seja usada espátula que tenha tido contato com fluido salivar para retirada de resina composta das bisnagas, a fim de diminuir risco de contaminação cruzada. A mesma recomendação deve ser adotada na manipulação de outros insumos de uso comum. Por exemplo, é interessante que os profissionais já tenham quantidades destacadas, fracionadas ou porcionadas. Também é importante atentar quanto ao uso de placa de vidro para espatulação de materiais odontológicos; durante a pandemia é recomendável utilizar bloco de papel impermeável descartável específico para espatulação de materiais.
- Recomenda-se que objetos de uso pessoal dos profissionais de saúde bucal não fiquem expostos no consultório.
- Não se recomenda o uso de adornos como brincos, tanto pelo paciente quanto pelos profissionais, principalmente durante a realização de procedimentos geradores de aerossóis.
- Materiais como lápis e canetas, blocos de receituário, guias de encaminhamento e de solicitação de exames devem permanecer em gavetas ou armários fechados e serem expostos ao ambiente somente quando da utilização pelo profissional.
- Não é recomendado que itens pessoais de higiene bucal sejam acondicionados nas unidades de saúde. Deve-se orientar aos pacientes que façam troca de escova dental caso ele tenha sido confirmado para Covid-19 e que fique acondicionada em local apropriado, afastado de outros membros da família. Também é importante orientar pela troca de escova dentária caso tenha tido contato com a escova de caso confirmado de Covid-19.
- Pacientes que fazem uso de prótese total ou prótese parcial removível devem receber orientação especial quanto ao momento da retirada da prótese da boca para o atendimento clínico tanto no sentido de não tocar com sua saliva as superfícies do consultório quanto para não levar a mão à boca podendo se contaminar. Da mesma forma, ao reinserir a prótese na boca, atentar para a mesma sequência de cuidados.
- Recomenda-se que os pacientes sejam orientados a higienizar as mãos e antebraços antes e após os tratamentos odontológicos, que sejam atendidos com óculos de proteção e que, ao retornarem às suas casas, sejam orientados a retirar e lavar as roupas que usaram durante o atendimento odontológico, principalmente quando tiverem sido submetidos a procedimentos com geração de aerossol. É importante que o usuário seja orientado a usar máscara de uso pessoal antes e após as consultas odontológicas.



- Em caso de atendimento a pessoa com deficiência ou pessoa com necessidade especial que precise de acompanhante, recomenda-se que os profissionais de saúde bucal aconselhem o acompanhante a seguir as mesmas orientações de higiene das mãos e antebraços após os atendimentos, bem como a usar óculos de proteção durante os procedimentos.

7.7 Processamento de produtos para a saúde

O Processamento dos Produtos para a Saúde (PPS) compreende etapas bem definidas, que devem ser cuidadosamente observadas, a fim de mitigar o risco de infecções cruzadas: pré-limpeza, recepção, limpeza, secagem, avaliação da integridade e da funcionalidade, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição para as unidades consumidoras⁷⁷⁻⁷⁸.

De acordo com a RDC Anvisa nº 15/2012⁷⁹, os produtos para saúde críticos são produtos para a saúde utilizados em procedimentos invasivos com penetração de pele e mucosas adjacentes, tecidos subepiteliais e sistema vascular, incluindo também todos os produtos para saúde que estejam diretamente conectados com esses sistemas; produtos para saúde semicríticos, que entram em contato com pele não íntegra ou mucosas íntegras colonizadas; produtos para saúde não críticos, que entram em contato com pele íntegra ou não entram em contato com o paciente.

Há uma grande possibilidade de contaminação de PPS semicríticos durante os procedimentos odontológicos. Dessa forma, recomenda-se que todos os PPS críticos e os semicríticos termoresistentes utilizados em atendimentos odontológicos sejam submetidos à esterilização⁸⁰.

Os estudos demonstram que os dispositivos odontoiológicos conectados ao ar ou às linhas de água, tais como as peças de mão de alta e baixa velocidade, contra-ângulos de profilaxia, pontas ultrassônicas e sônicas, dispositivos de abrasão a ar e as seringas tríplice apresentam um grande risco de contaminação dos componentes internos após o seu uso, devendo ser também ser esterilizados⁸¹⁻⁸³.

De maneira a prolongar a vida útil das peças de mão, faz-se necessária a atenção aos procedimentos específicos recomendados na literatura para a limpeza e esterilização desses PPS⁸³⁻⁸⁴.



Considerando os riscos de disseminação do Sars-CoV-2 nos serviços odontológicos, salienta-se a importância de cuidados na execução das etapas do reprocessamento, de forma a evitar a contaminação do profissional e garantir um processo adequado⁷⁸. Dessa forma, torna-se essencial a elaboração e instituição de Protocolos e Procedimentos Operacionais Padrão (POP) voltados para o estabelecimento das boas práticas de processamento de PPS nos serviços odontológicos do país^{50, 52}. Os documentos devem ser elaborados atendendo às evidências científicas e legislações sanitárias vigentes e seguidos por todos os profissionais envolvidos.^{48, 49, 83}

8. TRATAMENTO DE RESÍDUOS

De acordo com o que se sabe até o momento, o Sars-CoV-2 pode ser enquadrado como agente biológico classe de risco 3, segundo a Classificação de Risco dos Agentes Biológicos⁸⁰, publicada em 2017, pelo Ministério da Saúde, sendo sua transmissão de alto risco individual e moderado risco para a comunidade. Dessa forma, todos os resíduos provenientes da assistência a pacientes nos serviços odontológicos devem ser enquadrados na categoria A1, conforme Resolução RDC/Anvisa nº 222/18⁷³, que estabelece os critérios para o acondicionamento, a coleta interna, o transporte interno, transporte externo e o encaminhamento para o armazenamento externo no abrigo para esses resíduos¹².

Observações:

- Ressalta-se que, apesar de a RDC 222/2018⁷³ definir que os resíduos da categoria A1 tenham que ser acondicionados em saco vermelho, considerando o contexto da pandemia da Covid-19 no país, onde pode haver escassez de insumos, **excepcionalmente** o serviço de saúde poderá utilizar os sacos brancos leitosos com o símbolo de infectante para acondicionar esses resíduos¹².
- Conforme a RDC/Anvisa nº 222/18⁷³, os serviços de saúde devem elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS, que é o documento que aponta e descreve todas as ações relativas ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, observadas suas características e riscos, contemplando os aspectos referentes à geração, identificação, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, destinação e disposição final ambientalmente adequada, bem como as ações de proteção à saúde pública, do trabalhador e do meio ambiente.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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



REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-comopandemia&catid=1272&Itemid=836
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 454/GM/MS, de 20 de março de 2020. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587>. Acesso em: 01/10/2020
3. Brasil. Ministério da Saúde. Coronavírus, o que você precisa saber?. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/>. Acesso em 01/10/2020
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTAL DA SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE. DISPONÍVEL EM: <HTTPS://APS.SAUDE.GOV.BR/>. ACESSO EM 10/08/2020
5. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica | Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. Brasília. 2020.
6. Chen, N. et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet 395, 507–513 (2020).
7. Meng L, Hua F, Bian Z. Coronavirus Disease 2019 (Covid-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine. J Dent Res 2020; DOI: 10.1177/0022034.
8. Peng, X., Xu, X., Li, Y. et al. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. Int J Oral Sci 12, 9 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41368-020-0075-9>
9. Conselho Federal de Odontologia. O QUE SÃO EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS? Brasil. 2020. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/03/CFO-URGENCIAS-E-EMERGENCIAS.pdf> Acesso em 18/08/2020



10. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. NOTA TÉCNICA Nº9. Covid -19 E ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NO SUS. DISPONÍVEL EM: HTTPS://WEBSITE.CFO.ORG.BR/WP-CONTENT/UPLOADS/2020/03/Covid -19_ATENDIMENTO-ODONTOLOGICO-NO-SUS.PDF
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.565/GM/MS de 18 de Junho de 2020. Estabelece orientações gerais visando à prevenção, ao controle e à mitigação da transmissão da Covid-19, e à promoção da saúde física e mental da população brasileira, de forma a contribuir com as ações para a retomada segura das atividades e o convívio social seguro.
12. Brasil. Anvisa. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>
13. UNASUS. Universidade Aberta do SUS oferece cursos online gratuitos sobre a COVID-19. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/universidade-aberta-do-sus-oferece-cursos-online-gratuitos-sobre-a-covid-19>. Acesso em 03/11/2020
14. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações e manejo de pacientes com Covid-19. Brasília, 2020. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/Covid19-Orientac--o--esManejoPacientes.pdf>. Acesso em 03/11/2020
15. Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde-UNASUS. Especial Coronavirus (Covid -19). Brasil. 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/universidade-aberta-do-sus-oferece-cursos-online-gratuitos-sobre-a-covid-19> ACESSO: 29/10/2020
16. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde (MS); 2002.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária. Carteira de Serviços da APS. Brasília, 2020.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº526 de 24 de Junho de 2020. Inclui, altera e exclui procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.Publicado em: 02/07/2020 | Edição: 125 | Seção: 1 | Página: 49 Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-526-de-24-de-junho-de-2020-264666631>. Acesso em 22/07/2020



19. Brasil. Nota informativa nº1 CGSB/DESF/SAPS. "COLETA DE SWAB POR CIRURGIÕES-DENTISTAS NO SUS". Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200618_N_SEIMS-0014975480-NI1COVID19COLETASWABSUS_2002239356930452608.pdf. Acesso em 03/11/2020
20. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer de Boca Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-boca>. Acesso em 02/10/2020
21. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Relatório sobre o cenário assistencial e epidemiológico do câncer de lábio e cavidade oral no Brasil – 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/relatorios/relatorio-sobre-o-cenario-assistencial-e-epidemiologico-do-cancer-de-labio-e> Acesso em 02/10/2020
22. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil Sorridente. Câncer de Boca. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/cancerboca> Acesso em 02/10/2020
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018
24. Conselho Federal de Odontologia-CFO. Resolução CFO nº226/2020. Odontologia a distância, mediado por tecnologias. Disponível em: <http://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%C3%87%C3%83O/SEC/2020/226>. Acesso em:05/06/2020
25. Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica nº16. Atendimento odontológico e Covid-19. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/corona>
26. Azevedo JS et al. USO E NECESSIDADE DE PRÓTESE DENTÁRIA EM IDOSOS BRASILEIROS Cad. Saúde Pública 2017; 33(8):e00054016
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 116 p.: il. ISBN 978-85-334-1987-2



28. Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Covid -19. Manejo da infecção causada pelo novo coronavírus. Brasil. 2020 Disponível em: <https://mooc.campusvirtual.fiocruz.br/rea/coronavirus/modulo2/aula4.html>. Acesso 10/08/2020
29. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Guidance por Dental Settings. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/dental-settings.html> Acesso em 08/08/2020.
30. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Framework for Healthcare Systems Providing Non-Covid-19 Clinical Care During the Covid-19 Pandemic. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/framework-non-Covid-care.html>. Acesso em 14/07/2020.
31. NZDA. Ministry of health. Guidelines for oral health services at Covid-19 Alert Level 2. Acesso em 15.06.2020. Disponível em: https://www.nzda.org.nz/assets/files/Standards_Guidelines/Dental_Council_and_Ministry_of_Health_Guidelines_for_oral_health_services_at_Covid-19_Alert_Level_2.pdf
32. FRANCO JB; DE CAMARGO AR; PERES MPSM. Cuidados Odontológicos na era do Covid-19: recomendações para procedimentos odontológicos e profissionais REV ASSOC PAUL CIR DENT 2020;74(1):18-21
33. Consolaro A. Bochechos de água oxigenada são carcinogênicos, e indicados livremente na internet! Rev Dental Press Estét. 2013 jul-set;10(3):34-9.
34. Unifesp. Telessaúde. O que é telessaúde?-May Caroline Skelton Macedo. Disponível em: <https://www.telessaude.unifesp.br/index.php/institucional/o-que-e-telessaude> Acesso em 02/10/2020
35. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 452, DE 4 DE MARÇO DE 2010. Institui no âmbito do Ministério da Saúde a Comissão Permanente de Telessaúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0452_04_03_2010.html. Acesso em 03.06.2020
36. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.554, DE 28 DE OUTUBRO DE 2011. “Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes”. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2554_28_10_2011.html. Acesso em 03.06.2020



37. Conselho Federal de Odontologia-CFO. Resolução CFO nº228/2020. Regulamenta o artigo 5º da Resolução CFO 226/2020. Disponível em:<http://website.cfo.org.br/>. Acesso em:05/06/2020
38. American Dental Association – ADA. ADA's interim guidance. Disponível em: https://www.ada.org/~media/CPS/Files/Covid/ADA_Covid_Int_Guidance_Treat_Pts.pdf?utm_source=adaorg&utm_medium=covid-statement-200401&utm_content=cv-pm-ebd-interim-response&utm_campaign=Covid-19. Acesso em 2/04/2020
39. Center for disease and control (CDC), CDC Guidance for Providing Dental Care During Covid-19. 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/oralhealth/infectioncontrol/statement-Covid.html>. Acesso em 27/04/2020
40. National Health Service – NHS. Dental practice. 2020. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/primary-care/dental-practice/>
41. Brasil. Ministério da Saúde. E-SUS. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esus>. Acesso em 03/11/2020
42. Brasil. Lei Nº 14.063, de 23 de setembro de 2020. Dispõe sobre o uso de assinaturas eletrônicas em interações com entes públicos, em atos de pessoas jurídicas e em questões de saúde e sobre as licenças de softwares desenvolvidos por entes públicos; e altera a Lei nº 9.096, de 19 de setembro de 1995, a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, e a Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14063.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20uso%20de,e%20a%20Medida%20Provis%C3%B3ria%20n%C2%BA
43. Brasil. Ministério da Saúde. Consultório Virtual. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8577v> Acesso em 03/11/2020
44. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Consultório Virtual da Família. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_consultorio_virtual_saude_familia290420_v2.pdf. Acesso em 03/11/2020
45. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa; 2017.



46. World Health Organization (WHO). Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. Genebra: Who, 2011. Acesso em 14 jul 2020. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf
47. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, 02 abr 2013.
48. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, 28 nov 2011
49. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº. 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, 26 jul 2013.
50. Bonato, VL. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. O Mundo da Saúde. São Paulo 2011; 35(5): 319-331.
51. Gama ZAS, Saturno PJ. A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2013: p. 29-40.
52. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Nota Técnica GVIMS/ GGTES/ANVISA Nº 06/2020. Orientações Para a Prevenção e o Controle Das Infecções Pelo Novo Coronavírus (Sars-CoV-2) em Procedimentos Cirúrgicos. (Complementar à Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020). Brasília: Anvisa;2020.
53. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Nota Técnica GVIMS/ GGTES/ANVISA Nº 07/2020. ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS INFECÇÕES POR Sars -CoV-2 (Covid -19) DENTRO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE. Brasília: Anvisa;2020.
54. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Covid-19-ANVISA. Brasil. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/category/Covid-19> Acesso em 10/08/2020



55. Harrel, SK.; Molinari, J. Aerosols and splatter in dentistry: a brief review of the literature and infection control implications. The Journal of the American Dental Association,2004;135(4): p. 429-437.
56. World Health Organization (WHO). Novel Coronavirus (2019-nCoV) technical guidance. [Internet]. Genebra: Who; 2020. Acesso 14 jul 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus2019>
57. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings Acesso 14 jul 2020. Disponível em <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>. Acess 14 jul 2020
58. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Cartaz com todas as precauções. [Internet]. Brasília: Anvisa. Acesso em 14 jul 2020. Disponível em https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/cartaz-com-todas-as-precaucoes?category_id=184
59. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Precauções padrão e adicionais. Brasília. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=G_tU7nvD5BI&feature=youtu.be Acesso em 10/08/2020
60. Price L, Melonea L, Mclarnona N, Bunyan D, Kilpatrick C, Flowersa P, Reillya J. A Systematic Review to evaluate the evidence base for the World Health Organization's adopted Hand Hygiene Technique for reducing the microbial load on the hands of Health coworkers. Am. J. Infect. Control 2018; 46: 814–823.
61. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Nota Técnica N° 01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA: Orientações Gerais para Higiene das Mãos em serviços de saúde. Brasília: Anvisa;2018.
62. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Higienização das Mãos. Brasília: ANVISA; 2009.
63. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n° 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país e dá outras providências. Diário Oficial da União; out 2010



64. WHO. Your 5 moments for hand hygiene dental care. Disponível em: <https://www.who.int/gpsc/5may/dental-care.pdf?ua=1> acesso em 10/08/2020
65. ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR. 7256: 2005 Tratamento de ar em estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS)—Requisitos para projeto e execução das instalações. Rio de Janeiro: ABN; 2005.
66. Cochrane. Recommendations for the re-opening of dental services: a rapid review of international sources. Covid -19 Dental Services Evidence Review (CoDER) Working Group. Version 1.3 – 16 th May 2020 includes 16 countries (5 new added). Disponível em https://oralhealth.cochrane.org/sites/oralhealth.cochrane.org/files/public/uploads/covid19_dental_review_16_may_2020_update.pdf . Acesso em 02/10/2020
67. COVID-19. 2. Biossegurança - Ensino odontológico pós - pandemia. 3. COVID-19 - Ensino odontológico. I. Associação Brasileira de Ensino Odontológico. II. Pires, Fabiana Schneider. III. Fontanella, Vania. IV. Título.
68. van Doremalen N , Bushmaker T , Morris DH et al . Estabilidade de aerossol e superfície do Sars - CoV - 2 em comparação com o Sars - CoV - 1 . N Engl J Med 2020 382 : 1564 – 1567
69. Checchi, V., Bellini, P., Bencivenni, D. and Consolo, U. (2020), Covid 19 dentistry related aspects: a literature overview. Int Dent J. doi:10.1111/ijdj.12601
70. Epstein JB, Chow K, Mathias R. Dental procedure aerosols and Covid -19. Lancet Infect Dis. 2020 Aug 10:S1473-3099(20)30636-8. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30636-8. Epub ahead of print. PMID: 32791041; PMCID: PMC7417139
71. Conselho Federal de Odontologia. Manual de boas práticas em biossegurança para ambientes odontológicos. Acesso em 09 de agosto de 2020. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/04/cfo-lanc%CC%A7a-Manual-de-Boas-Pra%CC%81ticas-em-Biosseguranc%CC%A7a-para-Ambientes-Odontologicos.pdf>
72. Conselho Federal de Odontologia. BIOSSEGURANÇA E DESINFECÇÃO DE MATERIAIS DE MOLDAGEM E MOLDES PARA PROFISSIONAIS DE PRÓTESE DENTÁRIA (Cirurgiões Dentistas e TPD). Acesso em 09 de agosto de 2020. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Manual-Desinfeccao-2.pdf>



73. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº. 222 de 28 de março de 2018: Dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, 29 mar 2018.
74. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços Odontológicos Prevenção e Controle de Riscos (Versão 1.1). Acesso em 08 de agosto de 2020. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=271950&_101_type=document
75. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, 2008. Acesso em 08 de agosto de 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/disinfection-guidelines-H.pdf>
76. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº. 222 de 28 de março de 2018: Dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, 29 mar 2018.
77. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2010. 116 p
78. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Processamento De Produtos Para Saúde – Ensino À Distância (EAD). Brasília: Anvisa; 2019
79. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº. 15 de 15 de março de 2015. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 mar 2015
80. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços Odontológicos Prevenção e Controle de Riscos (Versão 1.1). Acesso em 08 de agosto de 2020. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=271950&_101_type=document



81. Hin JR, Miller CH, Palenik CJ. Internal contamination of air-driven low-speed handpieces and attached prophyl angles. J Am Dent Assoc. 2006;137:1275–1280.
82. Tura, F, dos Santos Alves, CF, Kirsten, VR., do Amaral, CF, Dotto, PP, Santos, RCV. (2011). Avaliação da contaminação interna em canetas de alta rotação na prática clínica. Brazilian Dental Science, 2011; 14(3/4): 18-26.
83. Centers For Disease Control And Prevention(CDC). Summary of Infection Prevention Practices in Dental Settings: Basic Expectations for Safe Care. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, US Dept of Health and Human Services; October 2016
84. Alvarenga, CF, Tipple, AFV, Pereira, R.; Medeiros, GLA., REIS, C. Descontaminação de canetas de alta-rotação: um desafio para o controle de infecção em Odontologia. Rev ABO Nac 2010 ;18;1: 436-440



ANEXOS

Anexo 1 - Precauções-padrão, precauções de contato e precauções para aerossóis.

Precaução Padrão

Devem ser seguidas para **TODOS OS PACIENTES**, independente da suspeita ou não de infecções.



Higienização das mãos



Luvas e Avental



Óculos e Máscara



Caixa perfuro-cortante

- **Higienização das mãos:** lave com água e sabão ou fricção as mãos com álcool a 70% (se as mãos não estiverem visivelmente sujas) antes e após o contato com qualquer paciente, após a remoção das luvas e após o contato com sangue ou secreções.
- Use luvas apenas quando houver risco de contato com sangue, secreções ou membranas mucosas. Calce-as imediatamente antes do contato com o paciente e retire-as logo após o uso, higienizando as mãos em seguida.
- Use óculos, máscara e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, para proteção da mucosa de olhos, boca, nariz, roupa e superfícies corporais.
- Descarte, em recipientes apropriados, seringas e agulhas, sem desconectá-las ou reencapá-las.

Precaução de Contato



Higienização das mãos



Avental



Luvas



Quarto privativo

- **Indicações:** infecção ou colonização por microorganismo multirresistente, varicela, infecções de pele e tecidos moles com secreções não contidas no curativo, impetigo, herpes zoster disseminado ou em imunossuprimido, etc.
- Use luvas e avental durante toda manipulação do paciente, de cateteres e sondas, do circuito e do equipamento ventilatório e de outras superfícies próximas ao leito. Coloque-os imediatamente antes do contato com o paciente ou as superfícies e retire-os logo após o uso, higienizando as mãos em seguida.
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, a distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.
- Equipamentos como termômetro, esfigmomanômetro e estetoscópio devem ser de uso exclusivo do paciente.

Precauções para Aerossóis



Higienização das mãos



Máscara PFF2 (N-95)
(profissional)



Máscara Cirúrgica
(paciente durante o transporte)



Quarto privativo

- **Precaução padrão:** higienize as mãos antes e após o contato com o paciente, use óculos, máscara cirúrgica e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, descarte adequadamente os perfuro-cortantes.
- Mantenha a porta do quarto SEMPRE fechada e coloque a máscara antes de entrar no quarto.
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros pacientes com infecção pelo mesmo microorganismo. Pacientes com suspeita de tuberculose resistente ao tratamento não podem dividir o mesmo quarto com outros pacientes com tuberculose.
- O transporte do paciente deve ser evitado, mas quando necessário o paciente deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.

Fonte: Anvisa.



Anexo 2 - Como higienizar as mãos com preparação alcoólica.

Como Fazer a Fricção Anti-Séptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?

Friccione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas!



Duração de todo o procedimento: **20 a 30 seg**



Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.



