

MANEJO CORONAVÍRUS (COVID-19)

30/06/2023



Diretoria Técnica
Medicina Diagnóstica
Responsabilidade Social



Índice



1. COVID-19

- [Como ocorre a Transmissão do SARS-CoV-2?](#)
- [O que considerar contato próximo de CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19?](#)
- [Quadro Clínico](#)
- [Apresentações clínicas associadas ao COVID-19](#)
- [Condições pós COVID-19 – COVID longa](#)
- [Recontaminação COVID-19](#)
- [Variantes](#)

2. [Comorbidades de risco para doença grave em adultos](#)

3. [Comorbidades possivelmente relacionadas com pior prognóstico em crianças e adolescentes](#)

4. Síndrome Multiinflamatória Sistêmica

- [Adultos](#)
- [Pediatria Critério Ministério da Saúde](#)
- [Como realizar a Notificação Compulsória da Síndrome Multiinflamatória em pediatria e adultos](#)

5. [Coleta de teste molecular para SARS-CoV 2 por áreas e procedimentos](#)

6. Unidade de Pronto Atendimento Adulto e Pediátrico

- [Fluxograma Paciente adulto e pediátrico na UPA](#)
- [Orientações Gerais](#)
- [Fluxo para Coleta de COVID-19 – UPA](#)
- [Critérios de internação hospitalar](#)
- [Fluxo Clínico para Alocação de Paciente](#)
- [Alocação de pacientes UTI, Semi, CMC](#)

Índice



7. Unidade de pacientes graves e unidades de internação

- [Parada Cardiorrespiratória em paciente com COVID-19](#)
- [Suporte Intensivo para pacientes com infecção suspeita ou confirmada pelo COVID-19](#)
- [Suspensão da Precaução](#)
- [Critérios de imunossupressão](#)
- [Imunodepressão na Oncologia](#)
- [Critérios de alta hospitalar](#)

8. Exames

- [Comparativo entre os teste oferecidos no HIAE](#)
- [Sensibilidade e Especificidade dos testes diagnósticos](#)
- [PCR em tempo real para COVID-19](#)
- [Técnica de Coleta PCR em tempo real COVID-19 – Swab Nasofaringe + orofaringe](#)
- [Técnica de Coleta Painel Molecular de Patógenos Respiratórios](#)
- [Exames Complementares](#)

9. Tratamento Medicamentoso

- [Antibiótico em pacientes ambulatoriais e internados](#)
- [Dexametasona/Metilprednisolona](#)
- [Tratamento antiviral](#)
- [Inibidores da IL-6](#)
- [Inibidores da JNK](#)
- [Resumo tratamento](#)
- [Tratamentos não indicados](#)

10. [Protocolo de Prevenção de Tromboembolismo Venoso Suporte a Decisão](#)

Índice



11. Gestantes, Puérperas e RN

- [Situações especiais gestantes e puérperas](#)
- [Fluxograma Gestantes com Suspeita de COVID-19](#)
- [Fluxograma Pacientes Gestantes Internadas com Suspeita ou Confirmação para COVID-19](#)
- [Fluxos de coleta de exame e precaução de RN's com e sem sintomas](#)
- [Pós Parto de RN de mãe com suspeita ou confirmação para COVID-19](#)
- [Alocação de pacientes \(RN e puérpera\) em investigação ou confirmação para COVID-19](#)
- [Fluxo de pacientes transferidos externos – UTI Neo](#)
- [Vacinação do RN no contexto da pandemia](#)

12. Oncologia e Hematologia

- [Entrada – Centro Oncologia e Hematologia – 3SS](#)
- [Ambulatórios Adulto e Pediátrico](#)
- [Fluxo Entrada e Saída Ambulatório – Casos Suspeitos, Confirmados e Contactantes](#)
- [Consultórios, CITO, Radioterapia – Casos Suspeitos](#)
- [Radioterapia: Casos Suspeitos, Confirmados e Contactantes](#)
- [Suspensão das Precauções Específicas para Pacientes dos Ambulatórios ou Radioterapia](#)
- [Consultório odontológico](#)
- [Pacientes Oncológicos com Indicação de Internação por suspeita de COVID](#)
- [Pacientes Oncológicos CONTACTANTES com necessidade de internação](#)
- [Pacientes ASSINTOMÁTICOS internados no 6ºA ou 11D](#)
- [Pacientes internados no 6ºA ou 11D com desenvolvimento de sintomas durante a internação](#)
- [Fluxo TMO – Pacientes que Desenvolvem os sintomas durante a internação](#)

Índice



12. Oncologia e Hematologia

- [TMO – Adendo ao termo de consentimento](#)
- [Pacientes Oncológicos Submetidos à procedimentos cirúrgicos](#)
- [Fluxo de internação de pacientes com Histórico de COVID +](#)

13. [Premissas gerais no transplante de células, órgãos e tecidos](#)

14. Transplante de Células Hematopoiéticas

- [Doador](#)
- [Segurança da Doação](#)
- [Segurança do receptor](#)

14. Transplante de Órgãos Sólidos

- [Doador falecido – órgãos, tecidos oculares e pele](#)
- [Doador vivo – órgãos](#)
- [Receptor aguardando transplante – doador vivo ou doador falecido](#)

15. Procedimentos cirúrgicos

- [Coleta de teste molecular pré operatório](#)
- [Diretrizes ASA e ANVISA em cirurgias eletivas: pacientes exposto ou confirmado para COVID-19](#)
- [Premissas gerais](#)
- [Recomendações gerais centro cirúrgico](#)
- [Fluxo Cirúrgico eletivo](#)
- [Fluxo Cirúrgico - urgência/emergência externo e internado](#)
- [Fluxo Cirúrgico – Pequenos procedimento ambulatoriais MDA](#)
- [Fluxo Cirúrgico Eletivo – Recém Nascidos](#)

16. Hemodiálise

- [Fluxograma de atendimento para pacientes suspeitos ou confirmados](#)

Índice



17. Centro de Reabilitação

- [Ações de segurança para triagem de pacientes na recepção](#)
- [Recomendações para Atendimentos Presenciais](#)

18. Medicina Diagnóstica e Consultórios

- [Coleta de PCR ou sorologia para COVID-19 – Paciente suspeito](#)
- [Identificação dos Sintomas no Totem de Senhas](#)
- [Fluxo Cirúrgico - Pequenos procedimentos ambulatoriais MDA](#)
- [Ambulatório CPAP, BIPAP e Polissonografia ambulatorial](#)
- [Fluxo para polissonografia paciente internado](#)
- [Fluxo para polissonografia no Domicílio](#)
- [Paramentação – Equipe Coleta Domiciliar](#)

19. Residencial Israelita Albert Einstein

- [Fluxograma de atendimentos de casos suspeitos e confirmados de COVID – 19](#)

20. Equipamentos de Proteção Individual (EPI's)

- [Precauções Específicas](#)
- [EPI's por local de atendimento, categoria profissional e atividades](#)
- [Máscara N95](#)
- [Óculos de Proteção](#)
- [Óculos de sobrepor](#)
- [Face Shield](#)

Índice



20. Equipamentos de Proteção Individual (EPI's)

- [Avental de Isolamento](#)
- [Luvas de Procedimento](#)
- [Gorro descartável](#)
- [Máscara Cirúrgica](#)
- [Sequência de Colocação e Retirada conforme a estrutura de seu local de trabalho](#)

21. Higiene das mãos

- [Produto de escolha](#)
- [5 momentos de Higienização das Mãos](#)