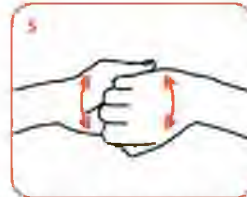
Friccione as palmas das mãos entre si.



Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.



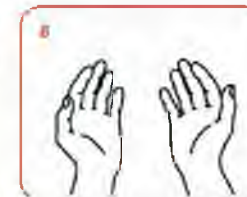
Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



Friccione o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa.



Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.



Anexo 3 - Como higienizar as mãos com água e sabonete líquido.

Como Higienizar as Mãos com Água e Sabonete?

Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas! Senão, fricção as mãos com preparação alcoólica!

Duração de todo o procedimento: 40 a 60 segundos.



Lave as mãos com água



Coloque sabonete



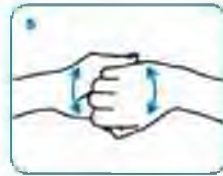
Com movimentos circulares, esfregue a palma das mãos



Depois, esfregue a parte interna dos dedos com movimentos verticais



Junte as mãos e entrelace os dedos para frente e para trás



Em seguida, feche as mãos e esfregue uma na outra com movimentos verticais



Aperte o dedão com uma das mãos e faça movimentos para frente e para trás



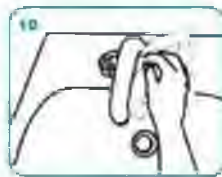
Faça movimentos circulares na palma de uma das mãos



Lave as mãos com água



Enxugue bem com uma folha de papel



Use uma toalha de papel para desligar a água



Pronto, agora suas mãos estão limpinhas

**Anexo 4: Descontaminação de moldagens**

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

Fonte: Adaptado do documento ABENO, 2020



Documento Assinado Digitalmente por: GLEISY TAVARES DE ARAUJO
Acesse em: <https://stc.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 3d8e3c97-4828-4408-9fa9-421db997def8

DISQUE SAÚDE **136**

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



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO
FEDERAL



**CORONAVÍRUS
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**

DISQUE
SAÚDE
136



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





MINISTÉRIO DA SAÚDE

CORONAVÍRUS 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**

Documento Assinado Digitalmente por: GLEISY TAVARES DE ARAUJO
Acesse em: <https://stc.e-ice.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 3d8e3c97-4828-4408-9fa9-421db997de18

DISQUE
SAÚDE
136



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



2020 Ministério da Saúde.



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

A coleção Institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br/bvs.

Tiragem: 1ª edição – 2020 – versão preliminar

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Promoção da Saúde
Coordenação de Saúde das Mulheres
Esplanada dos Ministérios, Bloco G,
Edifício Anexo, Ala B, 4º Andar
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Site: <http://aps.saude.gov.br>

Participação das secretarias do Ministério da Saúde:

Secretaria Executiva
Antônio Elcio Franco Filho
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Raphael Câmara Medeiros Parente
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Luiz Otávio Franco Duarte
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos
Estratégicos do Ministério da Saúde
Hélio Angotti Neto
Secretaria Especial de Saúde Indígena
Robson Santos da Silva
Secretaria de Gestão do Trabalho e
da Educação na Saúde
Mayra Isabel Correia Pinheiro
Secretaria de Vigilância em Saúde
Arnaldo Correia de Medeiros

Direção Geral:

Raphael Câmara Medeiros Parente

Coordenação-Geral:

Antonio Rodrigues Braga Neto
Raphael Câmara Medeiros Parente
Rosiane Mattar

Revisão técnica geral:

Antonio Rodrigues Braga Neto

Elaboração de texto:

Adriana Gomes Luz
Alan Roberto Hatanakaw
Alberto Moreno Zaconeta
Antonio Rodrigues Braga Neto
Évelyn Traina
Fernanda Spadotto Baptista
Gabriel Costa Osanan
Geraldo Duarte
José Geraldo Lopes Ramos

Maria Lúcia Oppermann
Rosiane Mattar
Rossana Pulcineli Vieira Francisco
Silvana Maria Quintana
Sigrid Maria Loureiro de Queiroz Cardoso
Sue Yazaki Sun
Vera Therezinha Medeiros Borges

Colaboração SAPS:

Márcia Helena Leal
Priscilla Rocha de Souza
Caroline Martins Jose dos Santos
Daniela de Carvalho Ribeiro

Centro de Operações de Emergência:

Adelaide Martins Alves (SGTES)
Alessandro Glauco dos Anjos de Vasconcelos (SE)
Camila Ferreira Alves Simões (SESAI)
Demétrio de Lacerda Caetano dos Santos (SGTES)
Etna de Jesus Leal (SVS)
Evandro Medeiros Costa (SCTIE)
Felipe Fagundes Soares (SCTIE)
Fernanda Luiza Hamze (SAES)
Graziela Tavares (SAPS)
Laila Caetano Mendes (SE)
Leonardo de Souza Oliveira (SAPS)
Luana Gonçalves Gehres (SE)
Lucas Santos Ávila (SVS)
Luciana Guilhem de Matos (SVS)
Mariana de Carvalho e Vasconcelos (SCTIE)
Maria Angélica Fontão (SESAI)
Nicole Aimee Rodrigues José (SAPS)
Nivaldo Alves de Moura Filho (SE)
Pâmela Moreira Costa Diana (SAES)
Paulo da Fonseca Valença Neto (SVS)
Sílvia Lustosa de Castro (SCTIE)
Sílvia Rodrigues de Almeida (SAPS)
Victor de Faria Pimenta (SE)

Coordenação editorial:

Júlio César de Carvalho e Silva (SAPS)

Fotografia:

Acervo-SAPS

Revisão:

Cláudia de Amorim Souto

Diagramação e ilustrações:

Roosevelt Ribeiro Teixeira

Normalização:

Editora MS

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.
Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.
64 p.: il.

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_de_recomendacoes_para_a_assistencia_da_gestante_e_puerpera_frente_a_pandemia_de_covid-19_v.1.pdf

ISBN978-85-xxx-xx

1.Assistencia à gestante. 2. Manual de Recomendações. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Covid-19. I. Título.

CDU 616.39

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

Título para indexação:



Documento Assinado Digitalmente por: GLEISY TAVARES DE ARAUJO
Acesse em: <https://stc.e-ice.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 3d8e3c97-4828-4408-9fa9-a21db997de18



CORONAVÍRUS COVID-19

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	05
2 - OBJETIVOS	06
3 - EPIDEMIOLOGIA	07
4 - FORMAS DE TRANSMISSÃO	07
5 - PREVENÇÃO DA DOENÇA	08
6 - QUADRO CLÍNICO E CRITÉRIOS DE GRAVIDADE	09
7 - MORBIDADE OBSTÉTRICA E PERINATAL	12
8 - DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA INFEÇÃO PELO SARS-COV-2	14
9 - FLUXOS DE ATENDIMENTO	19
10 - REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA	28
11- ATENDIMENTO À GESTANTE, PARTURIENTE E PUÉRPERA	30
12 - MANEJO E TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DE GESTANTES E PUÉRPERAS COM COVID-19	39
13 - INDICAÇÕES DE VENTILAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA E ADMISSÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	47
14 - VIGILÂNCIA FETAL NA COVID-19	50
15 - ALEITAMENTO MATERNO E COVID-19	50
16 - ANTICONCEPÇÃO E COVID-19	53
17 - COMO PREVENIR MORTE MATERNA NO MOMENTO DA PANDEMIA.....	54
REFERÊNCIAS.....	58



CORONAVÍRUS COVID-19

1 - INTRODUÇÃO

A pandemia Covid-19, causada pelo SARS-CoV-2, que emergiu no final de 2019 em Wuhan, província de Hubei, na China, se disseminou por todos os continentes, aumentando exponencialmente o número de infectados e ocasionando milhares de mortes no mundo (Zhu et al. 2020). Em nosso país, o número de casos da Covid-19 vem aumentando de forma assimétrica em estados e municípios, e ainda estamos em fase crítica da pandemia em várias regiões do país.

Desde o início da pandemia, chamou atenção em relação à Covid -19 a existência de grupos de risco, especialmente vulneráveis à infecção, principalmente os idosos e os portadores de comorbidades, que apresentavam elevados índices de letalidade (Guan et al. 2020).

Inicialmente intuía-se que, da mesma maneira que havia acontecido com a Infecção pelo H1N1, em razão das modificações próprias da gestação, a Covid-19 fosse mais grave nas gestantes. Entretanto, os primeiros relatos advindos da China mostravam que esta infecção acometia, com a mesma frequência e gravidade, mulheres grávidas e não grávidas (Chen et al. 2020). Desse modo, a preocupação inicial ficou concentrada nas gestantes de alto risco, devido a doenças como hipertensão, diabetes e obesidade, as quais poderiam apresentar pior evolução da Covid-19, de maneira semelhante ao que se observava nas não grávidas.

Embora a maioria dos relatos de literatura mostre que grande parte das gestantes apresenta quadros clínicos leves ou moderados (Sutton et al. 2020) e que de 1 a 5% necessitam de suporte ventilatório e/ou cuidados em unidade de terapia intensiva (UTI), com o aumento do número de casos em diversos países e a análise dos casos ocorridos, foi verificado maior risco de complicações maternas principalmente no último trimestre da gravidez e no puerpério, inclusive com casos de morte materna (Rasmussen et al. 2020). Principalmente nos países em desenvolvimento, as razões de morte materna, neste período de pandemia, mostraram-se aumentadas (Hantoushzadeh et al. 2020).

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.



CORONAVÍRUS COVID-19

Assim, tornou-se fundamental que o Ministério da Saúde estabelecesse um manual para o manejo assistencial da Covid-19 acessível às diversas regiões do país, considerando suas dimensões continentais e heterogeneidade, e às populações indígenas e outros povos e comunidades, por vezes mais vulneráveis aos efeitos dessa infecção. Como a doença foi conhecida recentemente e vários aspectos da sua fisiopatologia são pouco conhecidos, este manual de condutas foi elaborado com base nas melhores evidências científicas disponíveis até o momento. O grupo de trabalho especialmente constituído pelo Ministério da Saúde do Brasil para a confecção deste manual é composto por médicos, professores e pesquisadores devotados ao estudo, pesquisa e tratamento de gestantes e puérperas acometidas pelo SARS-CoV-2.

2 - OBJETIVOS

Este Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera visa orientar o acesso e a horizontalidade da assistência durante a pandemia Covid-19, abordando as vias de transmissão, o diagnóstico precoce e o adequado manejo das gestantes e puérperas nas diversas fases da infecção, definindo diretrizes que evitem a morbimortalidade materna e os agravos ao conceito.



CORONAVÍRUS COVID-19



3 - EPIDEMIOLOGIA

O comportamento da Covid-19 é marcadamente distinto nos diversos países do mundo, e o motivo dessa diversidade é certamente multifatorial, passando por influências socioeconômicas e geográficas. A incidência e a mortalidade dessa infecção também são distintas nas diversas regiões do Brasil.

O Sistema de Vigilância do Ministério da Saúde tem monitorado óbitos de gestantes e puérperas em decorrência da Covid-19 no Brasil. De acordo com o Boletim Epidemiológico Especial, a incidência de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) em gestantes foi 0,9% e ocorreram 199 óbitos por SRAG em gestantes. Em 135 (67,8%) desses óbitos, a SRAG foi causada por Sars CoV-2. Destaca-se que 56,3% das gestantes que morreram estavam no 3º trimestre de gestação e 65 gestantes (48,1%) apresentavam pelo menos um fator de risco ou comorbidade associada (Boletim Epidemiológico Especial - Doença pelo Coronavírus Covid-19. Semana Epidemiológica 31. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde do Brasil). Das gestantes que evoluíram para óbito por SRAG por Covid-19, 74 (54,8%) foram internadas em UTI. Destas, 54 (73,0%) fizeram uso de suporte ventilatório invasivo.



4 - FORMAS DE TRANSMISSÃO

1. Saliva e secreções respiratórias:

A transmissão do SARS-CoV-2 pode ocorrer pelo contato direto, indireto ou próximo com pessoas infectadas por meio da saliva e secreções respiratórias expelidas com tosse, espirros, fala ou canto.

1a) Contato direto: secreções respiratórias expelidas por indivíduo infectado contêm gotículas e aerossóis contaminados pelo vírus, que, transportados pelo ar, podem alcançar a mucosa (oral, nasal ou ocular) de pessoa suscetível.

- Gotículas respiratórias: partículas de maior tamanho que depositam mais rapidamente.
- Aerossóis: partículas de menor tamanho que permanecem infectantes suspensas no ar por longas distâncias e tempo (até 3 horas). Procedimentos médicos que geram aerossóis (intubação, nebulização, coleta de material de via aérea superior e inferior) são fontes conhecidas de contaminação dos profissionais de saúde.



CORONAVÍRUS COVID-19

1b) Contato indireto: a transmissão ocorre quando o indivíduo suscetível toca objetos ou superfícies contaminadas por gotículas respiratórias e, em sequência, toca o rosto, boca, nariz ou olhos (transmissão por fômites) (Wiersinga et al. 2020).

2. Transmissão materno-fetal:

A transmissão vertical pode ocorrer por via transplacentária, durante o parto e durante a amamentação. A capacidade de transmissão do SARS-CoV-2 pelo sangue ainda é incerta. Foi descrita viremia transitória e com baixa carga viral em 1% dos pacientes sintomáticos, sugerindo que a via placentária de transmissão viral seja provável, mas não frequente (Wiersinga et al. 2020).

O aleitamento materno tem sido muito discutido, pois fragmentos de RNA viral foram encontrados por RT-qPCR em algumas amostras de leite de mulheres infectadas pelo SARS-CoV-2, mas na etapa de isolamento do vírus no leite, não foram encontrados vírus viáveis competentes para replicação e capazes de causar infecção.

A OMS entende que os benefícios do aleitamento materno superam largamente o baixo risco da transmissão vertical.



5 - PREVENÇÃO DA DOENÇA

Até este momento, a prevenção da Covid-19 se baseia em isolamento de casos e contatos, distanciamento social, uso de máscaras e práticas de higiene, incluindo etiqueta respiratória e lavagem correta das mãos com água e sabão. Essa orientação deve ser mantida e reforçada para gestantes e puérperas.

Em caso de sintomas gripais e/ou respiratórios, recomenda-se o isolamento tanto para a pessoa sintomática quanto para aqueles que residem no mesmo endereço, ainda que estejam assintomáticos.

Entre os profissionais de saúde que examinam as gestantes, a higiene das mãos deve ocorrer antes da colocação e remoção dos equipamentos de proteção individual e do exame de cada paciente.

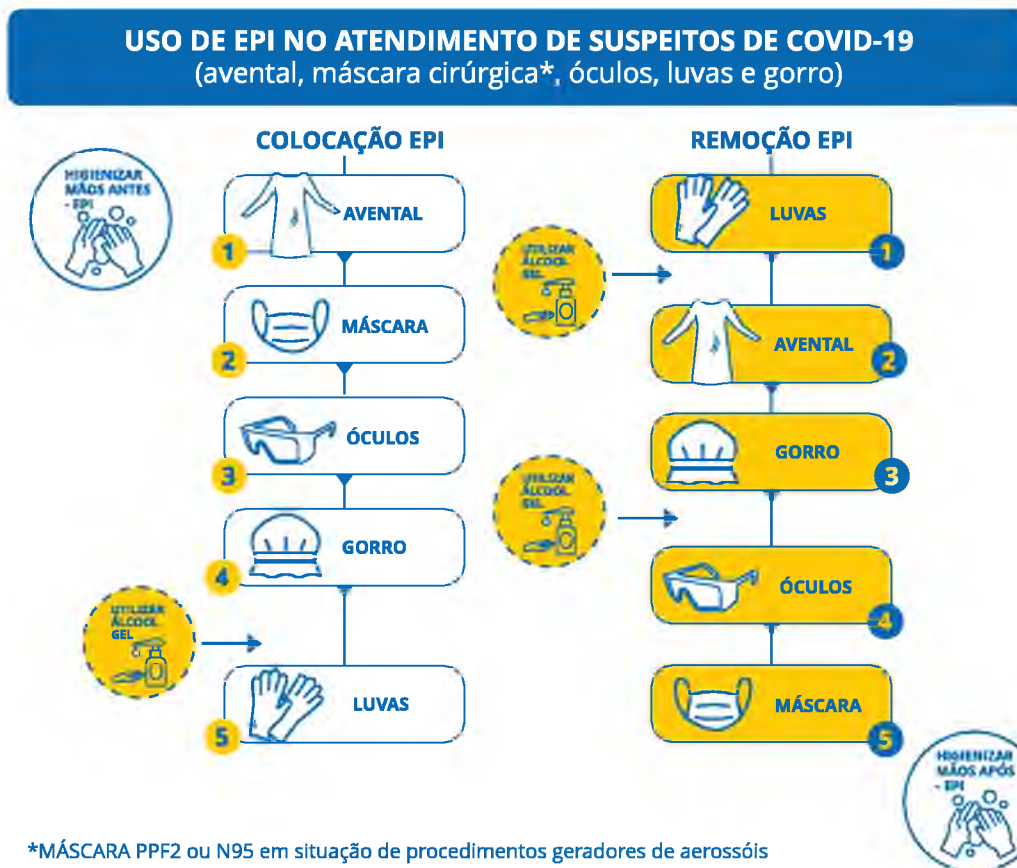
Para os profissionais da saúde, tem sido recomendada a proteção com máscara cirúrgica dentro do ambiente assistencial e hospitalar; N95 em momentos de maior risco de produção de aerossóis, e proteção dos olhos com óculos protetores ou face shields (protetor facial) quando em procedimentos.



CORONAVÍRUS COVID-19

Os passos para colocação e retirada dos EPIs estão representados na Figura 1.

Figura 1. Tempos para paramentação e desparamentação de EPIs (elaborado para uso em instituição de assistência à saúde)



Fonte: Adaptado MS/SAPS, 2020.

6 - QUADRO CLÍNICO E CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

Quadro clínico

O espectro de manifestações clínicas observado em grávidas infectadas pelo SARS-CoV-2 é amplamente variável, indo do estado assintomático a quadros graves e potencialmente fatais.

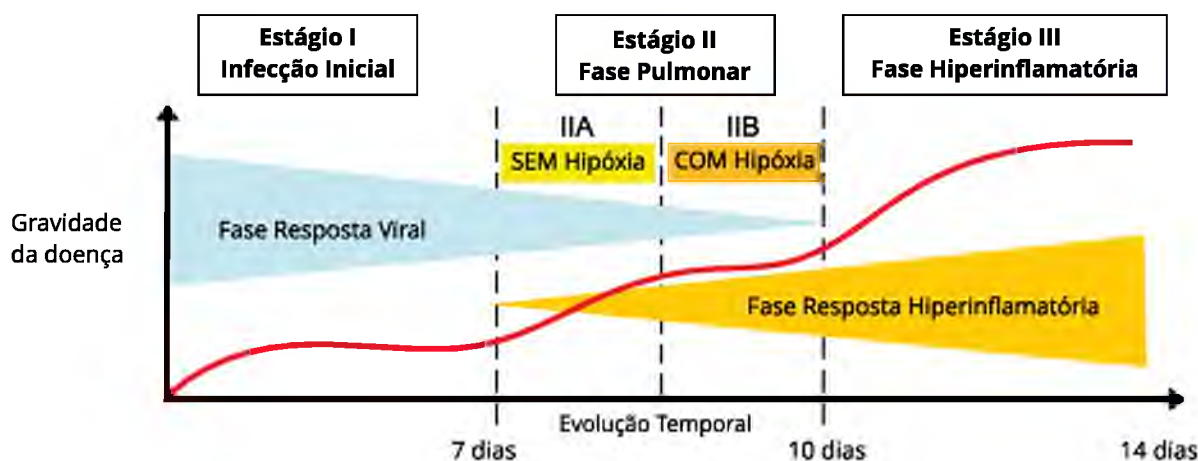
Quando presentes, os sintomas refletem predominantemente o acometimento do trato respiratório ou a resposta sistêmica à infecção, mas também são observados sintomas gastrointestinais.



CORONAVÍRUS COVID-19

A Covid-19 pode ser dividida em três estágios de acordo com a evolução e gravidade da doença conforme Figura 2.

Figura 2 - Estágios da covid-19



Fonte: Adaptado de Siddiqi e Mehra, 2020.

O período de incubação varia de 2 a 14 dias (média de 5 dias). O início dos sintomas ocorre no estágio I, que corresponde à fase de replicação viral e se estende por sete dias. Nesse estágio são comuns sintomas como febre, tosse, dor de garganta, perda de olfato (anosmia) e diarreia, além de coriza, perda do paladar (ageusia), dor muscular (mialgia), dor nas articulações (artralgia), dor de cabeça (cefaleia), dor abdominal e vômitos (Kayem et al. 2020, Knight et al. 2020, Matar et al. 2020).

A minoria dos infectados evolui para a fase II, que se caracteriza pelo comprometimento pulmonar, causando dispneia. Essa progressão é observada entre o 7º e 10º dia da evolução, sendo importante o monitoramento da gestante nesse período.

As pacientes que desenvolvem a resposta hiperinflamatória, fase III, necessitarão de cuidados de unidade intensiva e apresentam elevada taxa de mortalidade.

Visto que a Covid-19 é uma doença polimorfa, a presença ou combinação de qualquer um desses sintomas deve levantar suspeita. Deve-se ter em mente que ela pode ser indistinguível de outras afecções respiratórias que acometem a gestante, como as causadas pelo vírus H1N1 e por bactérias atípicas.



CORONAVÍRUS COVID-19

Critérios de gravidade

A identificação precoce da gravidade da doença em gestantes ou puérperas possibilita o início oportuno de medidas adequadas, como tratamento de suporte, encaminhamento e admissão rápidos em leito de enfermaria hospitalar ou unidade de terapia intensiva de acordo com os protocolos institucionais ou nacionais.

A classificação da Covid-19 segundo o grau de gravidade, recomendada pelo Ministério da Saúde, pode ser vista no Quadro 1.

Quadro 1 - Classificação clínica da Covid-19 segundo a gravidade

	LEVE	MODERADO	GRAVE
CLASSIFICAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS POR GRUPO GESTANTES E PUÉRPERAS	Síndrome gripal (SG):	- tosse persistente + febre persistente diária OU - tosse persistente + piora progressiva de outro sintoma relacionado à Covid-19 (adina-mia (falta de força física), prostração, Hipotermia (baixa temperatura do corpo), diarreia)	Síndrome respiratória aguda grave (SRAG):
	- tosse; - dor de garganta ou coriza segundo ou não de: - perda de olfato (anosmia) - alteração do paladar (ageusia) - coriza - diarreia - dor abdominal - febre - calafrios - mialgia - fadiga - cefaleia	OU - pelo menos um dos sintomas acima + presença de fator de risco	- 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 e oligúria.

Fonte: Ministério da Saúde - 2020.



CORONAVÍRUS COVID-19

Uma vez que a determinação da gravidade do estado da gestante pode ser desafiadora, recomendamos que os profissionais de saúde utilizem o Escore de Alerta Precoce, apresentado no Quadro 2 (Poon et al. 2020), como ferramenta de apoio à decisão. Mulheres com dois ou mais sinais de alerta amarelo ou um ou mais sinais de alerta vermelho, assim como aquelas com síndrome respiratória aguda grave (SRAG), têm risco aumentado de evolução desfavorável e, portanto, merecem cuidado diferenciado.

Quadro 2 - 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 al. 2020).



7 - MORBIDADE OBSTÉTRICA E PERINATAL

A literatura tem demonstrado desfecho materno e neonatal desfavorável na presença da Covid-19 moderada e grave. As gestantes infectadas por SARS-CoV-2 têm maior chance de hospitalização, admissão em unidade de terapia intensiva e ventilação mecânica (Ellington et al. 2020). É possível que as alterações gravídicas afetem a resposta imunológica, entretanto ainda não se tem certeza.



CORONAVÍRUS COVID-19

Observa-se no grupo de gestantes que desenvolvem a infecção Covid-19 elevadas taxas de parto pré-termo e cesariana (Ellington et al. 2020). As taxas de prematuridade e de cesariana variam entre 30% a 80% (Ellington et al. 2020, Knight et al. 2020). A febre e a hipoxemia podem aumentar o risco de trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas e comprometimento do bem-estar fetal. Supõe-se que a infecção pelo SARS-CoV-2 aumente a taxa de prematuridade iatrogênica, principalmente por indicação materna, nos casos de doença grave ou crítica (Knight et al. 2020, Pierce-Williams et al. 2020). Vale ressaltar que é maior a probabilidade de anestesia geral com intubação orotraqueal, seja pelo comprometimento respiratório materno, seja pela indicação de parto de emergência (Knight et al. 2020). A literatura também sugere maior risco de eventos tromboembólicos nas gestantes e puérperas.

A vigilância epidemiológica no Brasil tem reportado casos de óbitos maternos decorrentes de complicações cardiopulmonares ou falência múltipla dos órgãos relacionadas à Covid-19. As principais comorbidades associadas à letalidade foram obesidade, diabetes e doença cardiovascular, à semelhança da população geral.

Há poucos dados sobre a infecção por SARS-CoV-2 no primeiro trimestre gestacional. A hipertermia, que é frequente, pode alterar a organogênese e aumentar o risco de anomalias congênitas. Porém, até o momento não se observou aumento na frequência dessas alterações ou de abortamento espontâneo (Juan et al. 2020, Yan et al. 2020).

Quanto às repercussões da Covid -19 para o feto, o aumento da prematuridade é o principal desfecho (Knight et al. 2020, Pierce-Williams et al. 2020). A ocorrência de restrição de crescimento fetal é reportada entre 7% e 10% (Dashraath et al. 2020, Elshafeey et al. 2020). Há relatos de óbito fetal nas séries descritas na literatura, porém sem comprovação precisa de associação do óbito com a infecção (Elshafeey et al. 2020). A maioria dos recém-nascidos (RN) de mães infectadas é assintomática (Zeng et al. 2020).



CORONAVÍRUS COVID-19



8 - DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2

Para o diagnóstico laboratorial da Covid-19 deve-se considerar a fase clínica da infecção em que a paciente se encontra para definir os exames que apresentam os melhores perfis de desempenho para suporte diagnóstico (Duarte & Quintana, 2020).

Considerando objetivamente os recursos laboratoriais disponíveis até o momento para o diagnóstico da Covid-19, podem ser utilizados testes de biologia molecular e testes sorológicos, usando diferentes métodos laboratoriais (Anvisa, 2020).

Testes de biologia molecular

O teste de biologia molecular utilizado para o diagnóstico da Covid-19 é a reação em cadeia da polimerase mediada pela transcriptase reversa (RT-qPCR), exame que detecta fragmentos de RNA do SARS-CoV-2. Esse exame é realizado em amostras clínicas obtidas pela coleta de swab de nasofaringe isolado ou combinado com swab orofaríngeo. Pode ser utilizado um único swab para as duas coletas, não importando o sítio infectado e sim a presença do RNA do microrganismo. Optando-se por apenas um local de coleta, a preferência é a parte posterior da nasofaringe. O swab deve ser colocado em tubo com substância preservante ou solução salina 0,9%. As coletas devem ser realizadas, de preferência, entre o 3º e 7º dia após o início dos sintomas, período de melhor desempenho do teste. A sensibilidade varia de 60% a 95%, e a especificidade atinge 100% (Chan et al, 2020; Lippi et al, 2020; WHO, 2020).

Como pode ser visto na Figura 3, o RNA do SARS-CoV-2 pode ser detectado na nasofaringe até cinco dias antes dos sintomas e até o 28º dia após esse período, mas em taxas baixas e variáveis de positividade, aumentando sobremaneira o número de resultados falso-negativos (Chen et al, 2020; Quintana & Duarte, 2020; Tang et al, 2020). Em áreas endêmicas para a Covid-19, um ou mais resultados negativos de um caso com forte suspeita clínica não descartam a possibilidade de infecção viral, particularmente quando foram analisadas apenas amostras do trato respiratório superior. Nesses casos, pode-se indicar a coleta de amostras de vias respiratórias inferiores (lavado brônquico) e testar novamente.

Entre os fatores que elevam a probabilidade de resultado falso-negativo em um indivíduo infectado destacam-se:



CORONAVÍRUS COVID-19

- Má qualidade da amostra, contendo pouco material ou coletado de local inadequado;
- Amostra coletada em fase muito precoce ou tardia da infecção (a coleta ideal é a realizada entre o 3º e o 7º dia do início dos sintomas);
- Amostra inadequadamente manuseada;
- Inadequações do acondicionamento e transporte;
- Razões técnicas inerentes ao teste e ao vírus (como mutação do agente, inibição ou contaminação da PCR).

Testes sorológicos

Os exames sorológicos aferem a resposta imune do organismo ao SARS-CoV-2. Eles detectam a presença de anticorpos específicos ou de pool de anticorpos em amostra sanguínea. Na prática, essa aferição detecta a IgM (marcador de fase aguda da infecção) e a IgG (marcador de exposição mais tardia). Como visto na Figura 3, a IgM é detectada após o 7º dia do início dos sintomas, negatizando, posteriormente, em torno do 21º dia. Portanto, esse exame está indicado somente nesse período de tempo. Em média, a partir do 14º dia após o início dos sintomas, as provas que aferem a presença da IgG ficam positivas. Segundo as informações da literatura, a sensibilidade dos testes sorológicos para o diagnóstico da Covid-19 varia de 77 a 87%, e a especificidade varia de 85 a 87% (Chen et al, 2020; Quintana & Duarte, 2020; Tang et al, 2020). A aferição da IgG é o teste utilizado para inquéritos de soroprevalência populacional.

Testes para identificação de antígenos

Os testes para identificação de antígenos proteicos do SARS-CoV-2 têm a vantagem de fornecerem o diagnóstico com maior rapidez. Nos primeiros dias após o início dos sintomas (aproximadamente 1 a 5 dias), proteínas virais (antígenos) são produzidas e podem ser detectadas por diferentes testes, a exemplo do ELISA, imunofluorescência, imunocromatografia e até por testes rápidos. No entanto, a dinâmica de produção e secreção dessas proteínas ainda não foi totalmente estabelecida, refletindo no fraco desempenho desses testes até o momento (WHO, 2020).



CORONAVÍRUS COVID-19

Testes rápidos

Na realidade os testes rápidos representam mais uma estratégia de diagnóstico utilizando os princípios das dosagens de antígenos ou os princípios dos exames sorológicos em uma plataforma específica de aferição (Sethuraman et al, 2020).

Os testes rápidos que se baseiam na resposta imune do organismo seguem os mesmos princípios das dosagens desses anticorpos no soro ou no plasma. Também dosam anticorpos específicos ou pool de anticorpos, dependendo da plataforma utilizada. Como os testes sorológicos, seus resultados são mais fidedignos para o diagnóstico se realizados entre o 7º e o 21º dia da infecção (WHO, 2020). Os testes rápidos para o diagnóstico imunológico da infecção pelo SARS-CoV-2 passam rapidamente por processos de melhora de desempenho e eficiência na tentativa de reduzir suas taxas de resultados falso-negativos e falso-positivos. Apesar dessas limitações, alguns produtos foram testados e aprovados pela Anvisa e já são utilizados na prática clínica. São úteis para aferir imunidade prévia ao vírus e para o diagnóstico de infecções a partir do 8º dia do início dos sintomas .

O resultado do teste rápido deve ser interpretado por um médico com auxílio dos dados clínicos e outros exames laboratoriais confirmatórios (Ministério da Saúde, 2020). Visando ao atual projeto, seria uma ferramenta diagnóstica a mais para ser utilizada principalmente para gestantes em comunidades de difícil acesso e em maternidades cujo resultado do RT-qPCR seja demorado.

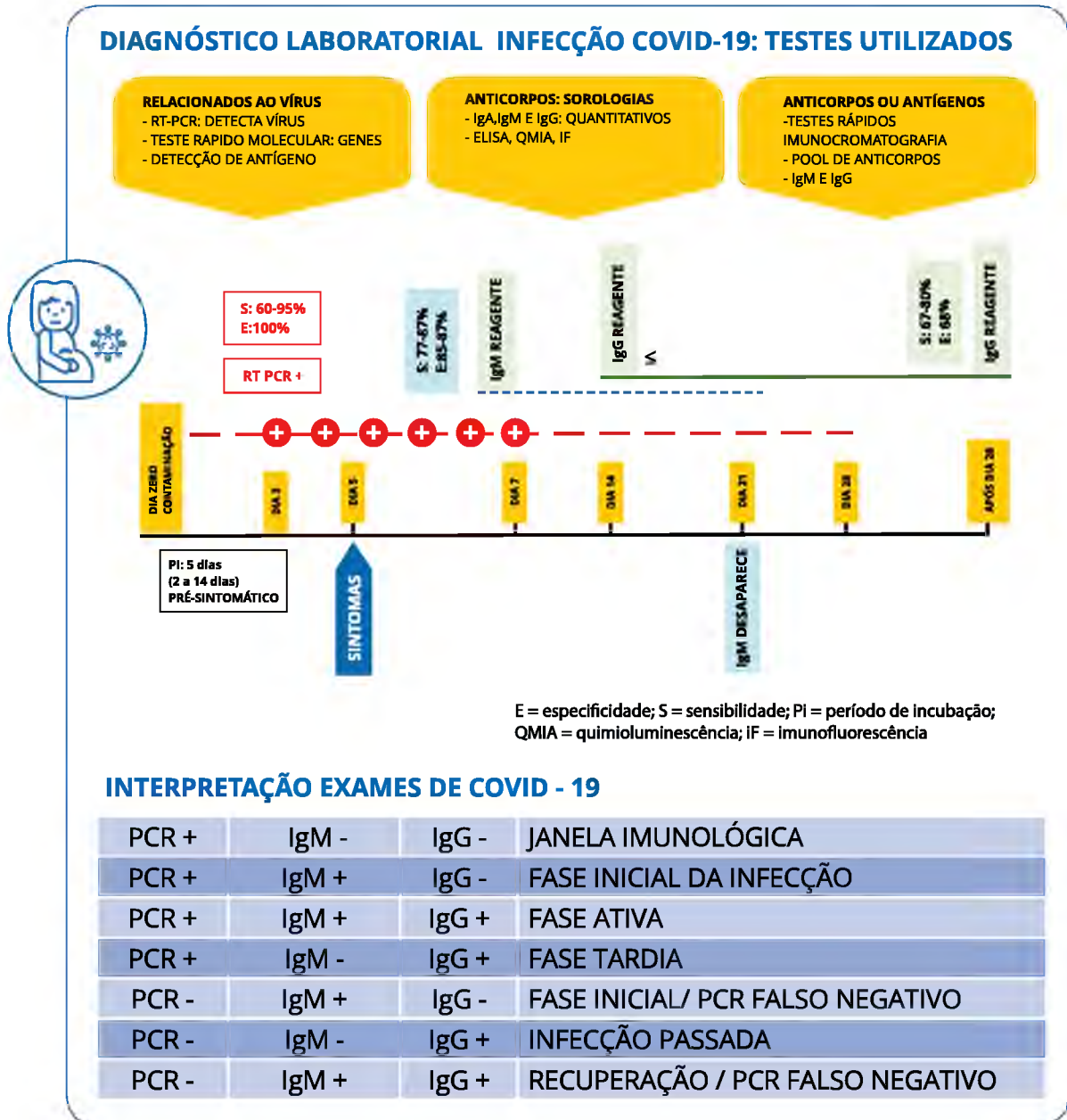
Existe uma grande expectativa quanto aos testes rápidos que aferem a presença de antígenos do SARS-CoV-2 como recurso para o diagnóstico da Covid-19. No entanto, a indústria de diagnósticos ainda não conseguiu fabricar nenhum teste que apresente o desempenho necessário para essa finalidade (WHO, 2020).

Observação: Uma vez sendo adotado o uso do teste rápido de antígeno, destaca-se a obrigatoriedade de registrar o resultado no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) de todos os testes realizados, independentemente do resultado.



CORONAVÍRUS COVID-19

Figura 3 - Linha do tempo para a infecção Covid-19, de acordo com os testes diagnósticos e sua respectiva interpretação



Fonte: Adaptado de: Chen et al, 2020; Quintana & Duarte, 2020; Tang et al, 2020).



CORONAVÍRUS COVID-19

Tendo em vista a linha do tempo dos exames de detecção do SARS-CoV-2 e com finalidade de diminuir a mortalidade materna, o Ministério da Saúde recomenda que seja realizado o RT-qPCR para detecção do vírus em gestantes ou puérperas de acordo com o Quadro 3.

Quadro 3 - Recomendações para solicitação de RT-qPCR para SARS-CoV-2 em gestantes e puérperas

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).

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



CORONAVÍRUS COVID-19

Observação: Nas localidades em que o resultado do RT-qPCR demorar mais que 7 dias, recomenda-se a utilização do teste rápido a partir do 8º dia de início dos sintomas, especialmente nas populações com difícil acesso à maternidade.

Exames de imagem no diagnóstico da infecção pelo SARS-CoV-2

A tomografia computadorizada (TC) é considerada como padrão de referência para diagnosticar as alterações pulmonares decorrentes da Covid-19, cujos achados radiológicos típicos são representados por opacificações bilaterais e periféricas com a característica predominante de vidro fosco (Parekh et al, 2020). De acordo com o consenso da *Fleischner Society*, a TC é formalmente indicada em certos cenários, incluindo pacientes que correm risco ou que já desenvolveram piora clínica do processo respiratório (Wan et al; 2020).

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

O exame radiológico simples também pode ajudar no diagnóstico do quadro pulmonar e muitas vezes é o exame disponível no local do atendimento.

Tanto para a realização do RX de tórax como para tomografia em gestante, não se deve esquecer os princípios clássicos de radioproteção ao feto, notadamente a proteção do abdomen materno com avental de chumbo (Wagner et al. 1986; Damilakis et al., 2000; ACOG 2004).



9 - FLUXOS DE ATENDIMENTO

A organização dos fluxos de atendimento de gestantes e puérperas na Pandemia de SARS-CoV-2 é essencial para proteção de pacientes, contactantes, recém-nascido e profissionais da saúde. Nesse sentido, algumas premissas devem ser observadas, incluindo a adoção de fluxo ideal para atendimento. Em locais onde não seja possível cumprimento de todos os parâmetros assistenciais, estes deverão ser minimamente estabelecidos (Anvisa 2020):



CORONAVÍRUS COVID-19

- a) O local de atendimento destinado a gestantes com suspeita ou confirmação para Covid-19 deve ser identificado e separado do atendimento de rotina:
- entradas distintas;
 - sinalização com orientações para sintomas da infecção, etiqueta respiratória;
 - uso de máscaras cirúrgicas por pacientes sintomáticos.

O fluxo diferenciado deverá ser observado em todas as dependências do serviço de saúde, incluindo ambientes de apoio diagnóstico.

- b) Estabelecer equipes dedicadas ao atendimento de gestantes e puérperas durante a pandemia, nas áreas de fluxo diferenciado conforme descrito acima.
- c) Devem ser disponibilizados os EPIs necessários à equipe de saúde, tanto para proteção de gotículas quanto de aerossóis, com área sinalizada para a paramentação e desparamentação desses profissionais.

1. Atendimento ambulatorial

- 1a) Garantir assistência pré-natal: O pré-natal de todas as gestantes deve ser garantido, podendo haver espaçamento entre as consultas. Para otimização, recomenda-se incluir as coletas de exames e ultrassonografias no dia da consulta presencial. O intervalo de tempo entre as consultas deverá ser determinado, levando em consideração a idade gestacional, a presença ou não de doenças maternas ou fetais, comorbidades e a evolução da gestação. Com o intuito de espaçar as consultas mantendo o cuidado, pode-se considerar a utilização da teleconsulta com o adequado registro no prontuário da gestante (Aziz et al, 2020).



CORONAVÍRUS COVID-19

1b) Triar clinicamente TODAS as gestantes atendidas durante a pandemia Covid -19 para sintomas gripais ou para contato prévio com paciente positivo antes do atendimento de rotina. Essa triagem deve ser feita em duas etapas:

- Contato telefônico 48 horas antes da consulta ou exame agendado, sempre que possível.
- Presencialmente, na recepção da unidade de saúde.

No Quadro 4, há um roteiro de perguntas a serem feitas pela equipe de saúde à gestante, de maneira clara, após identificação:

Quadro 4 - Perguntas para triagem clínica de gestantes

"Antes do seu atendimento preciso que você responda a algumas perguntas. É muito importante que você responda com sinceridade para podermos cuidar de você de forma correta:

(Fazer uma pergunta de cada vez e dar tempo para a pessoa responder)

Você está com gripe?

Você está tendo tosse?

Seu nariz está escorrendo?

Você está com dor de garganta?

Você está com dor no corpo?

Está percebendo que não consegue sentir o cheiro e o sabor das coisas?

Teve febre ou sentiu calafrios nos últimos dois dias?

Tem falta de ar?

Está com quadro de diarreia?

Teve contato com alguém que testou positivo para coronavírus nos últimos 14 dias?

Teve contato com alguém que foi internado por gripe ou pneumonia nos últimos 14 dias?

Após a aplicação do questionário, deve-se aferir a temperatura de todas as gestantes com termômetro.



CORONAVÍRUS COVID-19

- Se gestante respondeu NÃO a todas as perguntas e não apresenta temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$: atendimento pré-natal de rotina em área comum do ambulatório, não Covid-19.
- Se gestante respondeu SIM a pelo menos uma das perguntas, ou apresentar temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$: será considerada suspeita e, usando máscara conforme o protocolo local, será encaminhada à área de atendimento separada e reservada no estabelecimento de saúde para atendimento de Covid-19.

É importante considerar que, na área específica para Covid-19, serão atendidas gestantes suspeitas e confirmadas, motivo pelo qual há necessidade de isolamento. As salas para atendimento devem ser preparadas com o mínimo de itens possíveis, garantindo e facilitando a limpeza terminal após cada atendimento, evitando assim a contaminação do ambiente.

Gestante assintomática, mas com história de contato com pessoa com Covid -19 ou com suspeita clínica de infecção pelo SARS-CoV-2:

- a. **Avaliar queixas que motivaram a procura pelo atendimento:** seguimento pré-natal ou queixa específica
- b. **Determinar data de início dos sintomas ou contato com paciente suspeito:** a data de início dos sintomas é de extrema importância, pois se relaciona ao momento ideal para a coleta do RT-qPCR do SARS-CoV-2 (do 3º ao 7º dia após início dos sintomas), e também é importante para acompanhamento dos sintomas e de seu agravamento.
- c. **Avaliar presença e gravidade dos sintomas gripais** para definição do seguimento:
 - **Sintomas leves:**
 - Orientação de isolamento domiciliar.
 - Início dos sintomas há menos de 48 horas: dispensação/ prescrição de oseltamivir 75mg 12/12h por 5 dias.
 - Orientar sobre contato telefônico a cada 24 horas para acompanhamento da evolução da doença e informar o resultado do exame RT-qPCR colhido.
 - Enfatizar atenção no período entre o 7º e o 10º dia do início dos sintomas (mais frequente a piora do quadro clínico).



CORONAVÍRUS COVID-19

- Se pesquisa positiva para o SARS-CoV-2: informar a gestante e seus familiares sobre a necessidade de isolamento por até 10 dias do início do quadro clínico.
- Orientar, quando houver piora clínica, que a gestante deverá procurar a unidade hospitalar para avaliação e possível internação.
- **Sintomas moderados ou graves:** necessidade de internação em quarto individual, de acordo com a realidade local, até que se obtenha o resultado do RT-qPCR.

Gestantes com diagnóstico confirmado de infecção pelo SARS-CoV-2: caso essas gestantes necessitem de retorno ao pré-natal ou atendimento de urgência/emergência nos 10 dias iniciais de sintomas, elas deverão ser atendidas em área ambulatorial definida para Covid-19 ou em serviços de emergência. Mesmo após avaliação presencial, caso essas gestantes retornem para suas residências, precisam ser monitoradas por contato telefônico a cada 24 horas para acompanhamento da evolução da doença até o 10º dia do início dos sintomas pelo risco de agravamento do quadro. Havendo piora clínica da paciente, esta deverá ser orientada a se dirigir à unidade hospitalar para avaliação e possível internação (Poon et al, 2020).

No caso de síndrome gripal com confirmação para Covid-19, após 10 dias do início dos sintomas, desde que passe 24h de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios, a mulher poderá retornar ao atendimento de pré-natal ou puerpério em rotina habitual. No caso de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) com confirmação para Covid -19, 20 dias após o início dos sintomas, assegurando 24h de resolução de febre sem uso de antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios, mediante avaliação médica, a mulher poderá retornar ao atendimento de pré-natal ou puerpério em rotina habitual

Pré-natal após internação por Covid-19

Se a gestante ou puérpera foi internada, por ocasião da alta, deverá-se agendar consulta de pré-natal no intervalo entre 10 e 14 dias. Durante esse ínterim, é recomendado monitorar a paciente a cada 24h por ligação telefônica ou outro meio de comunicação eletrônico.

Salienta-se a importância do adequado isolamento e do monitoramento das condições de saúde da paciente e de seus familiares. O controle da vitalidade após 24 semanas pode ser realizado por meio do



CORONAVÍRUS COVID-19

mobilograma, em que a paciente deve sentir seis salvas de movimentação em uma hora. Em razão do risco aumentado de restrição de crescimento fetal nas pacientes que foram infectadas, orienta-se controle ultrassonográfico a cada quatro semanas após 24 semanas.

Após o desaparecimento dos sintomas, a periodicidade das consultas deve voltar à rotina já referida, devendo a gestante ser orientada a continuar com as medidas de distanciamento social, higiene e uso de máscaras, pois, até o momento, não há comprovação de imunidade em todos os doentes após a infecção por Covid-19. Durante as consultas, deve-se dar atenção aos aspectos emocionais que advêm da doença, como estresse pós-traumático e ansiedade, em relação às complicações para si própria e a seu concepto.