21. Equipe do Transporte de Pacientes

- [EPI's necessários transporte](#)
- [Rotinas de Colocação de EPI's Imediatamente antes do transporte](#)

22. Equipe do Transporte de Pacientes

- [EPI's equipe transporte](#)
- [Transporte interno – UNIDADES EXTERNAS](#)
- [Sequência de Paramentação Antes do Transporte de Pacientes](#)
- [Sequência de Desparamentação Após do Transporte de Pacientes](#)
- [Transporte de pacientes na VM Suspeita ou Confirmação de COVID-19](#)
- [Transporte de pacientes NÃO COVID](#)
- [Transporte de pacientes COVID](#)

Índice



23. Leitos para alocação de pacientes

- [Orientações para alocação adequada](#)
- [Cuidados com ambiente – pressão negativa ou positiva](#)

24. Rotina de Limpeza e Desinfecção

- [Superfícies, materiais e equipamentos](#)
- [Processamento de roupas e resíduos](#)

25. [Encaminhamento de pertences](#)

26. [Visitas e Acompanhantes](#)

27. Orientações pós alta

- [Orientações para isolamento domiciliar de pacientes suspeitos ou confirmados](#)
- [Sinais de alerta que demandam reavaliação médica](#)

28. [Orientações para comunicantes e viajantes](#)

29. Situações especiais

- [Doação de Sangue](#)

30. Óbito

- [Orientação: Óbitos durante Pandemia COVID-19](#)
- [Orientação preenchimento da declaração de óbito COVID-19](#)
- [Manejo Óbito](#)
- [Fluxo de direcionamento do corpo ao Morgue em caso de pacientes suspeitos ou confirmados COVID-19](#)
- [Óbito de pacientes fora do período de transmissibilidade do SARS-CoV-2 – sepultamento](#)
- [Fluxo de visitas pré-óbito](#)

Índice



31. Colaboradores

- [Orientação colaboradores](#)
- [Fluxograma colaboradores com síndrome gripal](#)
- [Fluxograma – Apoio em suspeita de surto de COVID-19 entre colaboradores](#)

32. Vacina

- [Notificação de reação adversa pós vacina](#)

33. Diretrizes gerais de ambientes para controle e prevenção da COVID-19

- [Produtos Disponíveis](#)
- [Cuidados de utilização dos produtos](#)
- [Posto de Enfermagem](#)
- [Copas ou Mocós](#)
- [Boas práticas nos refeitórios e restaurantes](#)
- [Recepções e Guichês Administrativos](#)
- [Salas Administrativas](#)
- [Ambientação de áreas comuns](#)
- [Manobristas e pagamentos](#)

34. [Reabilitação de pacientes pós COVID-19](#)

35. [Onde encontro atualizações sobre o tema?](#)



Principais atualizações da 3ª edição/junho 2023

- Esclarecimentos sobre quarentena de contatos com positivos.
- [Atualização dos critério de coleta pré internação na Oncologia.](#)
- Atualização Tocilizumabe.
- Atualização COVID longa de acordo com o CDC.
- [Atualização da dose pediátrica de rendesivir.](#)
- Atualizada a coleta de acordo com a literatura – suspensa a etapa de swab de orofaringe.
- [Fluxo do visitante da UTI Neonatal.](#)
- UTI neonatal – bebê proveniente de domicílio.
- Transplante de órgãos sólidos.
- Suspenso uso de máscara Reabilitação.
- [Atualização de uso de máscaras – áreas assistenciais.](#)
- Atualização das diretrizes gerais de controle de ambiente.



Principais atualizações da 2ª edição/2023

- Atualização da informação de que as medicações VO para o tratamento contra a COVID-19 não são mais dispensadas para pacientes não internados.
- Atualização das comorbidades de risco em adultos e crianças.
- Suspensão do uso profilático e terapêutico de Evusheld, por conta de resistência a novas variantes.



Principais atualizações da 1ª edição/2023

- Atualizações sobre o exame NEAR COVID-19, que não está mais disponível. Todos os locais na edição anterior onde havia NEAR foram substituídos pelo teste rápido de antígeno. Observar situações onde o PCR ainda é obrigatório, principalmente pacientes oncológicos, imunodeprimidos.
- [Várias atualizações dos tratamentos contra a COVID-19 – rendesivir, paxlovid, molnupiravir](#)
- Plasma convalescente – ausência de evidências em estudos em imunocompetentes e imunodeprimidos.
- [Atualizado testes pré operatório, inserindo a possibilidade de teste de antígeno, exceto pacientes imunodeprimidos onde o PCR ainda é obrigatório.](#)
- [Atualização tabela de exames laboratoriais.](#)
- Ensino – retirada as orientações deste manejo, seguir protocolo de orientações da área.
- [Substituição do Optigerm por LabSeptic.](#)



Principais atualizações da 3ª edição 31/10/2022

- Quadro [clínico](#).
- Inserido [item](#) em COVID longa.
- Atualizado linhagens de [ômicron](#).
- [Comorbidades de risco](#) – mudanças, como por exemplo, asma que muda a categoria de evidência mista para evidência alta.
- Atualização da [definição de MIS-A pelo CDC](#) e a notificação compulsória desde 13 de maio de 2022.
- Com a suspensão de áreas de coorte e ou fluxo exclusivo COVID-19, eliminado slide de orientação de locação pacientes atualizado esta premissa em vários pontos do documento.
- Fluxo de gestantes, puérperas e recém nascidos, em vários pontos.
- Deixado claro no [critério de suspensão de precaução](#) que D0 é a data do início dos sintomas ou a data da coleta de exame quando paciente assintomático.
- Atualizações rendesivir com [fluxo da prescrição ambulatorial](#).
- Atualização de indicação de coleta de [exame pré cirúrgico](#) eletivo e fluxo de urgência/emergência.
- Vários fluxos da [Oncologia e Hematologia](#).
- Orientação de uso de máscara após cura nas [orientações pós alta](#).
- Retiradas as orientações da área do Ensino.
- Mantidas todas as orientações nas áreas de assistência a saúde segundo a NT 04/2020 ANVISA atualizada em 08/09/2022.



Principais atualizações da 2ª edição 10.05.22

- Indicações para a coleta de teste molecular de COVID-19.
- Quadro clínico e comorbidades com risco de evolução em doença grave.
- Elucidação sobre os riscos de recontaminação em períodos menores de 90 dias em momentos de transição de variantes.
- Suspensão de precaução e critérios de imunossupressão Oncologia.
- Tratamento – inclusão e exclusão de terapias.
- Fluxo de decisão para RN's de 0 a 28 dias.
- Oncologia – critérios de suspensão, retirada de coleta de exame de acompanhantes fora do TMO.
- Cirurgia – Critério de coleta e intervalo de agendamento de eletiva.
- Suspensas as orientação de colocação de placa de precaução aérea, prescrição ou uso de N95 no atendimento de pacientes sem sintomas respiratórios internados ou em MDA em procedimentos que geram aerossóis – indicamos que o profissional utilize máscara cirúrgica. Orientação presente em vários locais do Manejo.
- Visitantes e acompanhantes recomendações gerais.
- EPI's dos acompanhantes e visitantes em áreas COVID-19: apenas máscara N95, retirado uso de avental.



Como Ocorre a Transmissão do SARS-CoV-2?

Transmissão por gotícula (partículas $>5\mu\text{m}$)



Transmissão por aerossol (partículas $<5\mu\text{m}$)

Transmissão por contato direto



Transmissão por contato indireto (fômites)



O que considerar contato próximo de CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 ou atitudes de risco de aquisição?



ATUALIZADO

- Pessoa que tenha estado próximo a uma pessoa infectada que está exalando pequenas gotículas ou partículas que contenham o vírus;
- Uma pessoa cujas partículas infectadas tenha entrado em contato com as mucosas dos olhos, nariz ou boca, especialmente após tosse ou espirro;
- Tocar as mucosas do nariz, olhos e boca com as mãos contaminadas;
- Uma pessoa que cuidou de um doente com COVID-19, sem EPI's adequados;
- Uma pessoa que teve contato frente a frente por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 1,83 metros sem uso de máscara ou alguma barreira protetora; segundo o CDC* também vários períodos que num período de 24 horas somem 15 minutos;
- Uma pessoa que esteve em um ambiente fechado (por exemplo, sala de aula, sala de reunião, sala de espera do hospital etc.) por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 2 metros sem uso de máscara ou barreira protetora;
- Uma pessoa que reside na mesma casa/ambiente. Devem ser considerados os residentes da mesma casa, colegas de dormitório, creche, alojamento, etc.
- Confira [aqui](#) as medidas de prevenção domiciliares caso positivo.

Período de incubação: depende da variante. Ex: Ômicron 3-4 dias.

Período de transmissibilidade:

- **Transmissão sintomática:** durante o período em que o paciente apresenta sintomas.
- **Transmissão pré-sintomática:** indivíduos podem transmitir a doença durante o período de incubação, geralmente 48 horas antes do início dos sintomas.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/how-covid-spreads.html>

https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/sars-cov-2-transmission.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fscience%2Fscience-briefs%2Fscientific-brief-sars-cov-2.html



Quarentena de contatos com pacientes positivos

- A quarentena é recomendada quando ocorre o contato próximo desprotegido com casos suspeitos ou confirmados para COVID-19. O período indicado para a quarentena é de 14 dias após a data da última exposição ao caso suspeito ou confirmado.
- **Contudo, segundo orientações do CDC e Ministério da Saúde, no ambiente não hospitalar**, a quarentena pode ser reduzida para 7 dias se o indivíduo for testado a partir do 5º dia do último contato* E tiver resultado negativo E não apresentar sintomas no período. Cabe ressaltar que nesta situação o monitoramento dos sinais e sintomas deve ser continuado até o 14º dia e as medidas gerais de prevenção e controle devem ser reforçadas, como uso de máscaras e testagem se sintomas.
- Se por algum motivo um paciente **internado** entrar em contato com cuidador que fique positivo, paciente é colocado em precaução aérea + contato e realizada a coleta do exame molecular no 5º dia. Precaução suspensa caso exame negativo.

*O dia 0 é o dia do último contato ou do início dos sintomas e o dia 1 é o primeiro dia completo após o contato ou início dos sintomas, ou seja, 24 horas após o contato ou início dos sintomas, e assim sucessivamente.



Quadro clínico COVID-19

- Os sintomas podem ser variados, podendo ser únicos (ex: apenas dor no corpo) ou uma combinação de vários como:
 - Febre ou calafrios
 - Tosse
 - Falta de ar ou dificuldade em respirar
 - Fadiga
 - Dor no corpo ou muscular
 - Cefaleia
 - Nova perda ou diminuição de olfato ou paladar
 - Dor de garganta
 - Congestão nasal
 - Náusea ou vômitos
 - Diarreia
- É importante procurar assistência médica para coleta de exames e orientação. Em tempos de alta demanda de atendimento e ausência de [sinais de alarme](#), a Telemedicina é uma opção.
- Todos os códigos da CID-10 no Brasil relacionados a COVID-19 podem ser acessados pelo link <http://plataforma.saude.gov.br/cta-br-fic/> - COVID-19.



Apresentações clínicas da COVID-19

- **Infecção assintomática ou pré sintomática:** Indivíduos com teste positivo para SARS-CoV 2 que não apresentam sintomas consistentes para COVID-19.
- **Leve:** Indivíduo com sinais e sintomas (Ex: febre, tosse, dor de garganta, fraqueza, cefaleia, mialgia, náuseas, vômitos, diarreia, perda ou diminuição de olfato e paladar) mas não apresentam dispneia ou alteração radiológica pulmonar.
- **Moderada:** Indivíduo que apresenta doença pulmonar e saturação >94% em ar ambiente (nível do mar).
- **Severa:** Saturação <94% em ar ambiente, $PaO_2/FiO_2 <300$ mmHg, FR > 30 ipm, Infiltrado > 50%.
- **Crítica:** Insuficiência respiratória, choque séptico e/ou disfunção de múltiplos órgãos.



Apresentações clínicas da COVID-19

- **Infecção assintomática e pré sintomática:**

- A prevalência de infecções assintomáticas e pré sintomáticas ainda é desconhecida, tendo em vista que estes indivíduos não realizam testes de detecção. Estudos que analisam resultados de RT-PCR e sorologia sugerem que os casos assintomáticos são mais comuns até que o número de casos reportados. Pacientes podem inclusive apresentar anormalidades radiológicas antes do desenvolvimento de sintomas.

- **Sintomas menos comuns:**

- Idosos podem apresentar delirium, queda, redução de mobilidade e fraqueza e alterações glicêmicas.
- Sintomas oculares: vermelhidão, lacrimejamento, olho seco, sensação de corpo estranho, secreção, prurido ou dor ocular.
- Manifestações dermatológicas: rash, dedos de COVID, vermelhidão (chilblains)



Condições pós COVID-19 – COVID longa

Segundo o CDC, sequelas tardias são aquelas que se estendem por mais de 4 semanas. Há uma ampla gama de sintomas novos ou persistentes após a infecção aguda pelo SARS-CoV-2. Eles podem evoluir com complicações de múltiplos órgãos ou efeitos de tratamento ou da hospitalização. É possível que alguns pacientes não tenham antecedente de COVID-19 por exame falso negativo prévio.

SINTOMAS GERAIS

- Cansaço ou fadiga que interfere nas atividades diárias
- Febre
- Sintomas que pioram após atividade física ou mental

SINTOMAS RESPIRATÓRIOS OU CARDÍACOS

- Dificuldade em respirar ou falta de ar
- Tosse
- Dor torácica

SINTOMAS DIGESTIVOS

- Diarreia
- Dor de estômago

SINTOMAS NEUROLÓGICOS

- Dificuldade para pensar ou se concentrar
- Cefaleia
- Problemas de sono
- Tontura ao levantar
- Sentimentos de alfinetes e agulhas
- Mudança de olfato e paladar
- Depressão ou ansiedade

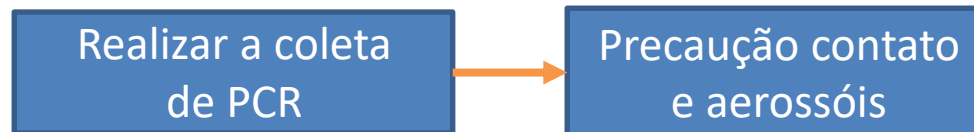
OUTROS SINTOMAS

- Dor muscular ou articular
- Rash cutâneo
- Mudanças de ciclo menstrual



Recontaminação COVID-19

- A possibilidade de reinfecção aumenta com o passar do tempo após a primeira infecção, dependendo da imunidade individual, tipo de variante, status da vacinação e da nova exposição ao vírus.
- O Ministério da Saúde recomenda que o intervalo seja maior que 90 dias para investigação. A equipe tem autonomia para realizar coleta antes deste período se considerar suspeita de recontaminação, principalmente em períodos de transição com circulação de nova variante.