2 Internação clínica obstétrica ou para parto

Todas as mulheres deverão, no momento da internação clínica, cirúrgica ou para parto normal, realizar exame de RT-qPCR para SARS-CoV-2 desde que não tenham tido diagnóstico positivo prévio, respeitando a realidade do local onde os testes RT-qPCR demorarem mais de 7 dias, recomenda-se a realização de teste rápido a partir do 8º dia de sintomas, especialmente das localidades com difícil acesso à maternidade.

a. Internação clínica

Durante a pandemia, as gestantes que necessitam ser internadas para tratamento clínico obstétrico devem ser avaliadas clinicamente quanto a sintomas gripais ou história de contato com paciente positivo para Covid -19.

Para as pacientes com suspeita clínica (resposta SIM a pelo menos uma das 10 perguntas do rastreio clínico), recomenda-se a internação em situação de isolamento em quarto individual; na ausência de quartos de isolamento, as gestantes devem ser acomodadas em coorte enquanto aguardam o resultado do RT-qPCR. Se o exame for positivo durante a internação, a gestante deverá ser direcionada à área Covid-19 do hospital.

Durante a internação para controle clínico obstétrico, essas gestantes são usualmente submetidas a exames de vitalidade fetal. Importante que a sala e os equipamentos para a realização desses exames sejam exclusivos de área Covid-19 ou sejam submetidos a limpeza após cada atendimento, e ainda, que haja limpeza terminal de sala e equipamentos a cada atendimento, principalmente no caso de pacientes ainda suspeitas e não confirmadas.

CORONAVÍRUS COVID-19

O motivo da internação hospitalar também pode ser a SRAG, e, como precaução, a gestante que ainda não tem o resultado de RT-qPCR positivo deve ser mantida em isolamento em área adequada, se possível separada das gestantes com diagnóstico confirmado de Covid-19. Nos locais em que o teste não puder ser de resultado rápido, o critério clínico norteará o diagnóstico, e a gestante deverá ficar na área Covid-19 e receberá assistência como portadora da doença.

b. Internações para o parto

Para as gestantes cujo parto foi programado, deve-se realizar a coleta do swab de nasofaringe para RT-qPCR três dias antes do parto (em locais em que o resultado estará disponível nesse espaço de tempo), a fim de melhor programar sua internação.

Em caso de internação para o parto, não só a gestante que testou positivo, mas também seu recém-nascido (RN) e seu acompanhante deverão ser isolados, de preferência em um quarto de alojamento conjunto. Importante orientar puérperas e acompanhantes da necessidade de usar máscara o tempo todo, a fim de garantir a segurança do RN e da equipe.

Importante lembrar que a gestante que teve RT-qPCR positivo com sintomas há mais de 10 dias e que passe 24 horas de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios deve ser considerada recuperada da Covid-19 e, ao internar em trabalho de parto, pode ser atendida em área NÃO Covid-19 e em alojamento conjunto.

c. Acompanhante e visitas hospitalares

Durante a vigência da pandemia, como situação transitória que visa garantir a segurança de mães e recém-nascidos, não se tratando de restrição a direitos das mulheres, mas sim uma medida de contenção temporária, fica estabelecido que: os acompanhantes não podem ser de grupo de risco, não podem estar com sintomas de síndrome gripal e deverão ser submetidos à triagem clínica no momento da internação da gestante. Para as gestantes e puérperas assintomáticas e que não testaram positivo para SARS-CoV-2, a presença do acompanhante é aceita sem restrições.

A presença do acompanhante de gestantes e puérperas suspeitas ou confirmadas durante internações hospitalares é uma questão que deve ser vista com cuidado. Deve-se explicar à paciente e aos seus familiares sobre risco de contaminação e orientar que o isolamento é a medida mais segura. No caso de o acompanhante permanecer, deve-se ter em





CORONAVÍRUS COVID-19

mente que cuidados devem ser tomados, pois potencialmente são todos contactantes cujo trânsito pelas dependências do hospital pode gerar mais contaminações. Dessa forma, os acompanhantes não devem circular nas demais áreas do hospital e precisam usar máscara quando o fizerem.

Para garantir a segurança do RN, puérpera e acompanhante deverão estar de máscara no quarto do alojamento conjunto e observar medidas de higiene.

Para as gestantes que estão internadas por motivos clínicos e não para parto, a presença do acompanhante deve ser individualizada.

As visitas hospitalares devem ser suspensas, independentemente da confirmação para SARS-CoV-2, a fim de prevenção. Em caso de positividade, os familiares contactantes deverão ser informados e orientados a fazer medidas de isolamento por até 10 dias.

d. Orientações de alta

A gestante ou puérpera que testar positivo durante a internação, por ocasião da alta, deverá ser informada do isolamento por até 10 dias contando do início dos sintomas ou do teste positivo; deve-se reforçar as orientações sobre os cuidados para amamentação.

Essas gestantes deverão ser monitoradas quanto aos sintomas clínicos até o final desse período por ligações telefônicas após a alta. Importante orientar sobre isolamento de contatos domiciliares (Rasmussen & Jamieson, 2020).

O retorno ambulatorial deverá ser agendado para 10 dias após o início dos sintomas ou do RT-q PCR positivo em caso de assintomáticas, desde que a condição clínica permita. Caso haja agravamento do quadro clínico respiratório no período de monitoramento telefônico, a puérpera deverá ser orientada a retornar à unidade hospitalar para reavaliação e possível reinternação.

3 Centro Obstétrico

Todos os serviços deverão estar preparados, de acordo com a realidade local, com a separação de pelo menos uma sala de pré-parto e de parto destinada exclusivamente ao atendimento de gestantes com Covid-19, de preferência e idealmente que não compartilhe do mesmo sistema de ventilação das salas não Covid-19 ou que tenha pressão negativa para que não haja disseminação do vírus pelo sistema de ar.



CORONAVÍRUS COVID-19

As entradas de ambas as áreas, Covid-19 e Não Covid-19, devem ser separadas, individualizadas; a área Covid-19 deve ser sinalizada, oferecer todos os EPI necessários para a proteção da equipe, com local adequado para a paramentação e desparamentação da equipe em serviço.

Uma vez indicada a internação no Centro Obstétrico (CO), a primeira definição é o leito que será atribuído à paciente. Para o trabalho de parto e parto, recomenda-se que seja utilizado um PPP (pré-parto, parto e pós-parto) que seja destinado exclusivamente às pacientes suspeitas sintomáticas ou confirmadas. Caso o hospital não disponha de PPP, ou pré-parto separado para atendimento para Covid-19, a gestante em trabalho de parto deverá ser mantida em quarto de isolamento até a fase ativa do trabalho de parto e transportada para o Centro Obstétrico (sala Covid-19) para a fase final do trabalho de parto (Rasmussen & Jamieson 2020). As pacientes suspeitas sintomáticas, com diagnóstico clínico de Covid-19 e as confirmadas serão atendidas nessa sala, sendo que as suspeitas deverão estar em regime de isolamento até sair o resultado de RT-qPCR. A cada atendimento, será realizada limpeza terminal dessa sala de área Covid-19. Ressaltamos que, de acordo com a realidade local, deverá haver adaptação do isolamento do local do parto e de higienização criteriosa posterior, praticando o que as condições do local permitirem.

Caso o hospital não possua recuperação pós-anestésica (RPA) separada para puérperas suspeitas ou confirmadas, a recuperação pós-anestésica deverá ser feita na própria sala cirúrgica.

4. Atendimento de emergência

Quando uma gestante procurar o pronto-atendimento, deverá ser triada inicialmente pela equipe de admissão ou recepção e passar pelo acolhimento com classificação de risco, preferencialmente com mais de uma barreira, para evitar a transmissão intra-hospitalar de Covid-19 e de outras doenças respiratórias, como influenza e vírus sincicial respiratório.

Nos casos sintomáticos, a gestante deverá receber e colocar imediatamente máscara cirúrgica, e deverão ser instituídas medidas de precaução por contato e gotículas e aerossóis (barreiras).

Sempre que possível, e de acordo com a realidade do local, a gestante deve ser atendida em sala isolada e privativa por equipe médica e de enfermagem paramentada de acordo com as recomendações, para proteção individual, preferencialmente em setor da unidade destacada para o atendimento de sintomáticos respiratórios.



CORONAVÍRUS COVID-19



10 - REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Na vigência da pandemia pelo SARS-CoV-2, torna-se extremamente necessária a reorganização da Rede para a adequada assistência e acompanhamento da mulher durante o ciclo gravídico puerperal.

Para que essa assistência ocorra de forma eficaz, se faz necessária mudança nas referências e pactuação dos fluxos de atendimento. Após essas alterações, os gestores (Direção Regional de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde) terão a responsabilidade de informar, imediatamente, a toda a rede gestora (DRS/Regulação e Saúde da Mulher, SMS e Coordenação de Saúde da Mulher) e prestadora (Atenção Básica, Unidade de Pronto Atendimento, pronto-socorro e hospitais) e à gestão centralizada (SESSP/CRS/ATSM/ATSC/Grupo de Regulação, CCD/CEVMMIF, CSS e CGCSS) para que todos se organizem nesse novo atendimento.

Fluxos de atendimento às gestantes/ parturientes/ puérperas com suspeita ou confirmação de Covid-19:

1. Unidade Básica de Saúde/ Unidade Saúde da Família (UBS/USF):

- Realizar o atendimento de pré-natal e de puerpério de risco habitual de pacientes sem Covid-19, seguindo as normas já mencionadas anteriormente.
- Realizar o atendimento de gestantes/puérperas de risco habitual com suspeita ou com confirmação de Covid-19 com sintomas leves.
- Essas unidades deverão orientar e garantir isolamento com monitoramento domiciliar a cada 24 horas dessas gestantes e puérperas.

2. Unidade de Pronto Atendimento (UPA):

- Realizar o primeiro atendimento de gestantes/puérperas com suspeita ou confirmação de Covid-19, principalmente em municípios que não têm maternidade. Se sintomas leves, orientar isolamento e acompanhamento na UBS ou USF. Nos casos que necessitarem de internação, encaminhar imediatamente para locais de média ou alta complexidade.

3. Maternidade de Risco Habitual:

- Prestar assistência à gestante de risco habitual sem Covid-19

CORONAVÍRUS COVID-19

- Realizar parto de parturientes de risco habitual sem Covid-19.

4. Maternidade de Alto Risco:

- Prestar atendimento às gestantes / parturientes / puérperas de alto risco sem Covid-19.
- Prestar assistência às gestantes / parturientes / puérperas com suspeita ou confirmação de Covid-19 com indicação de internação, em locais em que não há estrutura conjunta (serviço obstétrico e clínica com UTI). As pacientes deverão ser monitoradas adequadamente para pesquisa de critérios precoces de transferência para hospital com UTI (sem melhora da saturação de oxigênio mesmo com oferta de O₂ por cateter nasal de oxigênio). Nesses casos, deve ser realizado o encaminhamento precoce, principalmente em regiões de grande distância.

5. Hospital Covid com estrutura conjunta de clínica médica/ serviço obstétrico e neonatal:

- Prestar assistência à gestante / parturiente / puérpera com suspeita ou confirmação de Covid-19 com indicação de internação em enfermaria ou em UTI. Os critérios de internação em UTI, preferencialmente, devem ser utilizados dentro das unidades hospitalares para transferência interna das pacientes e não para solicitação de vagas no sistema de regulação.

Observação: Uma vez diagnosticada a necessidade de transferência, deve-se preencher a Ficha de Regulação (ficha da gestante) e nela indicar a presença de sintomas respiratórios, o que permitirá preencher os demais campos relativos à síndrome gripal.

Recomendações para transferência hospitalar:

Ressaltamos a necessidade de que o encaminhamento seja acompanhado da história detalhada da gestante/puérpera, preferencialmente com o cartão de pré-natal, e que ocorra comunicação efetiva da equipe com a gestante e com o acompanhante, informando sobre a necessidade da transferência bem como as informações a respeito do quadro clínico, ressaltando a importância de que ela tenha plena compreensão.

Recomendamos considerar a distância a ser percorrida na transferência e o tipo de veículo de transporte, devido à possibilidade de rápido agravamento dessas pacientes.





CORONAVÍRUS COVID-19

No veículo de transporte, preferencialmente, deve haver profissional habilitado e material ventilatório para garantir oxigenação da paciente, caso necessário.

Notificação Compulsória:

Todos os casos suspeitos de síndrome gripal (SG) ou síndrome respiratória aguda grave (SRAG) devem ser notificados. A notificação deve ser feita nas unidades públicas (atenção primária e pronto atendimento das maternidades) e unidades privadas (clínicas, consultórios etc.), por meio do sistema e-SUS-Notifica - <https://notifica.saude.gov.br> - nas unidades de Vigilância Epidemiológica (VE) ou órgão correspondente (municípios que não têm VE).



11 - ATENDIMENTO À GESTANTE, PARTURIENTE E PUÉRPERA

1. Pré-natal

O cuidado pré-natal é de extrema importância na gestação em relação à classificação de risco e demais cuidados de rotina. Neste período de pandemia, precisamos fazer ajustes para que esse cuidado não seja comprometido. Quando possível, as equipes de APS podem praticar teleatendimento em parte do pré-natal e, se não houver essa possibilidade, em seu lugar, poderá ser feito contato por telefone para dar seguimento e orientações às gestantes (Aziz et al. 2020).

As consultas presenciais deverão ser mantidas de acordo com o esquema a seguir:

- a) Entre a 11ª e a 14ª semana: deve contemplar anamnese, exame físico completo (incluindo exame geral, cardiovascular, pulmonar, abdominal e gineco-obstétrico), coleta de exames laboratoriais e a 1ª ultrassonografia para confirmar a idade gestacional, data provável do parto (DPP) e avaliação de translucência nucal (US morfológico de 1º trimestre) nos locais em que for possível;
- b) entre a 20ª e a 22ª semana, coincidindo com a ultrassonografia para avaliação da anatomia fetal (ultrassonografia morfológica de 2º trimestre), nos locais em que for possível;
- c) entre a 26ª e a 28ª semana, na qual deverá ser incluída triagem para diabetes mellitus gestacional, prescrição e administração de vacinas (DTPa) e imunoglobulina anti-D quando gestante Rh negativo, se indicado e de acordo com protocolo local;



CORONAVÍRUS COVID-19

- d) 32 semanas;
- e) 35 semanas;
- f) 37 semanas (quando será colhido RT-qPCR para SARS-CoV-2 nos locais e que o resultado do teste demorar mais que 7 dias);
- g) 39 semanas e semanais até o parto.

Para redução dos deslocamentos das pacientes até o serviço de saúde, diminuindo a exposição ao SARS-CoV-2, teleconsultas devem ser realizadas nas seguintes idades gestacionais: abaixo de 11 semanas (obtenção da história clínica e orientações sobre como será realizado o seguimento pré-natal), entre 16-18 semanas, com 32, 38 semanas e após a alta hospitalar.

Nas avaliações feitas por teleconsulta, caso a gestante disponha do equipamento no domicílio, a pressão arterial deverá ser regularmente medida e registrada. Considerando que na teleconsulta não é possível realizar o exame físico, devemos redobrar a atenção para sinais e sintomas de alerta rastreados pela anamnese (diminuição da movimentação fetal, queixas de dor em hipogástrio, cefaleia, alterações visuais, alterações do conteúdo vaginal, surgimento de edema) e, sempre que possível, visibilizar a gestante por meio de vídeo. Uma preocupação é que certas populações podem não ter acesso à internet ou dispositivo com recursos de vídeo (smartphone ou tablet) por razões econômicas ou culturais; nesse caso, contato telefônico tem sido a alternativa.

Antes de realizar as teleconsultas, os profissionais devem orientar a gestante sobre a garantia de privacidade. As gestantes devem ser incentivadas a encontrar local adequado onde possam ficar sozinhas ou com uma pessoa de suporte de sua escolha.

Nos casos em que o teleatendimento não seja possível, as consultas presenciais devem concentrar-se em gestantes de risco habitual, na seguinte cronologia: 11, 20, 28, 32, 35, 37, 39 semanas, e, então, semanalmente até o parto. O local na UBS para consulta das gestantes deve preferencialmente estar isolado dos atendimentos para usuários com sintomas respiratórios.

Quando o pré-natal faz a transição dos cuidados presenciais para remotos, a mulher pode sentir que não está recebendo o mesmo acesso a serviços médicos, por isso é importante transmitir à paciente que,



CORONAVÍRUS COVID-19

embora muitos de seus cuidados sejam virtuais, se alguma preocupação não for resolvida remotamente, ela poderá agendar avaliação presencial e que sua equipe de atendimento obstétrico continuará disponível para responder a perguntas pessoalmente.

Nos casos das gestantes que residem em territórios indígenas, atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (SASI-SUS), deve-se evitar o deslocamento e permanência nos centros urbanos para a realização de exames de rotina. Como alternativa, sugere-se priorizar os testes rápidos; coletas de material no próprio território e envio para os laboratórios credenciados em condições adequadas de acondicionamento; e uso de equipamentos portáteis. Em situações urgentes que exijam a remoção dessas indígenas, os municípios deverão priorizar o seu atendimento, considerando os riscos de infecção da gestante e de toda sua comunidade devido à sua longa permanência nos centros urbanos.

As gestações de alto risco podem exigir maior frequência de consultas presenciais. Em muitos casos, avaliações maternas e de vitalidade fetal seriadas são necessárias e devem ser preservadas, talvez com modificações específicas da instituição para precauções sobre a Covid-19. Gestantes com comorbidades, especialmente com diabetes e hipertensão arterial, devem seguir os protocolos assistenciais e de retornos de rotina dos ambulatórios de alto risco.

2. Avaliação no pronto-atendimento:

Após triagem e classificação de risco, a paciente deverá ser classificada em caso leve de síndrome gripal (SG) ou caso de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) para seguir atendimento, e recomenda-se o seguinte fluxo:

- Paciente com sintomas → Acolhimento e medidas de precaução por contato e gotículas → Atendimento médico → Quadro leve → Não há necessidade de internação. Prescrição de oseltamivir nos casos indicados e orientações sobre isolamento e de sinais de alerta de agravamento. Combinados contatos telefônicos.
- Paciente com sintomas → Acolhimento e medidas de precaução por contato e gotículas → Atendimento médico → Quadro moderado → Internação em ala Covid-19 para observação e diagnóstico precoce de agravamento e necessidade de UTI.
- Paciente com sintomas → Acolhimento e medidas de precaução por contato e gotículas → Atendimento médico → Quadro grave → Internação e encaminhamento para UTI.



CORONAVÍRUS COVID-19

3. Atendimento obstétrico

Caso a paciente procure pronto-atendimento, recomendamos o fluxo a seguir:

Quadro 5. 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 cardiocografia 	Cuidados clínicos maternos <ul style="list-style-type: none"> - Suporte à gestação se estabilidade clínica - Cardiocografia (≥ 28 semanas) e US 	
SRAG	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados clínicos maternos - Não necessita fazer cardiocografia - Priorizar bem-estar materno 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados clínicos maternos - Cardiocografia (≥28 semanas) e US - Considerar corticoide (maturação pulmonar fetal)* Indicar parto se: <ul style="list-style-type: none"> - Alteração de vitalidade fetal (Quadro 6) - Houver benefício para a ventilação materna, discutido com a equipe de cuidados intensivos 	Cuidados clínicos maternos <ul style="list-style-type: none"> - Cardiocografia e US Indicar parto se: <ul style="list-style-type: none"> - Alteração de vitalidade fetal (Quadro 6) - Houver benefício para a ventilação materna, discutido com a equipe de cuidados intensivos

Fonte: Adaptação, Fiocruz (2020).

*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.



CORONAVÍRUS COVID-19

Quadro 6 - Alterações de vitalidade fetal que indicam a realização do parto em paciente com Covid - 19

PARÂMETRO	ALTERAÇÕES
Cardiotocografia	<ul style="list-style-type: none">- Bradicardia fetal persistente- Taquicardia fetal persistente- Presença de desacelerações tardias (conhecidas como DIP II)- Desacelerações variáveis de repetição Associadas ou não à diminuição da variabilidade
Volume de Líquido Amniótico (US)	<p>Oligoâmnio caracterizado por:</p> <ul style="list-style-type: none">- Índice de Líquido Amniótico (ILA) $\leq 5,0$, e/ou:- Maior bolsão $< 2 \times 2$ cm
Perfil Biofísico Fetal (PBF)	PBF ≤ 6
Dopplervelocimetria (para locais que disponham desse exame)	<ul style="list-style-type: none">- Diástole zero e idade gestacional > 34 semanas- Diástole reversa- Índice de Pulsatilidade do Ducto Venoso $\geq 1,0$

Alta e acompanhamento ambulatorial:

Se a gestante teve internação hospitalar, na alta deverá ser agendada consulta pré-natal entre 7 e 14 dias ou mais (a depender da data de início dos sintomas). É importante o retorno com 7 dias para as que apresentaram quadro respiratório com necessidade de oxigenação e entre 7 e 40 dias para puérperas. Deve-se dar atenção aos aspectos emocionais que advêm da doença, como estresse pós-traumático e ansiedade, em relação às complicações para si própria e seu concepto.

Monitorar as condições de saúde dessa mulher após a alta, assim como de seus familiares (ligação telefônica ou outro meio de comunicação eletrônico a cada 48h). Gestantes e puérperas com sinais de piora clínica ou queixas obstétricas deverão ser orientadas a procurarem a emergência para reavaliação.



CORONAVÍRUS COVID-19

Manejo em centro obstétrico de parturientes com caso de Covid-19 (suspeito ou confirmado):

Internação: uma vez indicada a internação no Centro Obstétrico (CO), a primeira definição é o leito que será atribuído à paciente.

Quadro 7 - Fluxo de atendimento às gestantes em Centro Obstétrico

CLASSIFICAÇÃO	GESTANTE SEM SINAIS DE COVID - 19	GESTANTE COVID - 19 (SUSPEITAS OU CONFIRMADAS)
Leito e Cuidado	<p>Leitos de Pré-parto de rotina: Idealmente uma gestante em cada quarto</p> <p>Caso haja mais de duas gestantes internadas no mesmo quarto, sugere-se uso de cortinas ou biombos para proteção entre leitos</p> <p>Se indicada sala cirúrgica: deverão utilizar as salas de rotina do Centro Obstétrico</p>	<p>Deverão ser direcionados para quartos privativos, com isolamento e todas medidas de precaução</p> <p>Se disponível no serviço, recomendam-se leitos de PPP (Pré-parto, Parto e Puerpério).</p> <p>Se indicado procedimento cirúrgico ou fase ativa avançada do trabalho de parto (acima de 6cm), deverá utilizar a Sala Cirúrgica especialmente destinada a estes casos, se possível com utilização de pressão negativa e que não haja compartilhamento do ar condicionado com outras salas.</p>

Fonte: Fluxograma próprio para assistência em instituições de saúde.

Para assistência ao parto, em relação à paramentação da equipe, recomenda-se:



CORONAVÍRUS COVID-19

Quadro 8 – Paramentação da equipe no procedimento obstétrico

PROCEDIMENTO	AVALIAÇÃO CLÍNICA DO TRABALHO DE PARTO	PARTO NORMAL	PARTO CESÁREO (OUTROS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS)
Sem Covid -19	Conjunto privativo + Máscara cirúrgica + Óculos de proteção ou proteção facial	Avental plástico + Propés + Luvas estéreis + Máscara cirúrgica + Óculos ou protetor facial + Touca	Paramentação usual + Máscara cirúrgica + Óculos ou protetor facial
Com Covid-19 (Suspeito ou confirmado)	Avental de TNT + Máscara cirúrgica (ou superior) + Protetor facial + Luvas + Touca	Avental impermeável + Máscara cirúrgica (ou superior) + Protetor facial + Luvas + Touca + Propés	Paramentação específica + Máscara cirúrgica (ou superior) + Protetor facial + Luvas + Touca + Propés

Fonte: Ministério da Saúde, 2020.

Paramentação para cesárea e outras cirurgias (gestante Covid-19):

O profissional já estará de conjunto privativo e touca descartável; deverá higienizar as mãos → colocar avental plástico impermeável sobre o conjunto privativo → colocar máscara cirúrgica (ou respirador /N95 (PFF2), se disponível) → colocar protetor facial → fazer antissepsia de mãos e braços (de rotina para a paramentação estéril) → colocar avental estéril → colocar protetores de braço (estéreis, de plástico) → colocar 2 luvas estéreis.

Desparamentação:

Deve ser treinada com toda a equipe. (pois é o momento de maior risco de contaminação):



CORONAVÍRUS COVID-19

1. A cada retirada de item de paramentação deve ser realizada higienização das mãos, esta pode ser realizada com preparação alcoólica.
2. Na sala cirúrgica: retirar luvas, protetor de braço, avental, protetor de corpo e propés: (para retirar o avental plástico e os propés, deverá ser usada uma luva de procedimento);
3. Fora da sala cirúrgica: retirar protetor facial, máscara e touca.

É importante ressaltar a necessidade de limpeza e desinfecção do protetor facial ao final do procedimento, caso este seja reutilizável.

Cuidados ambientais no Centro Obstétrico:

- Porta de acesso ao Centro Obstétrico deve permanecer fechada, sendo obrigatória a higienização das mãos de toda a equipe, pacientes e acompanhantes na entrada;
- Superfícies de contato e equipamentos (como computadores, teclados e mouses): deverão ser higienizados com álcool 70% com frequência.

Momento e via de parto:

A decisão de parto no ambiente de Covid-19 de infecção grave é desafiadora. O aumento do consumo de oxigênio, a capacidade residual funcional reduzida da gravidez e as alterações inflamatórias predispoem à deterioração rápida do status materno e fetal. Por isso deve-se levar em consideração a idade gestacional e o estado materno e fetal (Poon et al. 2020).

Importante estabilizar a mãe antes do parto por indicações fetais. Nas pacientes com função cardiopulmonar comprometida que requerem intubação, o parto pré-termo pode ser considerado, avaliando os riscos e os benefícios da continuação da gravidez.

Nos quadros 5 e 6 apontamos as alterações de vitalidade fetal que indicam resolução da gravidez. Quanto às alterações maternas, é muito difícil definir os parâmetros que indicariam resolução. Assim, cada caso deverá ser analisado juntamente com a equipe da UTI sobre condição ventilatória materna tendo em vista a idade gestacional e a possibilidade de evolução materna, seguindo etapas descritas no Quadro 9.



CORONAVÍRUS COVID-19

Quadro 9 – Etapas para tomada de decisão quanto à resolução de gravidez em gestante com Covid-19 grave (Fluxo próprio institucional)

ETAPA 1
Diferenciar Intercorrências Clínicas X Intercorrências Obstétricas
ETAPA 2
Identificar e Tratar as Disfunções Orgânicas
ETAPA 3
Avaliar o Risco Materno -Fetal Decisão Conjunta - Continuidade de Gestação X Parto
ETAPA 4
Decisão Quanto a Via de Parto Mais Adequada - Caso Necessário -
ETAPA 5
Otimizar Funções Orgânicas para Parto Seguro

A Covid-19 não é indicação para alterar a via de parto. O parto cesáreo será realizado por indicações obstétricas padrão, que podem incluir descompensação aguda da mãe com Covid-19 ou indicações fetais (ACOG, 2020). A observação da prática assistencial é que a cesárea pode piorar a condição materna, portanto, deve-se priorizar todas as tentativas clínicas antes de indicá-la.

Para pacientes que necessitam de preparo cervical hospitalar, o método deve estar de acordo com o protocolo do serviço. Lembramos que o uso de dois métodos, por exemplo, mecânico (balão) e misoprostol ou mecânico e ocitocina, pode diminuir o tempo da indução ao parto, em comparação com o uso de apenas um agente. Ressalte-se que não se deve usar misoprostol e ocitocina concomitantemente (Obstetrics 2009).

O monitoramento eletrônico fetal contínuo é recomendado em mulheres com suspeita ou confirmação de Covid-19.

A ingestão de líquidos deve ser cuidadosamente monitorada nessas mulheres, e a hidratação agressiva deve ser evitada.



CORONAVÍRUS COVID-19

Atenção ao pós-parto durante a pandemia:

Orientações para o seguimento das puérperas no período da pandemia:

Puerpério imediato: as mulheres deverão ser mantidas no local do parto (PPPs ou sala do Centro Cirúrgico) até a alta do binômio para a unidade de internação à qual se destina segundo protocolo assistencial. Esse fluxo de alta deverá ser facilitado pelas unidades de internação, a fim de reduzir o tempo de permanência no Centro Obstétrico.

Puerpério após a alta hospitalar: as consultas de rotina pós-parto, incluindo pós-cesariana, podem ser realizadas virtualmente, com orientação sobre lactação e contracepção. Se houver necessidade, a consulta presencial deverá ser garantida (Poon et al. 2020).



12 - MANEJO E TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DE GESTANTES E PUÉRPERAS COM COVID-19

O tratamento da Covid-19 durante a gravidez foi pouco estudado. Embora diversas intervenções farmacológicas tenham sido utilizadas para o controle dessa infecção, muitas delas, apesar de apresentarem atividade *in vitro* contra o coronavírus, ainda não foram adequadamente avaliadas em ensaios clínicos multicêntricos, controlados, cegos e randomizados. Destaca-se que os ensaios clínicos em geral não incluem pacientes grávidas por razões de segurança e, conseqüentemente, medicamentos que podem ser eficazes na população em geral não podem ser usados em mulheres grávidas devido ao desconhecimento dos efeitos colaterais nesse grupo. Neste documento especificaremos o tratamento para cada fase da doença de acordo com a gravidade do quadro (Mazzoni et al. 2020). Ressalte-se a importância de o tratamento ser precoce.



CORONAVÍRUS COVID-19

Quadro 10 - Diretriz para manejo de gestantes com Covid-19 de acordo com gravidade do caso.

ESTÁGIO	QUADRO CLÍNICO	EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM	MANEJO
Gestante/puérpera assintomática RT-qPCR positivo para SARS-CoV-2	Ausência de sinais ou sintomas	Não solicitar exames laboratoriais	Orientações Isolamento Teleatendimento (Atenção para sinais de agravamento do quadro após o 7º dia de evolução)
Gestante/puérpera classificada como doença LEVE	Anosmia Ageusia Coriza Febre Mialgia Tosse Fadiga Cefaleia Diarreia Dor abdominal DISPNEIA AUSENTE	Colher RT-qPCR Sars CoV-2 em nasofaringe Não solicitar outros exames laboratoriais	Gestante de baixo risco obstétrico-neonatal: isolamento Oseltamivir: síndrome gripal com início há menos de 48 horas + Medidas de suporte (repouso, hidratação, analgésicos, antitérmicos) + Orientações escritas sobre sinais de gravidade, quando e onde procurar o serviço de saúde + Monitorização da evolução dos sintomas pela equipe de saúde (de 2 a 3 vezes por semana e diariamente do 7º ao 10º dia de evolução) Gestante de alto risco obstétrico-neonatal: avaliar a possibilidade de acompanhamento da evolução clínica da Covid -19 e o acesso rápido ao sistema de saúde em caso de piora. Caso não seja possível recomenda-se internação hospitalar

Documento Assinado Digitalmente por: GLEISY TAVARES DE ARAUJO
Acesse em: https://stc.tce.pe.gov.br/app/validaDoc.seam?codigo_documento=3d8e3e97-4828-4408-9fa9-421db997de18



CORONAVÍRUS COVID-19

ESTÁGIO	QUADRO CLÍNICO	EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM	MANEJO
Gestante/puérpera classificada como doença MODERADA	<p>Tosse + febre persistente diária</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>Tosse persistente + piora progressiva de outro sintoma relacionado à Covid-19 (adinamia, prostração, hipotermia, diarreia)</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>Pelo menos um dos sintomas acima + presença de fator de risco</p> <p>Saturação O₂ <95%</p> <p>Frequência respiratória >24 irpm</p>	<p>Colher RT-qPCR Sars CoV-2 em nasofaringe</p> <p>Hemograma</p> <p>Creatinina e Ureia</p> <p>Sódio e potássio</p> <p>TGO e TGP</p> <p>LDH</p> <p>Proteína C Reativa</p> <p>TP e TTPa</p> <p>D Dímeros</p> <p>Ferritina</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>RX toráx**: sinal radiográfico de pneumonia (ou Tomografia Computadorizada de tórax)</p>	<p>Internação</p> <p>Medicações</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antibióticos: se sinal de infecção bacteriana - Oseltamivir: se síndrome gripal com início há menos de 48 horas - Heparina - Corticoterapia
Gestante/puérpera classificada como doença GRAVE (estado de "hiperinflamação")	<p>Síndrome respiratória aguda grave (SRAG): Dispneia/desconforto respiratório</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>Pressão persistente no tórax</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>Saturação O₂ < 95% em ar ambiente</p> <p>Frequência respiratória >30 irpm</p> <p>PaO₂/FIO₂ < 300</p>	<p>Colher RT- qPCR Sars CoV-2 em nasofaringe,</p> <p>Hemograma</p> <p>Creatinina e Ureia</p> <p>Sódio e potássio</p> <p>TGO e TGP</p> <p>LDH</p> <p>Proteína C Reativa</p> <p>TP e TTPa</p> <p>D Dímeros</p> <p>Ferritina</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>**Tomografia Computadorizada de tórax ou RX de torax (acometimento pulmonar > 50%)</p>	<p>Internação em UTI</p> <p>Medicações</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antibióticos - Oseltamivir - Heparina - Corticoterapia
<p>Gestante/puérpera classificada com doença crítica apresenta falência respiratória, choque séptico, e/ou disfunção de múltiplos órgãos.</p>			

HMG: hemograma; PCR: proteína C reativa; RT-qPCR: Transcriptase reversa quick reação em cadeia da polimerase; IRPM: incursões respiratórias por minuto; PaO₂: pressão parcial de oxigênio; FIO₂: LDH: desidrogenase láctica; TGO: transaminase glutâmico-oxalacética; TGP: transaminase glutâmico-pirúvica; TP: tempo de protrombina; TTPA: tempo de tromboplastina parcial ativada

CORONAVÍRUS COVID-19

Gestante de alto risco obstétrico-neonatal: gestantes com comorbidades: pneumopatias (incluindo asma), tuberculose de todas as formas, cardiopatias, síndromes hipertensivas, nefropatias, hepatopatias, doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme), diabetes, obesidade (especialmente IMC \geq 40), transtornos neurológicos que comprometem a função respiratória ou aumentem o risco de aspiração (lesão medular, epilepsia ou doenças neuromusculares), imunossupressão associada a medicamentos, neoplasias, HIV/aids ou outros.

**** RX/TC de tórax:** providenciar proteção abdominal com avental de chumbo para a gestante.

Exames laboratoriais: A maioria dos casos leves de Covid-19 pode ser manejada ambulatoriamente e não requer a realização de exames complementares rotineiramente. Para os casos **moderados ou graves**, admitidos em enfermaria ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI), recomenda-se a realização dos seguintes exames na admissão:

- Hemograma
- Creatinina e uréia
- Sódio e potássio
- TGO e TGP
- LDH
- Proteína C reativa
- TP e TTPa
- D-Dímeros
- Ferritina
- Gasometria arterial
- Rx de tórax AP no leito

O monitoramento diário por exames laboratoriais é desnecessário e a sua repetição deve ser baseada na evolução clínica e comorbidades. De acordo com a gravidade da gestante, internada em enfermaria ou UTI, recomenda-se um intervalo mínimo entre os exames. Complicações específicas podem requerer repetições em intervalos menores, ou mesmo a adição de outros exames laboratoriais ou de imagem.





CORONAVÍRUS COVID-19

Gestantes internadas em enfermarias: Repetição a cada 72 horas com exceção do LDH (semanal), D-Dímeros (admissão e na alta hospitalar), ferritina (apenas na admissão) e gasometria arterial (apenas na admissão e repetir se houver piora respiratória).

Gestantes internadas em UTI:

- Gasometria arterial: diariamente
- Ureia, creatinina, sódio e potássio, TGO e TGP: a cada 48 horas
- Hemograma, Proteína C reativa, TP e TTPa, LDH: a cada 72 horas
- D-Dímeros: apenas na admissão e na alta hospitalar. Repetir se piora clínica.
- Ferritina: apenas na admissão e se houver piora clínica.

Principais achados nos exames alterados:

- Hemograma: achado mais frequente é a citopenia (linfopenia, anemia, etc)
- Creatinina 1,5 vezes acima do limite superior da normalidade para grávidas (LSN)
- LDH 1,5 vezes acima do LSN
- TGO/TGP 1,5 vezes acima do LSN
- PCR 5 vezes acima do LSN
- D Dímeros 3,5 vezes acima do LSN
- Tempo de protrombina 1,5 vezes acima do LSN

A) Antibióticos: devem ser administrados na presença de critérios clínicos e radiológicos de pneumonia bacteriana. Recomenda-se, como possível esquema, uma das associações:

- a1) Ceftriaxona (2 gramas EV, 1 vez ao dia) + Azitromicina
Posologia da azitromicina: • Endovenosa: 500 mg EV, 1 vez ao dia, por 5 dias • Oral: 500 mg VO 1 vez ao dia por 5 dias .

ATENÇÃO: O esquema com amoxicilina + clavulanato de 8/8h + azitromicina pode ser utilizado, porém aumenta exposição da equipe de saúde pelo número de aplicações.

B) Oseltamivir: deve ser administrado na presença de síndrome gripal ou na presença de síndrome respiratória aguda grave (SRAG), desde que, em ambos os casos, o quadro clínico tenha se iniciado há menos



CORONAVÍRUS COVID-19

de 48 horas. Deve ser iniciado mesmo se a gestante/puérpera tiver recebido a vacina para influenza.

Posologia: 75 mg VO de 12/12 horas por 5 dias. Síndrome gripal: definida pela presença de febre + tosse + mialgia, artralgia ou cefaleia.

C) Heparina profilática: administrada apenas se contagem plaquetária $\geq 50.000/mm^3$, na ausência de sangramentos e de outras contraindicações ao uso dessa medicação. Podem ser administradas heparina não fracionada ou heparina de baixo peso molecular, com posologia de acordo com o peso corporal:

Peso	Até 60 kg	60 kg a 90 kg	> 90 kg
Heparina não fracionada	5.000 UI 12/12 horas	5.000 UI 8/8 horas	7.500 UI 8/8 horas

Peso	Até 80Kg	80-120 Kg	> 120 Kg
Heparina de baixo peso molecular (enoxaparina)	40 mg SC 1 x ao dia	60 mg SC 1x ao dia	40 mg SC 12/12 h

1. A heparina profilática está recomendada para todos os casos que forem considerados moderados ou graves com internação em enfermaria ou UTI.
2. Em caso de uso de enoxaparina, o tempo ideal entre a última dose e o procedimento anestésico/obstétrico é de 12 horas. No caso da heparina não fracionada, pode ser utilizada a protamina antes do procedimento anestésico/obstétrico.
3. A heparina não fracionada ou a enoxaparina poderão ser mantidas após a alta para as gestantes e puérperas que apresentaram quadro moderado ou grave. A duração da profilaxia após a alta deverá ser individualizada para cada caso. Como se trata de uso profilático, não há necessidade de controle do tempo de coagulação.



CORONAVÍRUS COVID-19

Heparinização plena: será recomendada se houver documentação de evento tromboembólico (trombose venosa profunda ou embolia pulmonar) e pode ser considerada se houver hipoxemia refratária ou isquemia de membros.

A preferência será para prescrição de heparina não fracionada, pois, em caso de necessidade de interrupção da gravidez, poderá ser usado o sulfato de protamina: 1 ampola de 5ml com 50mg (1ml = 10mg). Cada 1 mL de Protamina1000® neutraliza 1.000 U de heparina.

D) Corticoterapia: a administração de corticóide deve ser considerada após 7 dias do início dos sintomas se a paciente mantiver quadro de comprometimento pulmonar importante:

D1) Metilprednisolona 0,7 a 1,0 mg/Kg EV de 12/12h por 3 dias, podendo prorrogar por 7 dias se houver resposta satisfatória ao tratamento (melhora clínica e radiológica).

D2) Dexametasona 6mg/dia (0,75mg/Kg/dia) por 7 a 10 dias.

E) Pronação: o decúbito ventral pode ser uma manobra importante no manejo de paciente com quadro de doença crítica por Covid-19 (Falavigna, Colpani et al. 2020). Embora não existam estudos avaliando o impacto dessa manobra durante a gestação de mulheres com Covid-19, a posição prona se mostrou segura para gestantes e seus fetos em pacientes sem doenças maternas (Oliveira, Lopes et al, 2011). Assim, esse posicionamento pode ser utilizado para melhora da capacidade respiratória de gestantes com Covid-19. A posição prona deve ser indicada em situações em que há dificuldade de manter a oxigenação de gestantes > 95% ou de puérperas > 92% (Tolcher, McKinney et al., 2020). A pronação pode ser feita com gestantes e puérperas acordadas que necessitem de suplementação de oxigênio (máscara de Venturi, máscara não reinalante ou cateter de alto fluxo) ou gestantes e puérperas sedadas em IOT com relação $PaO_2/FiO_2 < 150$. Caso se opte por pronação acordada, a mudança de posição deverá ocorrer em intervalos de 30 minutos a duas horas. Gestantes ou puérperas sedadas e em IOT poderão ficar pronadas por 16 a 21 horas.

Durante a pronação, recomenda-se a utilização de placas de hidrocolóide e espumas de poliuretano nas áreas mais propensas à formação de escaras. Em caso de pronação de gestantes, especialmente após a 24ª semana, pode haver limitações pelo aumento do volume abdominal e deve-



CORONAVÍRUS COVID-19

se tomar cuidado especial com a proteção do abdome, assim, recomenda-se a utilização de macas especiais para pronação ou a colocação de coxins, almofadas ou rolos de lençóis que permitam o posicionamento correto da gestante, garantindo a proteção abdominal. (Figura 4).

Figura 4: Gestante de 34 semanas em decúbito dorsal horizontal e em pronação com uso de coxins



Fonte: Acervo SAPS.

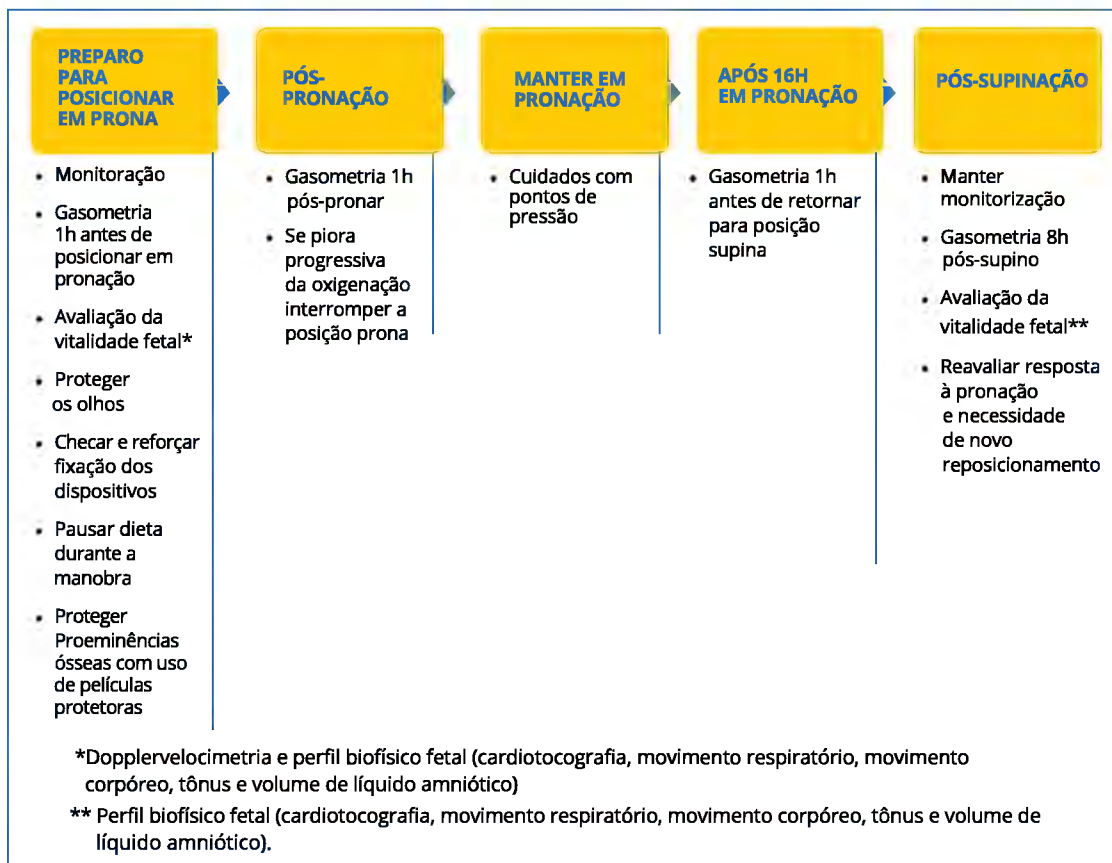
Outro ponto importante é a avaliação imprescindível da vitalidade fetal para assegurar que não há sinais de comprometimento fetal que indiquem risco de necessidade de resolução da gestação nas próximas 24 horas ou risco de óbito fetal durante a pronação (dopplervelocimetria de artéria umbilical anormal, oligoâmnio, alterações na cardiotocografia). Essa avaliação deverá ser realizada imediatamente antes e após o posicionamento da gestante.

Para pronação de puérperas é necessário que se considere como contraindicação relativa o intervalo de tempo entre a cesárea e pronação inferior a 24 horas. Nesses casos, caso a pronação seja necessária, deve-se estar atento ao risco de sangramento.



CORONAVÍRUS COVID-19

Quadro 11 – Orientação de Pronação - Adaptado do MS



Fonte: Adaptado Ministério da Saúde.