- O [sequenciamento](#) pareado da primeira e da segunda amostra é importante para diferenciar a reinfecção da persistência de positividade mas não é feito de rotina. Para a realização do exame de sequenciamento o PCR positivo deve possuir um Ct <26.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/reinfection.html>

<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view>



- Impacto das novas variantes está na possibilidade de reinfecções, escape vacinal, resposta a medicamentos, eficácia de vacinas. São detectadas por sequenciamento completo.
- Algumas mutações ou combinações de mutações podem fornecer ao vírus vantagem seletiva como maior transmissibilidade ou capacidade de evitar a resposta imune.
- Classificação - VOI – Variant of interest. VOC – Variant of concern. VOCH – Variant of high consequence, VBM – Variants being monitored.

VARIANTES	ALPHA	BETA	GAMMA	DELTA	ÔMICRON
Linhagem	B.1.1.7	B.1.351	P.1	B.1.617.2	B.1.1529 e linhagens descendentes
GISAID	GR/501.V1	GH/501.V2	GR/501.V3	G/478K.V1	GRA
Data primeira amostra identificada	Setembro 2020	Mai 2020	Novembro 2020	Dezembro de 2020	Novembro de 2021
País onde houve a primeira identificação da variantes	Reino Unido	África do Sul	Brasil	Índia	África do Sul (CDC)

Comorbidades de risco para doença grave adultos

Indivíduos não vacinados e a idade avançada, em pessoas acima de 50 anos com comorbidade e >65 anos de idade, são importantes fatores de risco para gravidade. O CDC analisou dados de literatura para indicar as comorbidades com maior risco de complicações.

Comorbidades mencionadas em metanálises/revisão sistemática

1. Asma
2. Câncer: malignidade hematológica
3. Doença cerebrovascular.
4. Doença renal crônica: paciente dialítico.
5. Doenças pulmonares como:
 - Doença pulmonar intersticial;
 - Embolia pulmonar;
 - Hipertensão pulmonar;
 - Bronquiectasia
 - Doença pulmonar obstrutiva crônica.
6. Doença hepática crônica como:
 - Cirrose;
 - Doença gordurosa hepática não alcoólica;
 - Doença hepática alcoólica;
 - Hepatite autoimune.
7. Fibrose cística
8. Diabetes mellitus tipo 1 e 2;





Comorbidades de risco para doença grave adultos

Comorbidades mencionadas em metanálises/revisão sistemática

9. Déficits

Distúrbio de déficit de atenção/hiperatividade;
Autismo;
Doença de Charcot;
Paralisia cerebral;
Desordens cromossômicas
Deleção do cromossomo 17 e 19
Deleção do cromossomo 18q
Comprometimento cognitivo
Hidrocefalia congênita
Malformações congênitas;
Surdez ou perda auditiva
Incapacidade pelo índice de Barthel
Síndrome de Down
Síndrome de Fahr
Síndrome do X Frágil
Doença de Gaucher
Desordens das mãos ou dos pés
Deficiência de aprendizagem;
Neuropatia ótica hereditária de Leber ou atrofia ótica autossômica dominante
Síndrome de Leigh
Limitações do autocuidado do dia a dia
Diabetes e surdez herdados da mãe

Encefalopatia mitocondrial, acidose láctica e episódios semelhantes a AVC (MELAS) e marcadores de risco
Deficiência de mobilidade
Distúrbios de movimento
Deficiência múltipla ou deficiência acamada
Doença multissistêmica
Epilepsia mioclônica com fibras vermelhas irregulares (MERRF)
Distrofia miotônica
Distúrbios do neurodesenvolvimento
Distúrbios neuromusculares
Distúrbio do espectro da neuromielite óptica
Neuromielite, ataxia e retinite pigmentosa
Hemiparesia espástica perinatal
Miopatia mitocondrial primária
Paralisia supranuclear progressiva
Síndrome de Senior-Loken
Incapacidade grave e complexa ou “incapacidade polideficiente”
Espinha bífida e outras anomalias do sistema nervoso
Lesão de medula espinhal
Síndrome de Tourette
Lesão cerebral pós trauma
Deficiência visual/cegueira
Uso de cadeira de rodas

Comorbidades de risco para doença grave adultos



Indivíduos não vacinados e a idade avançada, em pessoas acima de 65 anos de idade, são importantes fatores de risco para gravidade. O CDC analisou dados de literatura para indicar as comorbidades com maior risco de complicações.

Comorbidades mencionadas em metanálises/revisão sistemática

10. Doença cardíaca como insuficiência cardíaca, doença arterial coronariana ou cardiomiopatias;
11. HIV;
12. Desordens psiquiátricas como: doença do humor como depressão e desordens do espectro da esquizofrenia;
13. Condições neurológicas limitadas a demência;
14. Imunodeficiências primárias;
15. Obesidade (IMC em adultos ≥ 30 kg/m² ou percentil ≥ 95 em crianças);
16. Gestação ou puerpério recente;
17. Sedentarismo;
18. Tabagismo atual e prévio;
19. Transplante de órgãos sólidos ou de células hematopoiéticas;
20. Tuberculose;
21. Uso de corticoides ou outros medicamentos imunodepressores.



Comorbidades de risco para doença grave

O CDC analisou dados de literatura para indicar as comorbidades com maior risco de complicações.

Comorbidades com risco sugestivo mais elevado

1. Sobrepeso (IMC > 25 kg/m² ou mais mas < 30 kg/m²);
2. Crianças com alguma doenças;
3. Anemia falciforme;
4. Dependência química.



Comorbidades de risco para doença grave adultos

O CDC analisou dados de literatura para indicar as comorbidades com maior risco de complicações.

Comorbidades com nível de evidência misto

1. Deficiência de alfa 1 antitripsina;
2. Displasia broncopulmonar;
3. Hepatite B;
4. Hepatite C;
5. Hipertensão
6. Talassemia.



Comorbidades possivelmente relacionadas com pior prognóstico em Crianças e Adolescentes

- Obesidade;
- Diabetes;
- Doença cardíaca;
- Doença pulmonar;
- Doença neurológica;
- Presença de mais de uma comorbidade.

Síndrome Multi-inflamatória Sistêmica em Adultos

Critério CDC (Multisystem Inflammatory Syndrome in Adults MIS-A)



Paciente com mais de 21 anos com os seguintes critérios clínicos e laboratoriais, excluindo outros diagnósticos como sepse ou exacerbação de doença crônica.

I – Clínico

Febre não aferida ou \geq que 38°C , por \geq 24 hora antes da internação ou dentro de 3 dias de hospitalização* e ao menos 3 dos critérios, sendo que 1 deles deve ser primário.

A – Critério Clínico Primário

1 – Doença cardíaca grave (miocardite, pericardite, aneurisma coronária, ou nova disfunção ventricular direita ou esquerda, bloqueio AV de 2º/3º graus ou taquicardia ventricular.

2 – Rash e conjuntivite não purulenta

B – Critério Clínico Secundário

1 – Novos sinais e sintomas neurológicos (ex: encefalopatia, em paciente sem distúrbio anterior, convulsão, sinais meníngeos,, ou neuropatia periférica (incluindo Sd de Guillain-Barré).

2 – Choque ou hipotensão não atribuível a quaisquer tipos de terapia como sedação ou terapia de substituição renal.

3 – Dor abdominal, vômito ou diarreia

4 – Trombocitopenia (plaquetas $<$ 150 mil/microlitro)

* Estes critérios devem estar presentes no D3 da internação, sendo que a data de admissão é D0.

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6940e1-H.pdf>

<https://www.cdc.gov/mis/mis-a.html>

<https://www.cdc.gov/mis/mis-a/hcp.html>

Síndrome Multi-inflamatória Sistêmica em Adultos

Critério CDC (Multisystem Inflammatory Syndrome in Adults MIS-A)



Paciente com mais de 21 anos com os seguintes critérios clínicos e laboratoriais, excluindo outros diagnósticos como sepse ou exacerbação de doença crônica.

II – Laboratorial

Presença de evidência laboratorial de inflamação E infecção pelo SARS-CoV 2

A – Elevação de pelo menos 2 marcadores: Proteína C reativa, ferritina, IL-6, VHS, procalcitonina.

B – Teste para SARS-CoV 2 positivo atual ou recente, sorologia ou teste de detecção de antígeno.

Desde 13 de maio de 2022 ela é doença de notificação compulsória no Brasil.

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6940e1-H.pdf>

<https://www.cdc.gov/mis/mis-a.html>

<https://www.cdc.gov/mis/mis-a/hcp.html>

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt1102_16_05_2022.html

Síndrome inflamatória multissistêmica Pediátrica

Critério Ministério da Saúde



Definição de caso

Caso que foi hospitalizado ou óbito com:

- Presença de febre elevada (considerar mínimo de 38°C) e persistente (≥ 3 dias) em crianças e adolescentes (0 a 19 anos de idade).

E

Pelo menos 2 dos seguintes sinais e sintomas:

- Conjuntivite não purulenta ou erupção cutânea bilateral ou sinais de inflamação mucocutânea (oral, mãos, pés),
- Hipotensão arterial ou choque.
- Manifestações de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronárias incluindo achados do ecocardiograma ou elevação de troponina NT-pró BNP),
- Evidência de coagulopatia (por TP, TTPa, D-dímero elevados).
- Manifestações gastrointestinais agudas (diarreia, vômito ou dor abdominal).

E

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

E

Afastadas quaisquer outras causas de origem infecciosa óbvia de inflamação, incluindo sepse bacteriana, síndromes de choque estafilocócico ou estreptocócica.

E

Evidência de COVID-19 (biologia molecular, teste antigênico ou sorológico positivos) ou história de Contato com caso de COVID-19

Comentários adicionais:

Podem ser incluídos crianças e adolescentes que preencherem critérios totais ou parciais para a síndrome de Kawasaki ou choque tóxico, com evidência de infecção pelo SARS_CoV-2.



Notificação compulsória Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica E Adulto

MEDICAL SUITE

Prática Médica - Serviços - Apoio Comercial - Educação Médica - Presp

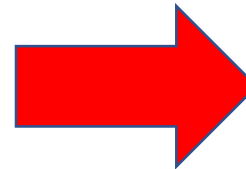
Prática Médica

Visualizada em: [Saúde](#) > [Prática Médica](#) > [Doenças Epidêmicas - Diretrizes de Atendimento](#)

Doenças Epidêmicas – Diretrizes de Atendimento

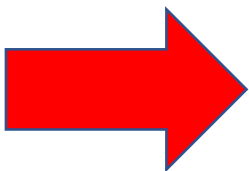
COVID-19	Síndrome Inflamatória Multissistêmica em Adultos (SIM-A) associada a COVID-19
Monkeypox	Microbactérias não tuberculosa
Meningite - Prevenção	Tuberculose
Febre Amarela	Eventos Adversos Pós-Vacinação contra COVID-19
Zika Vírus	Óbito Fetal
Raiva Humana	Síndrome Multifocal Multissistêmica Pediátrica
Outras Infecções Emergentes	Dengue e Febre do Chikungunya
Dengue	Intoxicação Exógena
Febre do Chikungunya	Síndrome Hemolítico-Urêmica
Sarampo	Investigação de casos graves e óbitos por arbovírus
Coqueluche	Síndrome Respiratória Aguda Grave
Influenza	Criança exposta a hepatite B e/ou C
Febre maculosa	Gestante com Hepatite B e/ou C
	Criança Exposta ao HIV - NOVO
	Sífilis Adquirida
	Surto
	Fichas de Doenças de Notificação Compulsória

Links Redcap Ministério da Saúde para Notificação compulsória disponíveis na Intranet e Medical Suite



Sharepoint SCIH

<https://sbibae.sharepoint.com/mcas.ms/sites/scihmorumbi>



As fichas preenchidas devem ser encaminhadas ao email do SCIH



Coleta de teste molecular por áreas e procedimentos



Coleta de exame molecular para detecção de SARS COV-2 em população adulto e pediátrico

- Paciente com sintomas respiratórios.
- Critério médico de acordo com o quadro clínico.
- Pré internação Oncologia nas seguintes situações: pacientes que serão submetidos a transplante de células hematopoiéticas, pacientes que farão indução para leucemia, pacientes em uso de rituximabe.
- Pré internação transplante de medula óssea.
- Pré internação transplante de órgãos sólidos.
- Pré operatório de cirurgias de urgência e emergência.
- Pré cirurgias eletivas.
- Acompanhante de paciente do transplante de medula óssea.



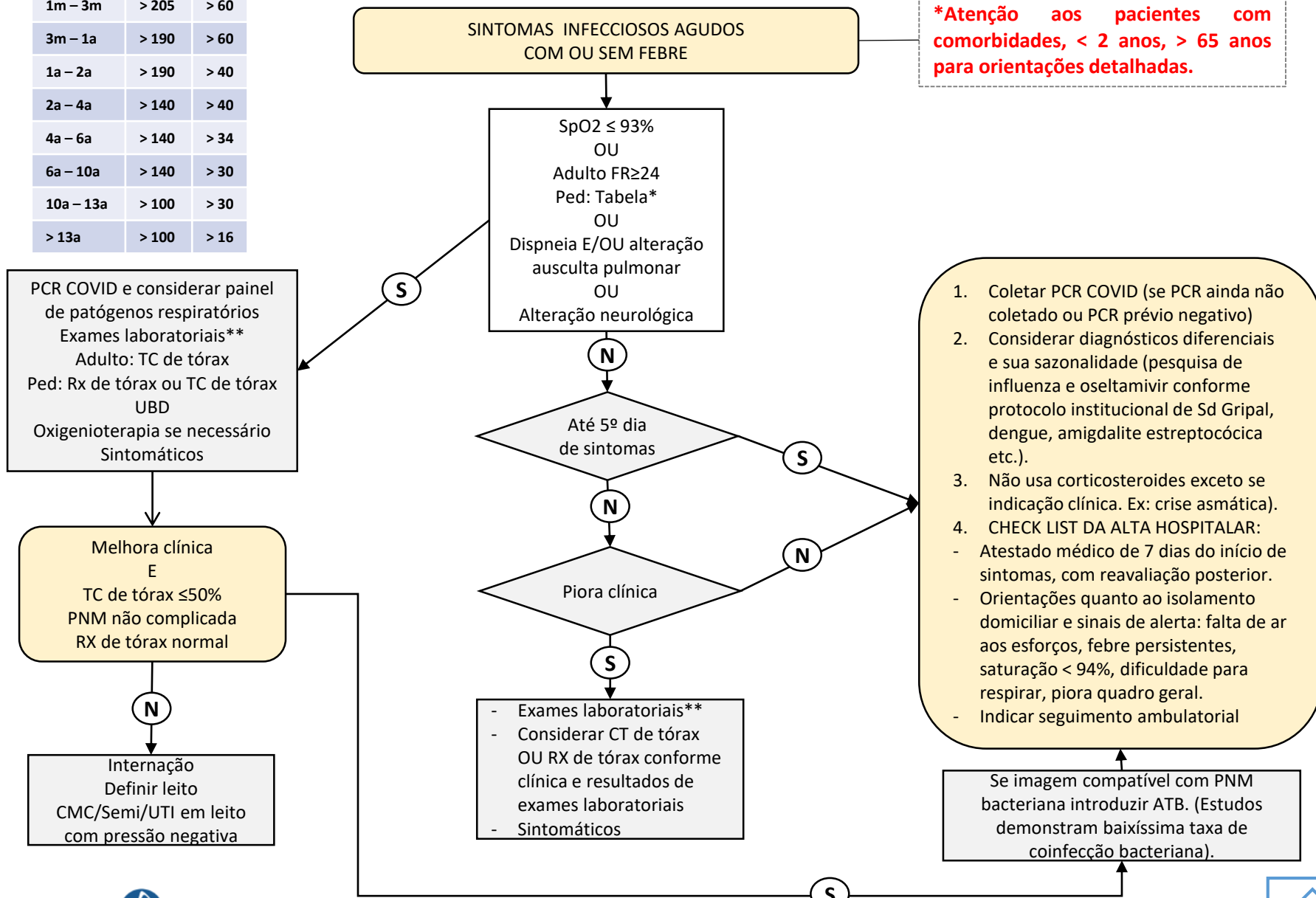
Unidade de Pronto Atendimento Adulto e Pediátrico