13 - INDICAÇÕES DE VENTILAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA E ADMISSÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

É necessário que a gestante apresente aos menos um dos critérios abaixo para internação em UTI:

- Sem melhora da saturação de oxigênio apesar da oferta de O_2 ($SatO_2 < 95\%$ com oferta de 6L/min);
- Esforço ventilatório (uso de musculatura acessória, tiragem intercostal, batimento de asa nasal) apesar da oferta de O_2 ;
- Relação $pO_2/FiO_2 < 300$;
- Hipotensão arterial (PAS) $< 100\text{mmHg}$ ou pressão arterial média (PAM) $< 65\text{mmHg}$;



CORONAVÍRUS **COVID-19**

- Alteração da perfusão periférica (tempo de enchimento capilar);
- Alteração do nível de consciência;
- Oligúria.

Tratamento da insuficiência respiratória hipoxêmica

É importante reconhecer a insuficiência respiratória hipoxêmica grave quando a gestante apresenta dificuldade respiratória e se preparar para fornecer suporte avançado de oxigênio e ventilação.

O suporte de oxigênio segue uma progressão, a depender da gravidade do comprometimento pulmonar materno. Ao alcançar o valor máximo preconizado, deve-se avançar para o próximo item:

- Cateter nasal (fluxo máximo 6L/min);
- Máscara de Venturi/máscara não reinalante: 50%;
- Catéter nasal de alto fluxo (CNAF): de 40 a 70 litros a depender a da capacidade máxima definida pelo fabricante.

De acordo com a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (Amib), poderá ser tentado o cateter nasal de alto fluxo (CNAF) em pacientes dispnéicos e hipoxêmicos. Entretanto, é necessário atender a 3 requisitos:

1. Dispositivo de VNI ou para IOT pronto para uso imediato no serviço;
2. Equipe treinada e experiente;
3. EPI suficientes para procedimentos geradores de aerossóis.

- **Ventilação não invasiva (VNI): CPAPe BIPAP**

Consiste na oferta de suporte ventilatório com pressão positiva às vias aéreas utilizando interfaces/máscaras. Esse recurso se apresenta como uma boa alternativa à ventilação invasiva convencional por oferecer as vantagens de evitar a intubação orotraqueal (IOT) e suas complicações e diminuir o risco de pneumonia hospitalar, com o grande atrativo da flexibilidade na aplicação e na remoção da assistência ventilatória. Essa terapia pode ser aplicada na modalidade CPAP, ou seja, com um único nível de pressão positiva na via aérea ou na modalidade BiPAP, com dois níveis de pressão na via aérea (pressão positiva inspiratória-IPAP e pressão positiva expiratória-EPAP). Outra opção que tem se mostrado bastante útil é o cateter nasal de alto fluxo.

CORONAVÍRUS COVID-19

- **Ventilação mecânica invasiva:** principalmente a intubação orotraqueal. Gestantes com insuficiência respiratória aguda podem reduzir a saturação de oxigênio rapidamente durante a intubação, motivo pelo qual deve-se realizar monitorização da frequência cardíaca fetal durante o procedimento e manter equipe preparada para eventual necessidade de cesárea de emergência. Pré-oxigenar com FiO_2 a 100% durante 5 minutos através de uma máscara facial com bolsa-reservatório. A ventilação com dispositivo válvula-máscara-reservatório (popularmente conhecida por Ambu) deve ser evitada pelo risco de produção de aerossol e contaminação do ambiente.

Sequência rápida de intubação (SRI)

- A sequência rápida de intubação (SRI) é apropriada após uma avaliação das vias aéreas que não apresentem sinais de intubação difícil.
- Para realizar SRI, considerar a sequência a seguir: fentanila 50-100mcg EV; etomidato 0,3mg/kg ou propofol 2mg/kg, 3 min. após infusão da fentanila; lidocaína 2% sem vasoconstritor 40mg; bloqueio neuromuscular com succinilcolina 1mg/kg (ou rocurônio 1,2mg/kg, caso contra-indicação para succinilcolina, como hipercalemia, hipertensão intracraniana, glaucoma, história pessoal ou familiar de hipertermia maligna) para facilitar a intubação e evitar tosse durante o procedimento.
- Após verificar o posicionamento adequado do tubo orotraqueal com capnógrafo e insuflação do balonete, o paciente poderá ser conectado ao ventilador, com colocação de filtro barreira apropriado na saída do circuito expiratório para o ambiente (além da necessidade de filtro de barreira entre o tubo orotraqueal e o circuito ventilatório).
- O paciente submetido à intubação orotraqueal deverá ser ventilado por meio de uma conduta protetora, no modo volume ou pressão controlada (VCV ou PCV) com volume corrente igual a 6mL/kg de peso predito (fórmula abaixo) e pressão de platô menor que 30cmH₂O, com pressão de distensão ou driving pressure (= pressão de platô menos a PEEP) menor que 15cmH₂O, e com frequência respiratória entre 20-24 rpm para manter pCO₂ normal (volume minuto entre 7-10L/min).





CORONAVÍRUS COVID-19



14 - VIGILÂNCIA FETAL NA COVID-19

O efeito da infecção por SARS-CoV-2 na gravidez ainda não está totalmente esclarecido.

Na literatura, revisões têm referido maior risco de parto prematuro (cerca de 25-30%) e de resultados fetais/neonatais adversos nos casos graves (RCIU, morte fetal/neonatal, sintomas graves ao nascer). Os mecanismos potenciais incluem alterações placentárias e doenças respiratórias maternas graves, que podem levar à insuficiência placentária, oligoâmnio, RCIU e sofrimento/morte fetal (Lambelet, et al. 2020).

Com o conhecimento adquirido até o momento, os critérios de vigilância fetal devem ser realizados no sentido de verificar o crescimento fetal, o oligoâmnio e a insuficiência placentária, após a detecção e cura de Covid-19 em gestantes. Nos casos graves, a preocupação com a vitalidade fetal acompanha o quadro materno.

Assim, nos casos de seguimento pós-Covid-19, o ideal será, quando disponível, a realização de US obstétrico mensal, e somente se indicará maior número de exames se for identificada alguma alteração. Quando não disponível, ressaltar a importância da medida manual seriada do fundo uterino.

Nos casos de internação hospitalar, pela gravidade do quadro materno, o estudo da vitalidade fetal deverá ser diário, lançando mão de US, Doppler e cardiotocografia.



15 - ALEITAMENTO MATERNO E COVID-19

O aleitamento materno tem importância direta na saúde e bem-estar da criança nos primeiros anos de vida. Essa prática fortalece o sistema imunológico da criança e a protege de diversas patologias, como doenças respiratórias e gastrointestinais, além de oferecer melhor desenvolvimento cognitivo. Como benefício para mãe, a amamentação garante satisfação emocional (Gertosio et al. 2016), redução dos riscos de doenças crônicas (Jäger et al. 2014, Perrine et al. 2016) e de câncer de ovário, mama e endométrio. Portanto, torna-se indiscutível a importância da amamentação tanto para a criança quanto para a mãe.



CORONAVÍRUS COVID-19

Recomendações

Até o presente momento, a recomendação é privilegiar o aleitamento natural, com liberação da prática da amamentação, todavia, sob a efetivação de medidas que garantam a proteção tanto da mãe quanto a do RN.

É importante que, nessa decisão, as grávidas e lactantes recebam aconselhamento sobre os cuidados maternos e apoio psicossocial básico, além de ajuda na prática da amamentação, independentemente se elas ou os RN forem suspeitos ou confirmados com Covid-19.

Ressalta-se que:

- deve ser decidido pela mãe, em conjunto com familiares e profissionais de saúde, quando e como começar ou prosseguir a amamentação;
- a mãe infectada deve estar em condições clínicas adequadas para amamentar;
- a mãe deve concordar com as medidas preventivas necessárias.

Medidas preventivas gerais para pacientes assintomáticas (MS 2020, Poon et al. 2020, SBP 2020):

- Orientar o uso de máscara cobrindo nariz e boca durante todo o tempo de amamentação.
- A máscara deve ser trocada em caso de espirro ou tosse ou a cada nova mamada.
- Orientação para higienização das mãos por pelo menos 20 segundos antes de pegar no RN ou de manipular mamadeiras e bombas de leite quando for necessário.
- Evitar falar durante as mamadas.
- Evitar que o bebê toque o rosto da mãe, especialmente boca, nariz, olhos e cabelos.
- Se for usada extração de leite, todo o equipamento deve ser limpo com água e sabão antes e após o uso.



CORONAVÍRUS COVID-19

Medidas de orientação para aleitamento frente à Covid-19

1- Parturiente com sintomas de gripe ou que teve contato domiciliar com pessoa com síndrome gripal ou infecção respiratória comprovada por SARS-CoV-2 nos últimos 10 dias

- Manter a distância de, no mínimo, um (1) metro entre o leito da mãe e berço do RN.
- A mãe deve usar máscara cobrindo o nariz e boca.
- Higienizar mãos e mamas e desinfetar as superfícies compartilhadas.
- Manter alojamento conjunto privativo com características de isolamento.
- Caso a mãe esteja na UTI e deseje amamentar, recomenda-se que seu leite seja extraído e oferecido ao RN por uma pessoa saudável.

2- Puérperas com Covid-19 e clinicamente estáveis com RN assintomático

- Devem ficar em isolamento privativo e manter a distância de, no mínimo, um (1) metro entre leito da mãe e o berço, nos intervalos das mamadas.
- Devem ser orientadas a realizar higienização das mãos por, pelo menos, 20 segundos antes de pegar no RN ou de manipular mamadeiras e bombas de leite, quando for necessário.
- Devem usar máscaras cobrindo o nariz e boca durante todo o tempo.
- Podem solicitar a ajuda de alguém que esteja saudável para ofertar o leite materno em colher ou copinho ao RN.
- Após a mamada, os cuidados com o RN devem ser feitos por outra pessoa que não tenha sintomas ou que não esteja confirmada com Covid-19.
- Em caso da troca de fraldas, antes ou após a mamada, a mãe deve usar luvas cirúrgicas, quando possível.

3- Puérperas não estáveis clinicamente

- Devem aguardar a melhora clínica para proceder à amamentação.
- O leite deverá ser ordenhado pela equipe assistencial.



CORONAVÍRUS **COVID-19**

4- Doação do leite humano

- Não deve ser indicada para mulheres com sintomas de síndrome gripal, infecção respiratória ou confirmação de SARS-CoV-2 até 10 dias após o início dos sintomas ou diagnóstico confirmado.
- Mães saudáveis, com contactantes apresentando síndrome gripal, casos suspeitos ou confirmados de SARS-CoV-2, não devem ser doadoras de leite humano.
- Assim que a mãe for considerada curada, a doação de leite humano poderá ser retomada.



16 - ANTICONCEPÇÃO E COVID-19

Orientações gerais em relação à anticoncepção

- A orientação geral para a usuária de anticoncepcionais é que não suspenda o seu método contraceptivo. Isso só deverá ser feito se apresentar alguma queixa importante ou desejo de gravidez.
- A paciente com desejo de gravidez deve ser orientada sobre os riscos da infecção por Covid-19 para gestantes e puérperas.

Anticoncepção pós-parto

- A utilização de métodos de longa duração, como o dispositivo intrauterino de cobre, deve ser estimulada, pois apresentam poucas contraindicações e muitas vantagens.

Mulheres com diagnóstico de Covid-19

- A pandemia não alterou as indicações e contraindicações para o uso dos diferentes métodos contraceptivos, inclusive os hormonais.
- As mulheres com diagnóstico de Covid-19 positivo, tanto as assintomáticas quanto as sintomáticas, podem continuar usando método com progestagênio isolado, tendo apenas o cuidado com as interações medicamentosas.
- Os anticoncepcionais hormonais combinados devem ser evitados em casos de comprometimento pulmonar grave, quando houver imobilização no leito, o que aumenta o risco tromboembólico nas mulheres.
- Os métodos de longa duração podem ser continuados em mulheres com Covid-19 positiva, tanto nas assintomáticas quanto nas sintomáticas.



CORONAVÍRUS COVID-19



17 - COMO PREVENIR MORTE MATERNA NO MOMENTO DA PANDEMIA

Tradicionalmente, o atraso na decisão da paciente em procurar o sistema de saúde, o atraso no acesso e a demora em receber o cuidado adequado são determinantes para o óbito materno (Calvello et al. 2015). A pandemia do SARS-CoV-2 tem o potencial de exacerbar todos esses fatores de risco, além de contribuir adicionalmente com mortes pela própria infecção viral.

Diante do cenário da pandemia, é importante planejar ações efetivas para reduzir as mortes maternas pela infecção viral, mas deve-se, principalmente, dar seguimento às estratégias já implementadas para prevenir a morte materna não relacionada à Covid-19 (Roberton et al. 2020).

Deve-se ressaltar a manutenção do cuidado pré-natal, dos exames mínimos de pré-natal e do calendário vacinal. A vigilância com as gestantes de alto risco deve ser ainda maior.

Outro ponto essencial é manter atendimento obstétrico hospitalar adequado. Na vigência de intercorrências obstétricas ou trabalho de parto, as gestantes devem continuar a ser orientadas a procurar o atendimento na maternidade de referência.

O cuidado puerperal é outra atividade essencial que não deve ser abandonada, especialmente em situações de pacientes de risco.

Por fim, também se deve realizar ações para evitar a morte materna por Covid-19, o que se visa conseguir com a ampliação da testagem para Covid-19 nas gestantes e puérperas assim como com o reforço das ações de prevenção contra o contágio pelo SARS-CoV-2 e o correto manejo das gestantes infectadas.

► **Recomendação 1:**

Para prevenção da Covid-19, deve ser reforçado que as gestantes e seus familiares mantenham práticas de higiene, respeitem o distanciamento social e usem máscara em lugares públicos.

► **Recomendação 2:**

Profissionais de saúde que atendem gestantes devem estar atentos para o diagnóstico precoce da Covid-19. Frente a essa suspeita, recomenda-se a procura sistemática de sinais de gravidade por meio do uso de quadros ou escores de alerta padronizados.



CORONAVÍRUS **COVID-19**

➤ **Recomendação 3:**

Profissionais e gestores de saúde devem considerar as gestantes e puérperas como grupo de risco para o desenvolvimento de formas graves ou fatais da Covid-19, principalmente a partir do 3º trimestre gestacional e na presença de doenças pré-existentes.

➤ **Recomendação 4:**

Para diminuir o risco de exposição, para gestantes de risco habitual está indicado o espaçamento de consultas, substituindo alguns encontros presenciais por atendimento remoto. As gestantes devem receber orientações claras sobre a sequência de consultas e aonde se dirigir em caso de urgência.

Gestantes com gravidez de alto risco devem manter as consultas presenciais

➤ **Recomendação 5:**

Antes do atendimento nos serviços de saúde, toda gestante deve ser triada para sintomas gripais e de contato prévio com paciente positivo, além de ter a sua temperatura aferida.

Nota: para consultas eletivas, essa triagem deve ocorrer idealmente dois dias antes, por telefone, e repetida na recepção no dia da consulta.

➤ **Recomendação 6:**

Visando ao diagnóstico e vigilância oportunos e à prevenção da mortalidade materna por Covid-19, o RT-qPCR para detecção do SARS-CoV-2 deve ser solicitado a toda gestante ou puérpera que apresente sintomas gripais, idealmente entre o 3º e 7º dia do início dos sintomas. Nas localidades em que o resultado do RT-qPCR demorar mais que 7 dias, recomenda-se a utilização da associação com o teste rápido a partir do 8º dia de início dos sintomas, especialmente nas populações com difícil acesso à maternidade.

➤ **Recomendação 7:**

Visando ao diagnóstico e à vigilância oportunos e à prevenção da mortalidade materna por Covid-19, o RT-qPCR para detecção do SARS-CoV-2 deve ser solicitado a toda gestante assintomática nas seguintes situações:

- Internação para assistência obstétrica (parto, aborto, gravidez ectópica)
- Internação para cuidado de doença clínica ou obstétrica
- Internação para tratamento cirúrgico

Nota: Para internações eletivas, colher o RT-qPCR 3 dias antes. Nos locais em que houver demora do resultado, colher com 37-38 semanas de gravidez

CORONAVÍRUS COVID-19

➤ **Recomendação 8:**

Gestantes/puérperas com sintomas leves, sem sinais de gravidade ou que são contactantes assintomáticas devem permanecer em isolamento, sendo elas e seus familiares instruídos quanto aos sinais de gravidade. Elas permanecerão sob cuidados da UBS ou de maternidade de baixo risco. Os gestores deverão criar estratégias de acompanhamento remoto a cada 24h, até o 10º dia do início dos sintomas.

➤ **Recomendação 9:**

Gestantes/puérperas com suspeita ou diagnóstico de Covid-19 que apresentem dispnéia após oferta de O₂ e sintomas moderados ou graves devem ser internadas para diagnóstico precoce de agravamento em hospitais de referência para Covid-19 ou maternidades de alto risco. As com sintomas graves serão direcionadas à UTI de referência para Covid-19.

Gestantes e puérperas com formas moderadas ou graves de Covid-19 atendidas em unidades sem UTI deverão ter transferência oportuna para centros com esse recurso na vigência de baixa saturação de O₂ apesar da oferta de O₂ por cateter nasal.

➤ **Recomendação 10:**

O diagnóstico de Covid-19 não constitui indicação para cesariana. A determinação do momento e via de parto deverá se basear em aspectos obstétricos, idade gestacional e avaliação individual da gravidade do quadro materno.

➤ **Recomendação 11:**

Em todos os níveis de atenção, gestantes ou puérperas com síndrome gripal cujos sintomas iniciaram há menos de 48h devem ser medicadas com oseltamivir, mantendo a medicação por 5 dias ou até que a infecção por influenza vírus tenha sido excluída.

➤ **Recomendação 12:**

Considerando o impacto dos fenômenos tromboembólicos na morbimortalidade materna, gestantes e puérperas com quadro moderado ou grave de Covid-19 devem receber anticoagulação profilática





CORONAVÍRUS **COVID-19**

➤ **Recomendação 13:**

A amamentação deve ser mantida em mulheres com suspeita ou confirmação de Covid-19, com a utilização de máscara e medidas de higiene, desde que estas assim o desejem e estejam estáveis clinicamente. As normas para evitar o contágio do recém-nascido devem ser mantidas por 10 dias, a partir do início dos sintomas ou da confirmação diagnóstica.

➤ **Recomendação 14:**

O sistema de saúde deve garantir que a oferta e o acesso aos métodos contraceptivos não sejam interrompidos durante a pandemia. O uso de métodos de longa duração deve ser incentivado nesse momento e iniciado imediatamente após o parto.

➤ **Recomendação 15:**

Os programas de prevenção, diagnóstico e cuidado para os agravos da Covid-19 devem incluir a atenção aos profissionais de saúde que atendem as pacientes. A transparência na divulgação de informações, a garantia de equipamentos de proteção individual adequados e a oferta de cuidado emocional são essenciais para preservar a saúde e bom desempenho dos profissionais.



CORONAVÍRUS COVID-19



REFERÊNCIAS

ACOG Committee on Practice Bulletins -- Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 107: induction of labor. *Obstet Gynecol.* 2009;114(2 Pt 1):386-397. doi:10.1097/AOG.0b013e3181b48ef5

American College of Obstetrician and Gynecologists (ACOG). Novel coronavirus 2019 (Covid-19). Practice Advisory. March, 2020. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2020/03/novel-coronavirus-2019>.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Testes para Covid -19: perguntas e respostas. 2020 Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/index.php/diagnostico-clinico-e-laboratorial>.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA- Brasil). Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA número 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-CoV2). 2020

Aziz A, Zork N, Aubey JJ, Baptiste CD, D'Alton ME, Emeruwa UN, Fuchs KM, Goffman D, Gyamfi-Bannerman C, Haythe JH, LaSala AP, Madden N, Miller E C, Miller RS, Monk C, Moroz L, Ona S, Ring LE, Sheen JJ, Spiegel ES, Simpson LL, Yates HS, Friedman HS. Telehealth for High-Risk Pregnancies in the Setting of the Covid-19 Pandemic. *Am J Perinatol* 2020, 37(8): 800-808. doi: 10.1055/s-0040-1712121

Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para manejo de pacientes com Covid -19. Publicado em 17 de junho de 2020. Disponível em <https://saude.gov.br/images/pdf/2020/June/17/Covid19-Orienta---esManejoPacientes.pdf>." Retrieved 12/07/2020, 2020, from <https://saude.gov.br/images/pdf/2020/June/17/Covid19-OrientaçõesManejoPacientes.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diagnóstico clínico e laboratorial da Covid 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em <https://coronavirus.saude.gov.br/diagnostico-clinico-e-laboratorial>

Calvello EJ, Skog AP, Tenner AG, Wallis LA. Applying the lessons of maternal mortality reduction to global emergency health. *Bull World Health Organ* 2015, 93(6): 417-423. doi: 10.2471/BLT.14.146571



CORONAVÍRUS COVID-19

Chan JF, Yip CC, To KK, Tang TH, Wong SC, Leung KH, Fung AY, Ng AC, Zou Z, Tsoi HW, Choi GK, Tam AR, Cheng VC, Chan KH, Tsang OT, Yuen KY. Improved Molecular Diagnosis of COVID-19 by the Novel, Highly Sensitive and Specific COVID-19-RdRp/Hel Real-Time Reverse Transcription-PCR Assay Validated In Vitro and with Clinical Specimens. *J Clin Microbiol* 2020, 58(5). doi: 10.1128/JCM.00310-20.

Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, Li J, Zhao D, Xu D, Gong Q, Liao J, Yang H, Hou W, Zhang Y. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of Covid-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet* 2020. 395(10226): 809-815. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3)

Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, Qiu Y, Wang J, Liu Y, Wei Y, Xia J, Yu T, Zhang X, Zhang L. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet* 2020. 395 (10223): 507-513. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)

Dashraath P, Wong JLJ, Lim MXK, Lim LM, Li S, Biswas A, Choolani M, Mattar C, Su LL. Coronavirus disease 2019 (Covid -19) pandemic and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2020. 222(6): 521-531. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.03.021>

Duarte G, Quintana SM. Infecção pelo SARS-CoV 2 em Obstetrícia. *Enfrentando o desconhecido. Femina* 2020. 48: 150-153.

Ellington S, Strid P, Tong VT, et al. Characteristics of Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status — United States, January 22–June 7, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69: 769–775. doi: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6925a1>.

Elshafeey F, Magdi R, Hindi N, et al. A systematic scoping review of COVID-19 during pregnancy and childbirth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;150(1):47-52. doi:10.1002/ijgo.13182

Falavigna M, Colpani V, Stein C, Azevedo LCP, Bagattini AM, Brito GV, Chatkin JM, Cimerman S, Corradi MFAB, Cunha CA, Medeiros FC, Oliveira-Junior HA, Fritscher LG, Gazzana MB, Gräf DD, Marra LP, Matuoka JY, Nunes MS, Pachito DV, Pagano CGM, Parreira PCS, Riera R, Silva-Junior A, Taveres BM, Zavascki AP, Rosa RG, Dal-Pizzol F. Diretrizes para o tratamento



CORONAVÍRUS COVID-19

farmacológico da Covid -19. Consenso da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, da Sociedade Brasileira de Infectologia e da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Revista Brasileira de Terapia Intensiva 2020. 32: 166-196.