*Idade	FC	FR
0d – 1m	> 205	> 60
1m – 3m	> 205	> 60
3m – 1a	> 190	> 60
1a – 2a	> 190	> 40
2a – 4a	> 140	> 40
4a – 6a	> 140	> 34
6a – 10a	> 140	> 30
10a – 13a	> 100	> 30
> 13a	> 100	> 16

Fluxograma paciente suspeito para COVID-19 nas UPAS

***Atenção aos pacientes com comorbidades, < 2 anos, > 65 anos para orientações detalhadas.**



**Exames laboratoriais: hemograma, PCR, D-Dimero, Creatinina Poct, Gasometria venosa (arterial se hipoxemia, Na, K. Completar com exames protocolo sepsis se critério.

NÃO há evidência de benefícios de coleta de interleucina 6 e procalcitonina no contexto de emergência





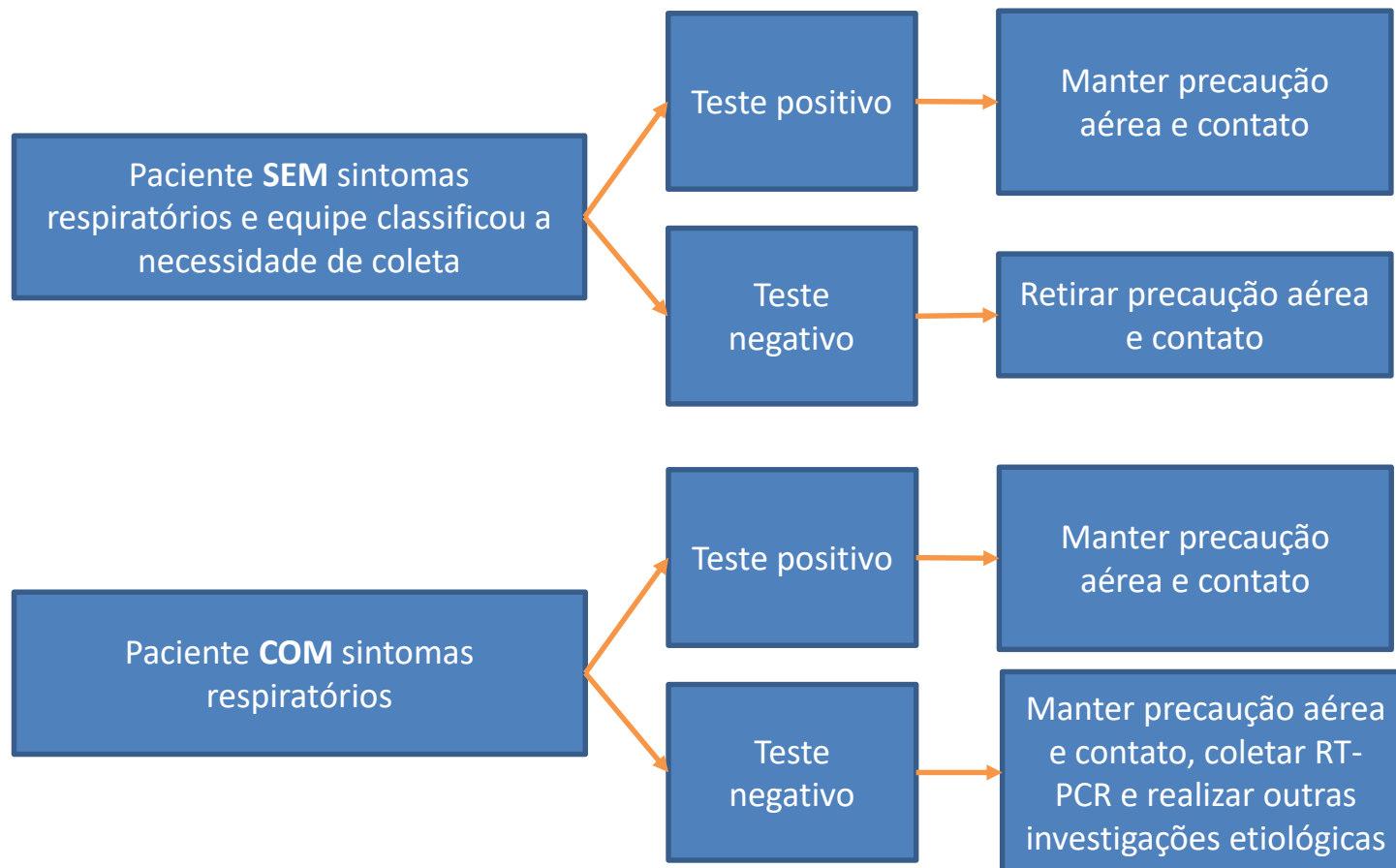
Orientações UPA

- Não está indicado o uso de antibiótico profilático para prevenção de infecção bacteriana pulmonar na COVID-19.
- Para a prescrição de anticoagulação, seguir o fluxo de [suporte a decisão do prontuário eletrônico](#) – Score de risco para profilaxia de TVP. Não se recomenda anticoagulação nos pacientes com doença leve ou moderada.
- Não se recomenda corticosteroides nos pacientes com doença leve ou moderada, pois eles podem aumentar o risco de mortalidade nesses pacientes. Não usar corticoides em pacientes que não necessitem de oxigênio suplementar.



Teste de antígeno - UPA

Na UPA, existe a possibilidade da realização do teste rápido de antígeno para agilidade no direcionamento do paciente.





Internação Hospitalar





Critérios de internação hospitalar

- Saturação $\leq 94\%$;
- FR ≥ 24 ipm;
- Dispneia;
- Obesidade, diabetes, ICC, HAS, Doença pulmonar, gestação, idade ≥ 75 anos;
- Imunodepressão;
- Deterioração clínica;
- Instabilidade hemodinâmica;
- Hipotensão (PA sistólica < 90 mmHg e diastólica < 60 mmHg);
- Acometimento pulmonar importante;
- Disfunção orgânica;
- Evidência de sepse.

Alocação de pacientes



Repetir exame de PCR para pacientes com alta suspeita e resultado negativo e não retirá-lo da precaução. Atenção para a correta coleta para evitar falsos negativos. Consultar o SCIH neste caso antes da suspensão da Precaução específica.

Clínica médico-cirúrgica:

- Sem complicação clínica (ex: disfunções orgânicas agudas, sinais de Sepsis ou Choque Séptico).
- Aporte de O₂ máximo de 3L/min em cateter nasal para SpO₂ ≥ 92% e FR < 24.
- Cateter de alto fluxo com FiO₂ até 50%.
- Ventilação não invasiva por até 2 horas por período.

Semi e UTI:

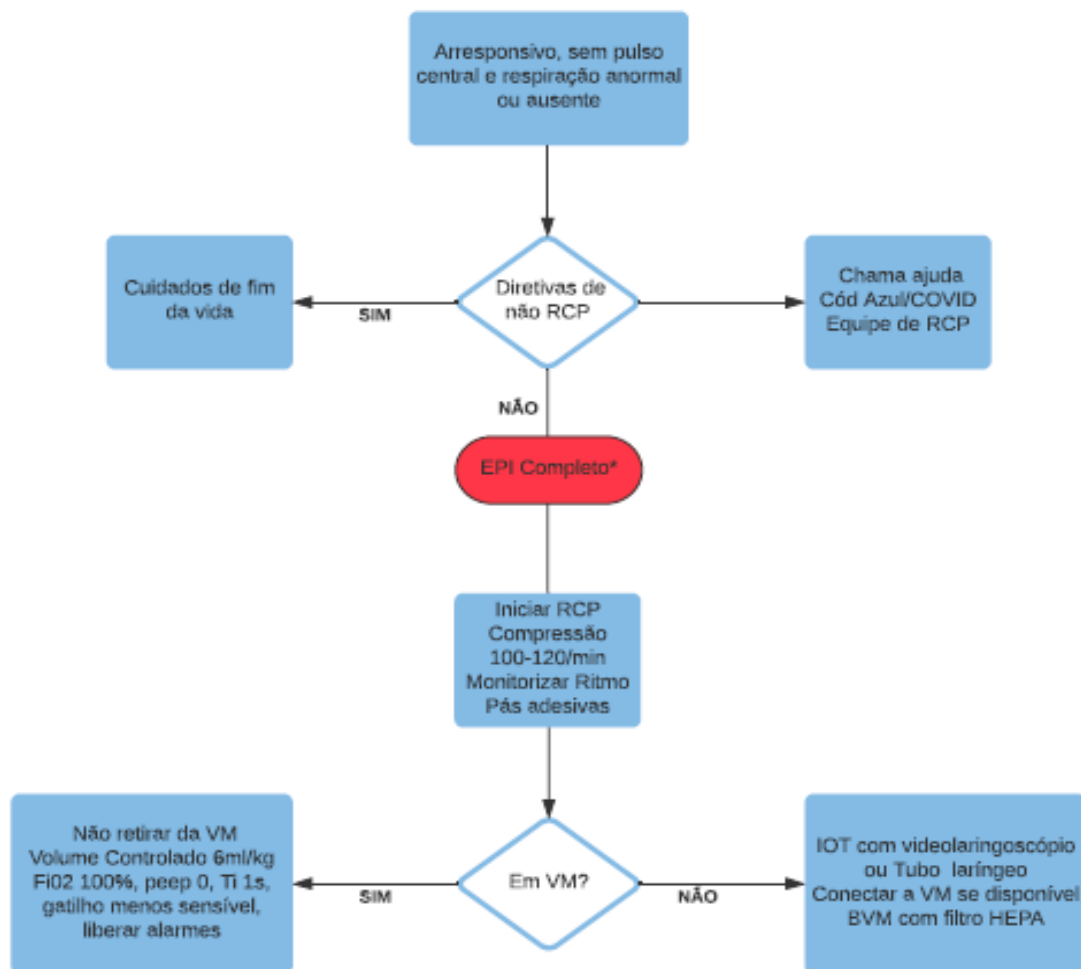
- Pacientes com necessidade de oxigênio suplementar (cateter nasal O₂ > 3,0 l/min) para manter SpO₂ >92% ou FR ≤24 rpm.
- Pacientes que necessitam de suporte ventilatório não invasivo para manter SpO₂ >92% ou FR ≤24 rpm.
 - Utilizar FiO₂ ≤50% e PP com delta ≤10 cm H₂O e o EPAP ≤10 cmH₂O ou PaCO₂ ≥ 50 mmHg e pH ≥ 7,35.



Departamento de Pacientes Graves



Parada Cardiorrespiratória em Paciente com COVID 19



Durante RCP

Seguir diretrizes AHA

* EPI para 5 pessoas

Avental impermeável, máscara N95,
luvas de procedimento, touca e
faceshield

Compressões de alta qualidade

Minimizar interrupções, permitir
retorno do tórax, profundidade 5-6cm,
compressões contínuas se via aérea
definitiva, 100-120/min

Monitorizar ritmo chocável

Pás adesivas; identificação rápida do
ritmo, choque sem retirar da VM
Pás manuais; deixar ventilador em
stand by e desconectar mantendo
filtro no tubo antes de chocar

Via aérea precoce

Não comprimir durante intubação,
IOT com videolaringoscopia
(McGrath), se falha usar tubo
laríngeo, usar capnógrafo, evitar
BVM, se não houver ventilador
acoplar um filtro HEPA na máscara e
posteriormente ao tubo traqueal

Acesso vascular IV/IO

Considerar causas reversíveis
5H e 5T

Drogas

Adrenalina a cada 3-5 min
Amiodarona após terceiro choque se
ritmo chocável

Prona

Despronar e RCP em Supina
Caso impossível despronar
imediatamente, compressão
interescapular e despronar o mais
breve possível

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 ou catete nasal de alto fluxo quando houver:
 - Necessidade de $FiO_2 > 80\%$ ou
 - Pressão positiva com delta maior que $10 \text{ cmH}_2\text{O}$ ou EPAP $> 10 \text{ cmH}_2\text{O}$ para manter $SpO_2 > 92\%$ ou
 - FR $> 24 \text{ rpm}$ durante uso de CNAF ou VNI ou
 - $PaCO_2 \geq 50 \text{ mmHg}$ e pH $\leq 7,35$
- Pacientes com instabilidade hemodinâmica ou choque definidos como hipotensão arterial (PAS $< 90 \text{ mmHg}$ ou PAM $< 65 \text{ mmHg}$)
- Sinais de má perfusão orgânica ou periférica (alteração da consciência, oligúria, lactato $\geq 36 \text{ mg/dl}$, entre outros), com ou sem utilização de vasopressor.
- Sepsis com hipotensão arterial, necessidade de vasopressor ou lactato $\geq 36 \text{ mg/dl}$.
- Choque séptico

INDICAÇÕES DE ADMISSÃO NA SEMI-INTENSIVA

É necessário apresentar pelo menos um dos critérios abaixo:

- Necessidade de FiO_2 entre 50 e 80% em CNAF ou VNI para manter FR $\leq 24 \text{ rpm}$ e $SpO_2 > 92\%$ respeitando aos seguintes ajustes:
 - Pressão positiva com delta menor ou igual a $10 \text{ cmH}_2\text{O}$ ou EPAP menor ou igual a $10 \text{ cmH}_2\text{O}$

INDICAÇÕES DE ADMISSÃO NA CLÍNICA MÉDICA-CIRÚRGICA - ALA

É necessário apresentar pelo menos um dos critérios abaixo:

- Pacientes com necessidade de oxigênio suplementar (catete nasal O_2 até $3,0 \text{ L/min}$) para manter $SpO_2 > 94\%$ ou FR $\leq 24 \text{ rpm}$
- Pacientes que necessitam de suporte ventilatório não invasivo para manter $SpO_2 > 94\%$ e FR $\leq 24 \text{ rpm}$ com FiO_2 de até 50% em CNAF ou VNI respeitando os limites de ajuste:
 - Pressão positiva com delta menor ou igual a $10 \text{ cmH}_2\text{O}$ ou EPAP menor ou igual a $10 \text{ cmH}_2\text{O}$

Priorização de leitos: caso exista menor disponibilidade de leitos do que a demanda, o médico do TRR deverá priorizar a alocação desses pacientes conforme gravidade.