Gertosio C, Meazza C, Pagani S, Bozzola M. Breastfeeding and its gamut of benefits. *Minerva Pediatr.* 2016. 68(3):201-212.

Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, Liu L, Shan H et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020. 382(18):1708-1720. doi:10.1056/NEJMoa2002032.

Hantoushzadeh S, Shamsirsaz AA, Aleyasin A, Seferovic MD, Aski SK, Arian SE, Pooransari P, Ghotbizadeh F, Aalipour S, Soleimani Z, Naemi M, Molaei B, Ahangari R, Salehi M, Oskoei AD, Pirozan P, Darkhaneh RF, Laki MG, Farani AK, Atrak S, Miri MM, Kouчек M, Shojaei S, Hadavand F, Keikha F, Hosseini MS, Borna S, Ariana S, Shariat M, Fatemi A, Nouri B, Nekooghadam SM, Aagaard K. Maternal death due to COVID-19. *Am J Obstet Gynecol.* 2020. Jul;223(1):109.e1-109.e16. doi: 10.1016/j.ajog.2020.04.030.

Huntley BJJ, Huntley ES, Di Mascio D, Chen T, Berghella V, Chauhan SP. Rates of Maternal and Perinatal Mortality and Vertical Transmission in Pregnancies Complicated by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-Co-V-2) Infection: A Systematic Review. *Obstet Gynecol.* 2020. 136(2):303-312. doi:10.1097/AOG.0000000000004010

Juan J, Gil MM, Rong Z, Zhang Y, Yang H, Poon LC. Effect of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on maternal, perinatal and neonatal outcome: systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020. 56(1):15-27. doi:10.1002/uog.22088

Jäger S, Jacobs S, Kröger J, et al. Breast-feeding and maternal risk of type 2 diabetes: a prospective study and meta-analysis. *Diabetologia.* 2014. 57(7):1355-1365. doi:10.1007/s00125-014-3247-3

Kayem G, Lecarpentier E, Deruelle P, Bretelle F, Azria E, Blanc J, et al. A snapshot of the Covid-19 pandemic among pregnant women in France [published online ahead of print, 2020 Jun 4]. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2020. 101826. doi:10.1016/j.jogoh.2020.101826



CORONAVÍRUS COVID-19

Khalil A, Hill R, Ladhani S, Pattison K, O'Brien P. COVID-19 screening of health-care workers in a London maternity hospital. *Lancet Infect Dis*. 2020 May 18;S1473-3099(20)30403-5. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30403-5.

Khan S, Jun L, Nawsherwan, Siddique R, Li Y, Han G, Xue M, Nabi G, Liu J. Association of COVID-19 with pregnancy outcomes in health-care workers and general women. *Clin Microbiol Infect*. 2020. Jun;26(6):788-790. doi: 10.1016/j.cmi.2020.03.034. Epub 2020 Apr 8. PMID: 32278081; PMCID: PMC7141623.

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

Lambelet V, Vouga M, Pomar L, et al. SARS-CoV-2 in the context of past coronaviruses epidemics: Consideration for prenatal care [published online ahead of print, 2020 May 26]. *Prenat Diagn*. 2020. 10.1002/pd.5759. doi:10.1002/pd.5759

Lippi G, Simundic AM, Plebani M. Potential preanalytical and analytical vulnerabilities in the laboratory diagnosis of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Clin Chem Lab Med*. 2020. 58(7):1070-1076. doi:10.1515/cclm-2020-0285

Matar R, Alrahmani L, Monzer N, Debiane LG, Berbari E, Fares J, Fitzpatrick F, and Murad MH. Clinical Presentation and Outcomes of Pregnant Women with COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Infect Dis* 2020. Jun. DOI: 10.1093/cid/ciaa828.

Mazzoni AAS, Santos EAD, Vilar FC, Cordeiro KSM, Barboza LMD, Puga ML, Martins MA, Junior MA. Protocolo de manejo dos casos graves confirmados de infecção pelo novo coronavírus (Covid-19) tratados na UTI Covid. Hospital das Clínicas da FMRPUSP. Versão 5. Publicado em 11/6/2020. Disponível em: <https://site.hcrp.usp.br/covid/saude-protocolo-manejo-suspeitos.php>.

Oliveira C., Lopes M.A.B., Rodrigues A.S., Zugaib M., Francisco R.P.V. Influence of the prone position on a stretcher for pregnant women on maternal and fetal hemodynamic parameters and comfort in pregnancy. *Clinics (Sao Paulo)* 2017;72(6):325–332.



CORONAVÍRUS COVID-19

Organização Mundial da Saúde (WHO). Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Diretrizes laboratoriais para detecção e diagnóstico de infecção pelo vírus da COVID-19. WHO, Julho de 2020. file:///E:/OPASIMSPHECOVID19200038_por.pdf

Parekh M, Donuru A, Balasubramanya R, Kapur S. Review of the Chest CT Differential Diagnosis of Ground-Glass Opacities in the COVID Era. *Radiology*. 2020 Jul 7:202504. doi: 10.1148/radiol.2020202504. Epub ahead of print. PMID: 32633678; PMCID: PMC7350036.

Perrine CG, Nelson JM, Corbelli J, Scanlon KS. Lactation and Maternal Cardio-Metabolic Health. *Annu Rev Nutr*. 2016. Jul 17;36:627-45. doi: 10.1146/annurev-nutr-071715-051213.

Pierce-Williams RAM, Burd J, Felder L, et al. Clinical course of severe and critical COVID-19 in hospitalized pregnancies: a US cohort study [published online ahead of print, 2020 May 8]. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2020.100134. doi:10.1016/j.ajogmf.2020.100134

Poon LC, Yang H, Dumont S, Lee JCS, Copel JA, Danneels L, Wright A, Costa FDS, Leung TY, Zhang Y, Chen D, Prefumo F. ISUOG Interim Guidance on coronavirus disease 2019 (COVID-19) during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals - an update. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2020. Jun;55(6):848-862. doi: 10.1002/uog.22061.

Quintana SM, Duarte G (2020). Infecção Covid no ciclo gravídico puerperal. Disponível em <https://www.sogesp.com.br/noticias/infeccao-covid-19-no-ciclo-gravidico-puerperal/>.

Rasmussen SA, Jamieson DJ. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: Responding to a Rapidly Evolving Situation. *Obstet Gynecol*. 2020.135(5):999-1002. doi:10.1097/AOG.0000000000003873

Rasmussen SA, Smulian JC, Lednicky JA, Wen TS, Jamieson DJ. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: what obstetricians need to know. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;222(5):415-426. doi:10.1016/j.ajog.2020.02.017

Roberton T, Carter ED, Chou VB, et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Health*. 2020. 8(7):e901-e908. doi:10.1016/S2214-109X(20)30229-1



CORONAVÍRUS COVID-19

Sethuraman N, Jeremiah SS, Ryo A. Interpreting Diagnostic Tests for SARS-CoV-2. JAMA. 2020;323(22):2249-2251. doi:10.1001/jama.2020.8259

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Recomendações para Assistência ao Recém-Nascido na Sala de Parto de Mãe com Covid -19 Suspeita ou Confirmada- Atualização. Acesso em 19/04/2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22422d-NAAlerta-Assist_RN_SalaParto_de_mae_com_Covid-19.pdf.

Siddiqi HK, Mehra MR. COVID-19 illness in native and immunosuppressed states: A clinical-therapeutic staging proposal. J Heart Lung Transplant. 2020. 39(5):405-407. doi:10.1016/j.healun.2020.03.012

Sutton D, Fuchs K, D'Alton M, Goffman D. Universal Screening for SARS-CoV-2 in Women Admitted for Delivery. N Engl J Med. 2020. 382(22):2163-2164. doi:10.1056/NEJMc2009316

Tang YW, Schmitz JE, Persing DH, Stratton CW. Laboratory Diagnosis of COVID-19: Current Issues and Challenges. J Clin Microbiol. 2020. 58(6):e00512-20. Published 2020 May 26. doi:10.1128/JCM.00512-20

Tolcher MC, McKinney JR, Eppes CS, Muigai D, Shamshirsaz A, Guntupalli KK, et al. Prone positioning for pregnant women with hypoxemia due to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Obstet Gynecol 2020;136.

Wan S, Li M, Ye Z, Yang C, Cai Q, Duan S, Song B. CT Manifestations and Clinical Characteristics of 1115 Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Systematic Review and Meta-analysis. Acad Radiol. 2020 Jul;27(7):910-921. doi: 10.1016/j.acra.2020.04.033. Epub 2020 May 5.

World Health Organization (WHO). Laboratory testing for 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in suspected human cases. Interimguidance. January 17, 2020. WHO/nCoV/2020.

Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott HC. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. JAMA. Published online July 10, 2020. doi:10.1001/jama.2020.12839

Yan J, Guo J, Fan C, et al. Coronavirus disease 2019 in pregnant women: a report based on 116 cases. Am J Obstet Gynecol 2020. Jul;223(1):111.e1-111.e14. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.04.014.



CORONAVÍRUS COVID-19

Zeng L, Xia S, Yuan W, et al. Neonatal Early-Onset Infection With SARS-CoV-2 in 33 Neonates Born to Mothers With COVID-19 in Wuhan, China [published online ahead of print, 2020 Mar 26]. *JAMA Pediatr.* 2020.174(7):722-725. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.0878

Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020.382(8):727-733. doi:10.1056/NEJMoa2001017

doi:10.1001/jamapediatrics.2020.0878

Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020.382(8):727-733. doi:10.1056/NEJMoa2001017



CORONAVÍRUS COVID-19



Documento assinado eletronicamente por **Raphael Camara Medeiros Parente, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 31/08/2020, às 19:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mayra Isabel Correia Pinheiro, Secretário(a) de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**, em 31/08/2020, às 19:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luiz Otavio Franco Duarte, Secretário(a) de Atenção Especializada à Saúde**, em 31/08/2020, às 19:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Hélio Angotti Neto, Secretário(a) de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde**, em 31/08/2020, às 19:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Robson Santos da Silva, Secretário(a) Especial de Saúde Indígena**, em 31/08/2020, às 19:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Araldo Correia de Medeiros, Secretário(a) de Vigilância em Saúde**, em 31/08/2020, às 20:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Antônio Elcio Franco Filho, Secretário(a)-Executivo**, em 31/08/2020, às 20:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0016462709** e o código CRC **7FF49578**.

01/09/2020

SEI/MS - 0016462709 - Nota Técnica



Referência: Processo nº 25000.122082/2020-25

SEI nº 0016462709

Gabinete da Secretaria Executiva - GAB/SE
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br



Documento Assinado Digitalmente por: GLEISY TAVARES DE ARAUJO
Acesse em: <https://stc.ice.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 3d8e3e97-4828-4408-9fa9-421db997def8

CORONAVÍRUS COVID-19

DISQUE
SAÚDE
136



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL



Documento Assinado Digitalmente por: GLEISY TAVARES DE ARAUJO
Acesse em: <https://stce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 3d8e3e97-4828-4408-9fa9-a21db997de18

2020 Ministério da Saúde.



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

1ª Edição - versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Departamento de Saúde da Família

Coordenação-Geral de Informação da Atenção Primária

St. de Administração Federal Sul Q 1 - G,

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo "B", 4º andar

CEP: 70.058-900 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-2432

E-mail: esusab@saude.gov.br, esusab.nti@saude.gov.br

Site: aps.saude.gov.br/ape/esus

Supervisão geral:

Lucas Alexandre Pedebos

Coordenação Técnica Geral:

João Geraldo de Oliveira Junior

Elaboração:

Ana Claudia Cielo

Igor Carvalho Gomes

João Geraldo de Oliveira Junior

Diagramação, Capa e Projeto Gráfico:

Alexandre Soares de Brito

Diogo Ferreira Gonçalves



Documento Assinado Digitalmente por: GLEISY TAVARES DE ARAUJO
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epv/validaDoc.seam> Código do documento: 3d8e3e97-4828-4408-9fa9-421db997de18



O Ministério da Saúde publicou recentemente as Recomendações para Adequação das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde Frente à Atual Situação Epidemiológica Referente à Covid-19, que orienta a respeito do novo coronavírus auxiliando os agentes na reorganização do seu processo de trabalho frente à pandemia.

Destaca-se que as visitas domiciliares são uma importante ferramenta para informar, fazer busca ativa de suspeitos e acompanhar de casos, mas, para a realização dessas atividades, é importante considerar alguns cuidados para garantir a segurança do paciente e do profissional, tais como:

- Não proceder às atividades dentro do domicílio. A visita estará limitada apenas à área peridomiciliar (frente, lados e fundo do quintal ou terreno);
- Priorizar visita aos pacientes de risco (pessoas com 60 anos ou mais ou com doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, hipertensão, doença cardíaca, doença renal crônica, asma, DPOC, imunossuprimidos, entre outras). Por serem grupo de risco, são os que precisam de mais cuidado;
- Manter distanciamento do paciente de no mínimo 1 metro; não havendo possibilidade de distanciamento, utilizar máscara cirúrgica;
- Higienizar as mãos com álcool em gel;
- Nos casos de visita às pessoas com suspeitas de Covid-19, sempre utilizar máscara cirúrgica e garantir uso de EPI apropriado.

O documento traz, ainda, importante informação sobre os agentes que deverão ser afastados do contato com o público e realizar outras atividades administrativas, a saber:

- ACS que apresentar febre e qualquer sintoma respiratório (tosse, coriza, dor de garganta, falta de ar etc.), devem permanecer em isolamento domiciliar conforme orientação do médico e/ou enfermeiro.
- ACS com mais de 60 anos e/ou com condições crônicas (doenças cardíacas, respiratórias crônicas, renais em estágio avançado e em diálise, imunossuprimidos e diabetes) devem trabalhar na unidade de saúde em atividades de monitoramento e administrativas que não demandem atendimento ao público.

A visita domiciliar (VD) caracteriza-se como uma circunstância diferente de cuidado, objetivando a promoção da saúde da comunidade. A VD, atividade do ACS realizada fora da unidade de saúde, permite o cuidado à saúde de forma mais humana, acolhedora, estabelecendo laços de confiança entre os profissionais e os cidadãos, a família e a comunidade, 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.

Tendo em vista o contexto atual, as visitas domiciliares deverão observar os cuidados para garantir a segurança e cuidados de todos envolvidos nesse processo. O registro da ficha de visita domiciliar e a de 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, por não se caracterizar uma visita domiciliar, que é o escopo deste instrumento de coleta de dados.

Dessa forma, recomendamos que a gestão local faça o gerenciamento das atividades dos ACS levando em consideração a característica e o processo de trabalho local, sempre observando as recomendações de segurança e proteção dos profissionais e cidadãos.

Referências

1. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009. 848 p.
2. Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliar no contexto da saúde da família. In: Ministério da Saúde (BR). Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Fundação Telefônica. Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 43 (Série A. Normas e Manuais; 135)
3. Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da saúde da família sobre as visitas domiciliares. Rev Bras Enferm. 2007 nov-dez;60(6):659-64.
4. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.
5. Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao covid-19 Brasília/DF. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Março de 2020. acesso em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200324_recomendacoes_ACS_COVID19_ver001_final.pdf



CORONAVÍRUS **COVID-19**

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

Versão 7

**Brasília - DF
Abril de 2020**

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



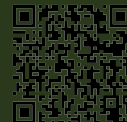


Sumário

1 INTRODUÇÃO	3
2 CURSO CLÍNICO	4
2.1 Sinais e Sintomas	4
2.2 Diagnóstico	5
3 MANEJO CLÍNICO NA APS/ESF	6
3.1 TELEATENDIMENTO	7
3.2 FLUXOGRAMA	8
3.3 IDENTIFICAÇÃO DE CASO SUSPEITO DE SÍNDROME GRIPAL E DE COVID-19	9
3.4 MEDIDAS PARA EVITAR CONTÁGIO NA USF	9
3.5 ESTRATIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA SÍNDROME GRIPAL	10
3.6 CASOS LEVES: MANEJO TERAPÊUTICO E ISOLAMENTO DOMICILIAR	15
3.6.1 Manejo Terapêutico	15
3.6.2 Isolamento Domiciliar	18
3.6.3 Orientações para afastamento e retorno às atividades de profissionais de saúde	20
3.7 CASOS GRAVES: ESTABILIZAÇÃO E ENCAMINHAMENTO AO CENTRO DE REFERÊNCIA OU CENTRO DE URGÊNCIA	20
3.8 NOTIFICAÇÃO IMEDIATA	20
3.9 MONITORAMENTO CLÍNICO	22
3.10 MEDIDAS DE PREVENÇÃO COMUNITÁRIA E APOIO À VIGILÂNCIA ATIVA	23
3.11 RECOMENDAÇÕES EM GRUPOS ESPECIAIS	23
4 REFERÊNCIAS	26
5 ANEXOS	27

Atualização da Versão 7

- Orientações de isolamento para profissionais de saúde
- Informações sobre testes diagnósticos
- Atualização das informações de notificação



1 - INTRODUÇÃO

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

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

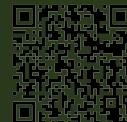
Taxa de letalidade por idade [15]:

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

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

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

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



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

2. CURSO CLÍNICO

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

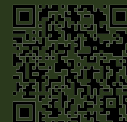
2.1 SINAIS E SINTOMAS

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

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

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

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



2.2 DIAGNÓSTICO

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

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

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

RT-PCR em tempo real (qRT-PCR)

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

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

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

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

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

Testes sorológicos

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



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

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

3. MANEJO CLÍNICO NA APS/ESF

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

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

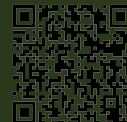
A estratificação de intensidade da SG é a ferramenta primordial para definir a conduta correta para cada caso, seja para manter o paciente na APS/ESF ou para encaminhá-lo aos centros de referência, urgência/emergência ou hospitais.

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

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

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

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



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

3.1 TELEATENDIMENTO

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

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

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

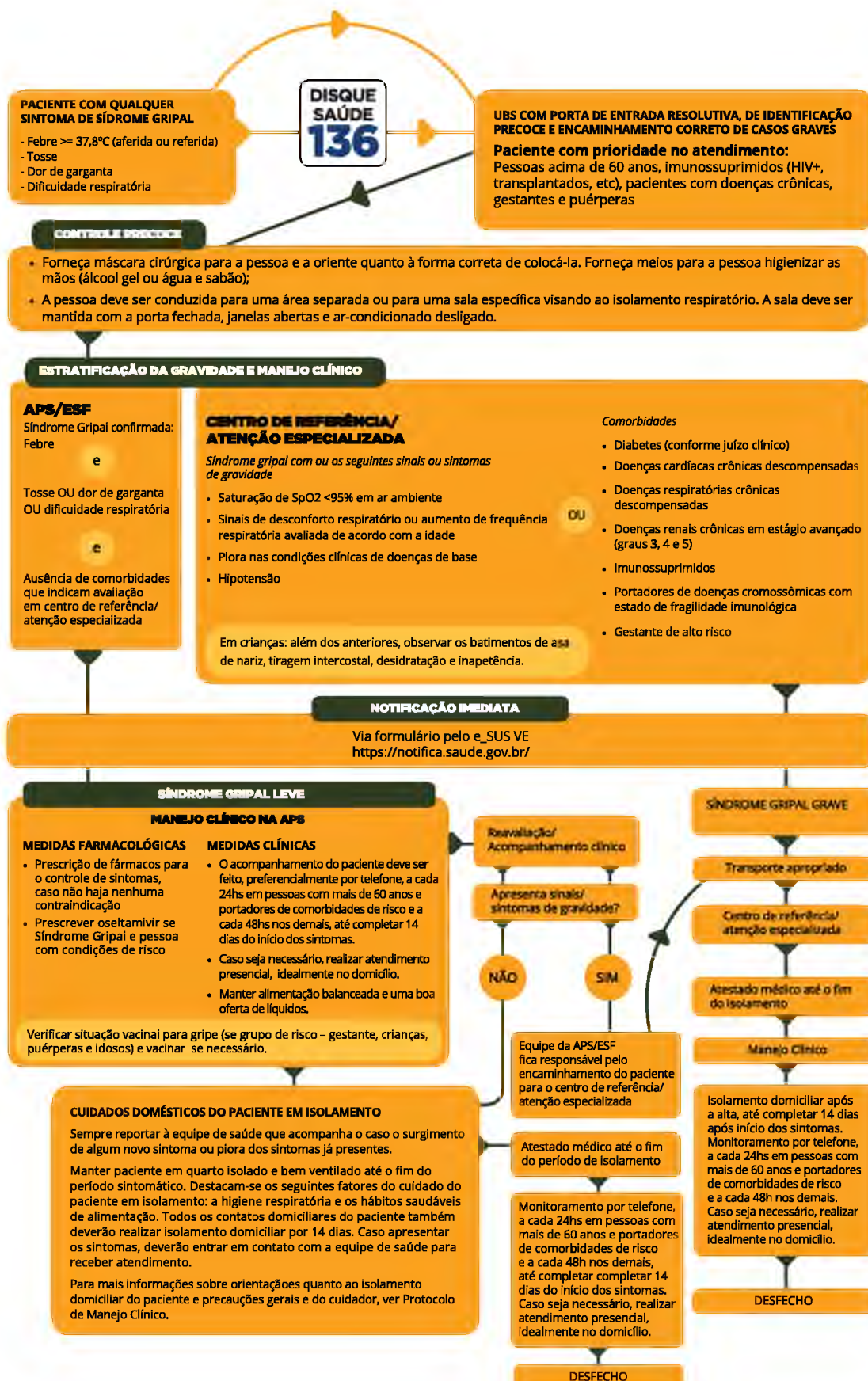
- I - Dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchidos em cada contato com o paciente;
- II - Data, hora, tecnologia da informação e comunicação utilizada para o atendimento; e
- III - Número do Conselho Regional Profissional e sua unidade da federação.

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

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



3.2 FLUXOGRAMA DE MANEJO CLÍNICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA



Fonte: Ministério da Saúde.



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

ORIENTAÇÕES PARA USO DE MÁSCARAS CIRÚRGICAS

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

Fonte: Ministério da Saúde.

3.5 ESTRATIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA SÍNDROME GRIPAL

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

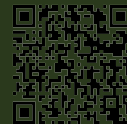
Em consulta médica, após confirmar a presença de Síndrome Gripal, é fundamental estratificar a gravidade dos casos, a fim de identificar rapidamente casos suspeitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave.

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

SÍNDROME GRIPAL - SG

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

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



SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – SRAG

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

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

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

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

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

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

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

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

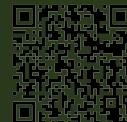


Tabela 3. Estratificação da gravidade de casos de Síndrome Gripal, Ministério da Saúde, 2020.

ESTRATIFICAÇÃO DE GRAVIDADE DE CASO	
CASOS LEVES	CASOS GRAVES
APS/ESF	CENTRO DE REFERÊNCIA/ ATENÇÃO ESPECIALIZADA
<p>Síndrome gripal com sintomas leves (sem sinais e sintomas de gravidade) [ver tabela 4]</p> <p style="text-align: center;">E</p> <p>Ausência de comorbidades que indicam avaliação em centro de referência/atenção especializada [ver Tabela 5]</p>	<p>Síndrome gripal que apresente sinais e sintomas de gravidade [ver Tabela 4]</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>Comorbidades que indicam avaliação em centro de referência/atenção especializada [ver Tabela 5]</p>

Fonte:

Protocolo de Tratamento da Influenza. Ministério da Saúde 2017.

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



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

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

Fonte:

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



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

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

Fonte: Ministério da Saúde.

Tabela 6 – Frequência respiratória (por minuto) em crianças

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

Ref: Protocolo influenza 2017

Fonte: American Heart Association, 2015



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

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

Ref: Protocolo influenza 2017

Fonte: American Heart Association, 2015

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

3.6 CASOS LEVES: MANEJO TERAPÊUTICO E ISOLAMENTO DOMICILIAR

3.6.1 Manejo Terapêutico

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

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

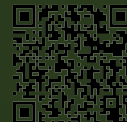


Tabela 8. Manejo terapêutico da Síndrome Gripal na APS, Ministério da Saúde, 2020.

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

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



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

**CONDIÇÕES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES
RECOMENDAÇÃO DO USO DE OSELTAMIVIR**

- Grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal).
- Adultos \geq 60 anos.
- Crianças $<$ 5 anos (sendo que o maior risco de hospitalização é em menores de 2 anos, especialmente as menores de 6 meses com maior taxa de mortalidade).
- População indígena aldeada ou com dificuldade de acesso.
- Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (risco de síndrome de Reye).
- Indivíduos que apresentem:
 - › Pneumopatias (incluindo asma).
 - › Pacientes com tuberculose de todas as formas (há evidências de maior complicação e possibilidade de reativação).
 - › Cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica).
 - › Nefropatias.
 - › Hepatopatias.
 - › Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme).
 - › Distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus).
 - › Transtornos neurológicos e do desenvolvimento que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção cognitiva, lesão medular, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, acidente vascular encefálico – AVE ou doenças neuromusculares).
 - › Imunossupressão associada a medicamentos (corticoide \geq 20 mg/dia por mais de duas semanas, quimioterápicos, inibidores de TNF-alfa) neoplasias, HIV/aids ou outros.
 - › Obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC \geq 40 em adultos).

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



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

DOSE DE OSELTAMIVIR PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL		
CLEARANCE DE CREATININA	TRATAMENTO 5 DIAS	PROFILAXIA 10 DIAS
Leve Clearance >60-90 ml/min	75 mg 12/12 h 30 mg 12/12 h	30 mg 1 vez por semana imediatamente após troca da diálise**
Moderado Clearance >30-60 ml/min	30 mg 1 vez ao dia	
Severo Clearance >10-30 ml/min	30 mg após cada sessão de hemodiálise*	
Pacientes em hemodiálise Clearance ≤ 10 ml/min	Única dose de 30 mg administrada imediatamente após troca da diálise	
Pacientes em diálise Peritoneal Contínua ambulatorial – dPCaClearance ≤ 10 ml/min		
*Serão apenas três doses (em vez de cinco) após cada sessão de hemodiálise, considerando-se que, num período de cinco dias, serão realizadas três sessões. **Serão duas doses de 30 mg cada, considerando-se os dez dias, em que ocorrerão apenas duas sessões de diálise.		

Fonte: CDC adaptado (2011; [2017])

3.6.2 Isolamento Domiciliar

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

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

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

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



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

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

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

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



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

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

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

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

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

Fonte: Ministério da Saúde.

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

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

Deve afastar-se do trabalho imediatamente.

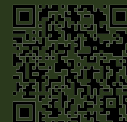
O retorno ao trabalho deve atender a uma das condições descritas abaixo.

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

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

Fonte: Ministério da Saúde.

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



C. Afastamento de profissional de saúde em grupo de risco

São consideradas condições de risco:

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

Recomendação de afastamento laboral.

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

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

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

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

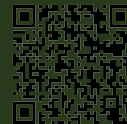
3.8 NOTIFICAÇÃO IMEDIATA

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

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

Também é considerado caso confirmado de COVID-19 a pessoa com SG e histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19 e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica. Pessoas com SG e exame negativo para COVID-19 são consideradas casos descartados.

Além da notificação, as informações de todos os pacientes com Síndrome Gripal devem ser registradas no prontuário para possibilitar a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, assim como realizar eventual investigação epidemiológica e posterior formulação de políticas e estratégias de saúde. Atente para o uso do CID-10 correto sempre que disponível no sistema de registro. O CID-10 que deve ser utilizado para Síndrome Gripal inespecífica é o J11. Os CID-10 específicos para infecção



por coronavírus são o U07.1 - Infecção pelo novo Coronavírus (COVID-19) ou o B34.2 - Infecção por coronavírus de localização não especificada. Nos casos em que haja também classificação por CIAP-2, pode-se utilizar o CIAP-2 R74 (Infecção Aguda de Aparelho Respiratório Superior).

3.9 MONITORAMENTO CLÍNICO

Os pacientes com Síndrome Gripal em acompanhamento ambulatorial na APS/ESF devem permanecer em isolamento domiciliar por 14 dias a contar da data de início dos sintomas. O monitoramento deve ser feito a cada 24h em pessoas com mais de 60 anos e portadores de comorbidades de risco e a cada 48hs nos demais, preferencialmente por telefone. Caso seja necessário, realizar atendimento presencial, idealmente no domicílio. Todos os membros da casa devem ser considerados como contactantes e também deverão ser afastados por 14 dias e acompanhados pela APS/ESF, além de serem estratificados de maneira apropriada caso iniciem com sintomas.

Caso haja piora do paciente em tratamento domiciliar ou o desenvolvimento de sintomas graves em familiares do paciente, torna-se obrigatório o encaminhamento para os outros níveis de cuidado do SUS (centro de referência, sendo a equipe da UBS responsável pelo encaminhamento do paciente). O Quadro 2 indica como proceder ao monitoramento por telefone.

Quadro 2. Monitoramento de pacientes com Síndrome Gripal na APS/ESF, Ministério da Saúde, 2020

O acompanhamento do paciente deve ser feito a cada 24h em pessoas com mais de 60 anos e portadores de comorbidades de risco e a cada 48h nos demais, preferencialmente por telefone, até completar 14 dias do início dos sintomas. Caso seja necessário, realizar atendimento presencial. Nesse caso, preferencialmente realizar visita domiciliar com medidas de precaução de contato e EPIs conforme protocolo vigente.

NORMATIVA DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE EM ISOLAMENTO DOMICILIAR VIA TELEFONE

1. Anotar em prontuário o número de contato do paciente e de algum acompanhante (de preferência o cuidador que ficará responsável pelo paciente), durante a primeira avaliação na USF;
2. Ligação deve ser realizada por profissional de saúde da ESF a cada 24h em pessoas com mais de 60 anos e portadores de comorbidades de risco e a cada 48hs nos demais, para acompanhamento da evolução do quadro clínico;
3. Não há necessidade de gravar a conversa;
4. Anotar informações sobre a conversa telefônica no prontuário- quadro clínico autorreferido do paciente, autoavaliação da necessidade de ir algum profissional à residência do paciente ou consulta presencial na UBS com paciente em uso de máscara e inserido no Fast-Track (Anexo 2), horário da ligação e queixas.

Fonte: Ministério da Saúde.

É importante ressaltar a busca ativa de novos casos suspeitos de síndrome gripal na comunidade. O treinamento de profissionais para reconhecimento de sinais e sintomas clínicos de Síndrome Gripal é de extrema importância na APS. Além disso, políticas públicas que visam ao esclarecimento da população a respeito das informações acerca do Novo Coronavírus são essenciais no combate à doença.



3.10 MEDIDAS DE PREVENÇÃO COMUNITÁRIA E APOIO À VIGILÂNCIA ATIVA

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

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

PREVENÇÃO COMUNITÁRIA

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

Fonte: Ministério da Saúde.

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

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

3.11 RECOMENDAÇÕES EM GRUPOS ESPECIAIS

A. Gestantes e puérperas

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

B. Pessoas com 60 anos ou mais

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



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

Orienta-se que os profissionais da APS:

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



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

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

Gestantes

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

Puérperas

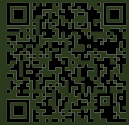
- Manter a amamentação.
- Manter, preferencialmente, o binômio em quartos separados.
- Manter distância mínima do berço do RN e mãe de 1 metro.
- Orientar a realizar etiqueta respiratória.
- Orientar a higienização das mãos imediatamente após tocar nariz, boca e sempre antes do cuidado com o RN.
- Orientar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

Fonte: Ministério da Saúde.



4. REFERÊNCIAS

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



5 ANEXOS

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

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

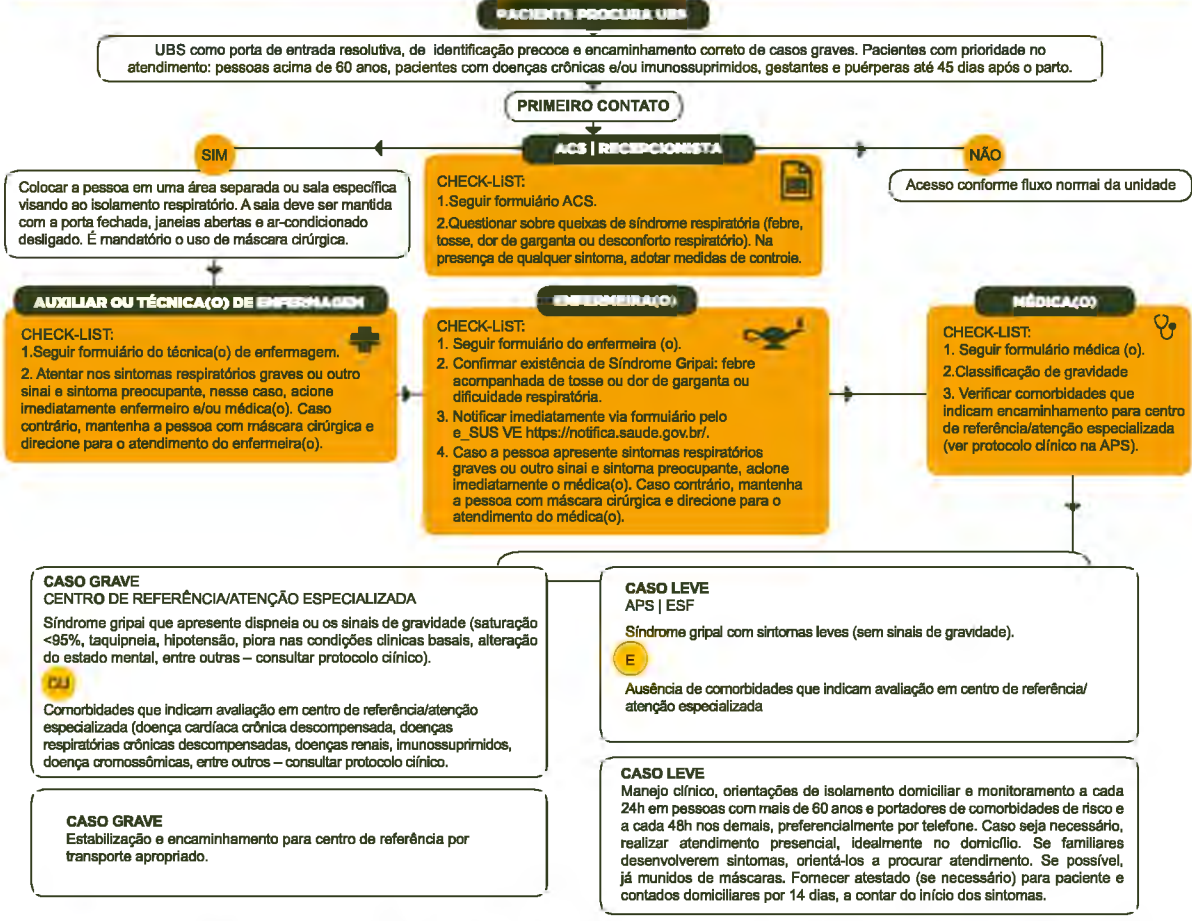
ALVO | Todos os serviços de APS/ESF.

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

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

COMPOSIÇÃO | Composição da equipe FAST-TRACK COVID-19
 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)
 ENFERMEIRA(O)
 MÉDICA(O)
 AUXILIAR OU TÉCNICA(O) DE ENFERMAGEM
 * ACS como Primeiro Contato. Quem estiver na recepção também pode ajudar, assim como outro profissional pode assumir o papel de Primeiro Contato, desde que treinado para integrar a equipe de Fast-Track.

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



Formulário Agente Comunitário de Saúde/Recepcionista

Nome: _____ Data de Nascimento: _____
 Endereço: _____
 Número de contato do UBS: _____
 Local de origem do sintoma respiratório (seu, filho(a), parceiro(a) ou outro residente)?
 () SIM () NÃO
 Apresenta sintomas respiratórios febre, dor de garganta ou desconforto respiratório?
 () SIM () NÃO
 Apresenta outros sintomas respiratórios?
 () SIM () NÃO
 Apresenta sinais de desidratação?
 () SIM () NÃO
 Há sinais de desidratação?
 () SIM () NÃO
 Há sinais de desidratação?
 () SIM () NÃO
 Apresenta sinais de desidratação?
 () SIM () NÃO
 Há sinais de desidratação?
 () SIM () NÃO
 Há sinais de desidratação?
 () SIM () NÃO

Formulário Enfermeira

Nome: _____ Data de Nascimento: _____
 Apresenta sintomas respiratórios febre, dor de garganta, falta de ar, tosse ou desconforto respiratório?
 () SIM () NÃO
 Apresenta outros sintomas respiratórios?
 () SIM () NÃO
 Apresenta sinais de desidratação?
 () SIM () NÃO
 Há sinais de desidratação?
 () SIM () NÃO
 Apresenta sinais de desidratação?
 () SIM () NÃO
 Há sinais de desidratação?
 () SIM () NÃO
 Apresenta sinais de desidratação?
 () SIM () NÃO
 Há sinais de desidratação?
 () SIM () NÃO

Formulário Médico

Nome: _____ Data de Nascimento: _____
 Histórico de história clínica referente ao sintoma atual com ou sem febre. Avaliar outros sinais e sintomas respiratórios associados, auscultação ou com tomografia.
 Classificação de gravidade:
 () CASO GRAVE () CASO LEVE
 Local de origem do sintoma respiratório (seu, filho(a), parceiro(a) ou outro residente)?
 () SIM () NÃO
 Apresenta sintomas respiratórios febre, dor de garganta, falta de ar, tosse ou desconforto respiratório?
 () SIM () NÃO
 Apresenta outros sintomas respiratórios?
 () SIM () NÃO
 Apresenta sinais de desidratação?
 () SIM () NÃO
 Há sinais de desidratação?
 () SIM () NÃO
 Apresenta sinais de desidratação?
 () SIM () NÃO
 Há sinais de desidratação?
 () SIM () NÃO
 Apresenta sinais de desidratação?
 () SIM () NÃO
 Há sinais de desidratação?
 () SIM () NÃO

Fonte: Ministério da Saúde.



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

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

ALVO | Todos os serviços de APS/ESF.

OBJETIVO

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

FERRAMENTA | Metodologia FAST-TRACK

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

EQUIPE | Composição da equipe FAST-TRACK COVID-19

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

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

Fonte: Ministério da Saúde.



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



Formulário Agente Comunitário de Saúde/ Recepcionista

Identificação

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

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

Endereço: _____

CPF: _____ Cartão Nacional SUS: _____

Motivo de procura da USF: _____

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

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

Fonte: Ministério da Saúde.



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

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

ALVO | Todos os serviços de APS/ESF.

OBJETIVO

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

FERRAMENTA | Metodologia FAST-TRACK

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

EQUIPE | Composição da equipe FAST-TRACK COVID-19

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

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

Fonte: Ministério da Saúde.



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



Formulário Técnica(o) de Enfermagem

Identificação

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Motivo da consulta: _____

Sinais vitais: temperatura axilar (T.ax): _____

freqüência cardíaca (FC): _____

freqüência respiratória (FR): _____

saturação de oximetria (Sat): _____

pressão arterial (PA): _____

Anotar informações em prontuário.

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

Fonte: Ministério da Saúde.



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

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

ALVO | Todos os serviços de APS/ESF.

OBJETIVO

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

FERRAMENTA | Metodologia FAST-TRACK

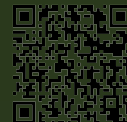
Método derivado de protocolos de triagem em emergências, como o protocolo de Manchester. Ferramenta de fluxo rápido de triagem e atendimento de casos de Síndrome Gripal (**COVID-19**). O trabalho é integrado e regido pelo fluxograma do Fast-Track e deve ser incorporado pelas equipes das UBS.

EQUIPE | Composição da equipe FAST-TRACK COVID-19

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

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

Fonte: Ministério da Saúde.



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



Formulário Enfermeira(o)

Identificação

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

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

Apresenta ou apresentou febre? () SIM () NÃO

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

Se sim, descreva: _____

CASO SUSPEITO DE SINDROME GRIPAL?

() SIM () NÃO

NOTIFICAÇÃO IMEDIATA

Avaliação Geral:

Apresenta outras comorbidades ? () sim () não

Se sim, descreva: _____

Medicamentos de uso contínuo () sim () não

Se sim, descreva: _____

Apresenta alergias de medicamentos () sim () não

Se sim, descreva: _____

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

Se sim, descreva: _____

Anotar informações em prontuário.

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

Fonte: Ministério da Saúde.



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

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

ALVO | Todos os serviços de APS/ESF.

OBJETIVO

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

FERRAMENTA | Metodologia FAST-TRACK

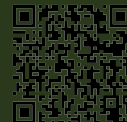
Método derivado de protocolos de triagem em emergências, como o protocolo de Manchester. Ferramenta de fluxo rápido de triagem e atendimento de casos de Síndrome Gripal (**COVID-19**). O trabalho é integrado e regido pelo fluxograma do Fast-Track e deve ser incorporado pelas equipes das UBS.

EQUIPE | Composição da equipe FAST-TRACK COVID-19

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

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

Fonte: Ministério da Saúde.



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



Formulário Médica(o)

Identificação

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

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

Classificação de gravidade

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

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

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

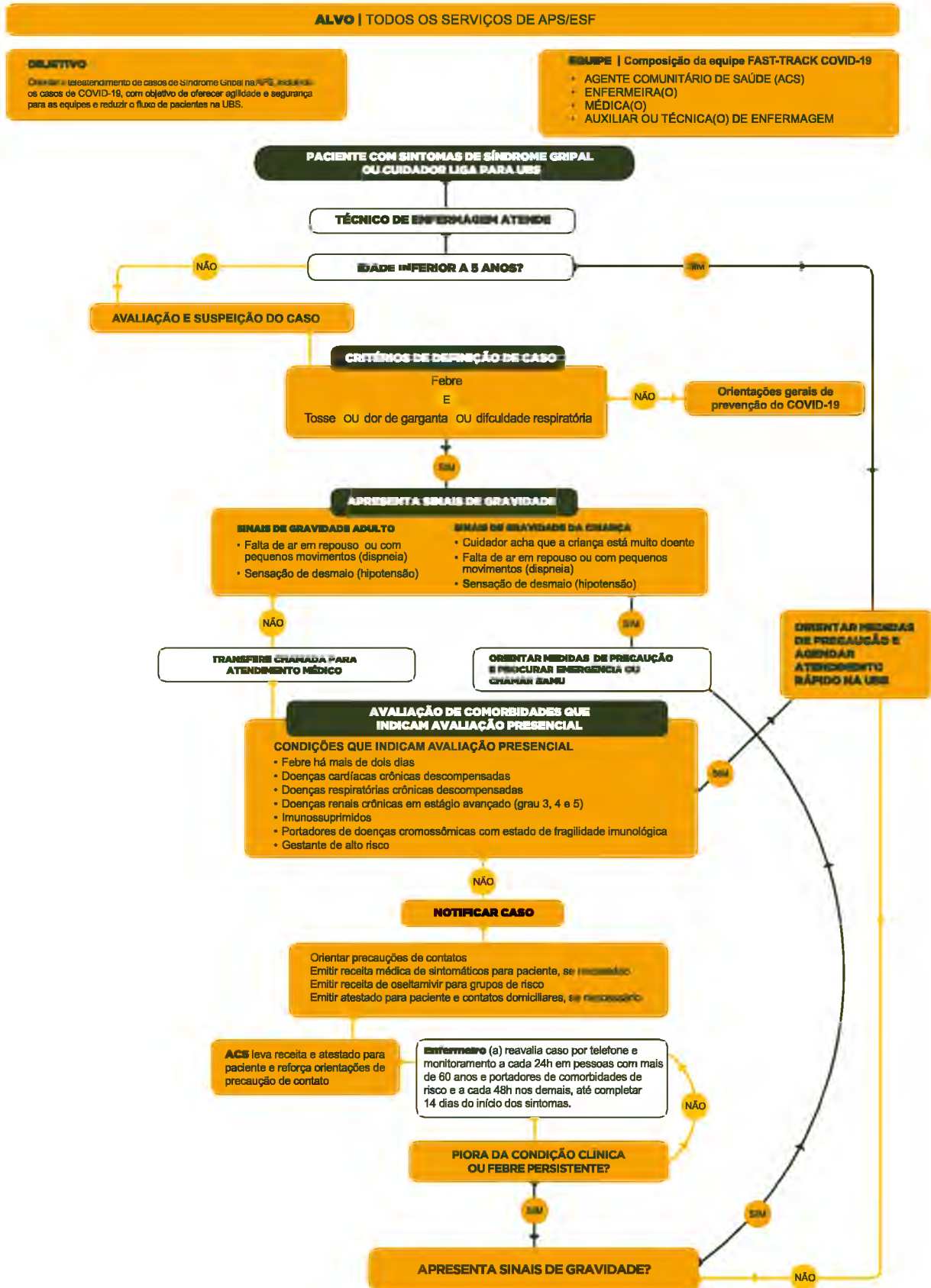
Anotar informações no prontuário.

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

Fonte: Ministério da Saúde.



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



Fonte: Ministério da Saúde.



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



TÉCNICO(A) DE ENFERMAGEM

Nome do paciente: _____

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

Endereço: _____

CPF: _____ Cartão SUS: _____

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

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

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

Se sim, descreva: _____

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



MÉDICO(A)

Avaliar comorbidades que indicam encaminhamento para centro de referência.

ACOMPANHAMENTO NA UBS? () SIM () NÃO

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

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

Anotar informações no prontuário.



AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

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



ENFERMEIRO(A)

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

Data: _____

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

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

Conduta:

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

Fonte: Ministério da Saúde.



Documento Assinado Digitalmente por: GLEISY TAVARES DE ARAUJO
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 3d8e3e97-4828-4408-9fa9-a21db997def8