ATENÇÃO: NÃO TRANSPORTAR PACIENTES COM INFECÇÃO SUSPEITA OU CONFIRMADA PELO COVID-19 COM MÁSCARA DE VENTURI.

OXIGENIOTERAPIA NO COVID – CO_2 , CNAF, VNI E INDICAÇÃO DE IOT – veja fluxograma na terceira coluna

MANUSEIO DA VIA AÉREA - IOT

Recomendações gerais:

- Todas as intubações orotraqueais (IOT) deverão ser realizadas com videolaringoscopia direta (McGrath) e sempre utilizar fio guia nas IOT.
- Paramentação adequada da equipe durante a IOT:
 - Avental impermeável, luva, gorro, máscara com filtro N95 ou superior e proteção para os olhos (óculos de proteção ou face shield).
- A IOT devem ser realizadas preferencialmente por profissionais médicos com experiência no manejo de vias aéreas em pacientes críticos. Apenas os profissionais que participaram ativamente do procedimento deverão permanecer dentro do leito - em geral são necessários 3 profissionais (médico que irá intubar, enfermeiro com medicações, fisioterapeuta no manuseio do ventilador mecânico). Um segundo profissional médico capacitado deve permanecer na porta do quarto pra eventual suporte durante a IOT.

Todos os profissionais devem estar cientes e serem capazes de cumprir com suas funções. Um briefing antes do início do procedimento é desejável.

MANUSEIO DA VIA AÉREA - IOT

Material para IOT:

- Capnógrafo, videolaringoscópio e lâminas próprias, TOT com aspiração supra balonete e fio guia moldado para a curvatura da lâmina do videolaringoscópio;
- Ventilador mecânico com parâmetros pré-ajustados e circuito do ventilador acoplado a filtro HME em sua extremidade distal e na saída expiratória do ventilador;
- Medicamentos para sedação e bloqueio neuromuscular prontos para uso, fluidos e vasopressor (noradrenalina) prontos para infusão pelo potencial risco de hipotensão e colapso cardiovascular;
- Bolsa-válvula-máscara (Ambu) com reservatório pronta para uso, cânula de guedel, material para aspiração de via aérea, 2 tipos diferentes de dispositivo supra-glótico para ventilação de resgate (máscara laringea e tubo laringeo) de tamanhos adequados para o paciente facilmente acessíveis e seringa para insuflação do balonete;
- Acesso venoso (central, PICC ou periférico) com vias pérvias e checadas;
- Material para pré-oxigenação, fixação do TOT, confecção de coxim e caixa com material para VAD próxima (porém fora do leito, de modo a evitar contaminações desnecessárias)
- Carro de PCR próximo e pronto para uso

Abordagem da via aérea:

- Técnica preferencial: IOT em sequência rápida de intubação (SRI) desde que não possuam contraindicações para a técnica. Preparo do material e do paciente são cruciais.

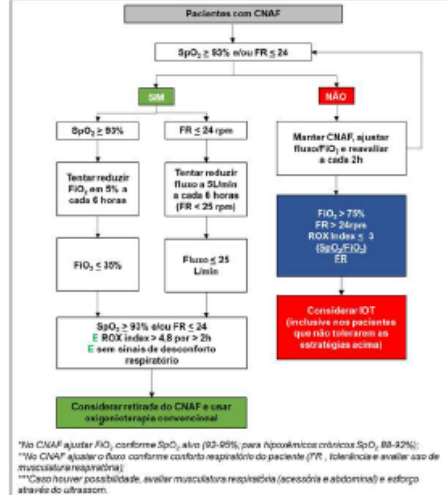
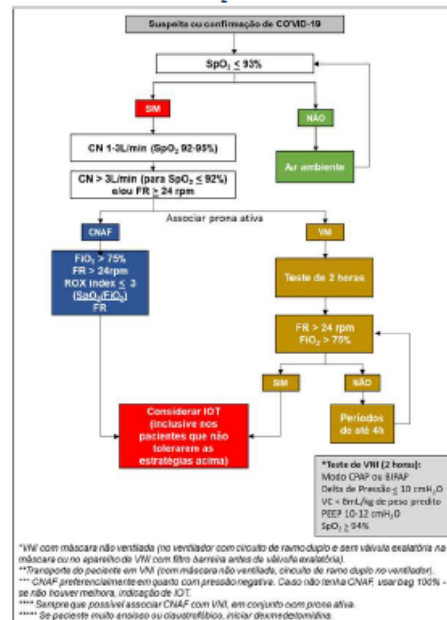
Pacientes considerados "estomago cheio" associados a preditores de VAD ou VAD previamente conhecida, são candidatos a IOT "acordado" com antecedência, fora do cenário de insuficiência respiratória aguda franca pelo médico de maior experiência na técnica.

- Planejar com antecedência a intubação de pacientes que apresentam declínio clínico, principalmente se estes apresentarem preditores de via aérea difícil.
- Checar preditores de VAD antes do procedimento:
 - MACOCHA (Mallampati, apneia obstrutiva do sono, movimento da coluna vertebral, abertura da boca, coma, hipovolemia, intubação por não anestesia) > 2 pontos, história progressiva de VAD, abertura de boca (distância entre incisivos $< 3 \text{ cm}$), distância tireomentoniana ($< 6 \text{ cm}$), mobilidade da cabeça e pescoço reduzidas e circunferência do pescoço.
- Posicionar adequadamente o paciente ("sniff position" ou posição do farejador, uso adequado de coxins e considerar a elevação da cabeceira para melhorar a CRF)
- Evitar ventilação com bolsa-válvula-máscara (AMBU) antes da intubação pelo aumento de produção de aerossóis. Mas caso seja muito necessário (ventilação de "resgate"), pode ser utilizada.
- Pré-oxigenar por 3-5 minutos: em pacientes em VNI ou CNAF, com FiO_2 em 100% para manter SpO_2 próxima de 100%.
- Iniciar SRI com pacientes acoplados aos dispositivos de pré-oxigenação (mesmo VNI e CNAF). Retirar VNI apenas quando for realizar a IOT (desligar o aparelho para evitar dispersão de aerossóis), manter dispositivo no caso do CNAF.

Sequência de medicações para SRI:

- Fentanil $50-100 \text{ mcg EV}$
- Etomidato $0,3 \text{ mg/kg EV}$ ou Propofol 2 mg/kg EV , 3 min após infusão do fentanil
- Bloqueio neuromuscular com Succinilcolina $1,0$ a $1,5 \text{ mg/kg EV}$ ou Rocurônio $1,2 \text{ mg/kg EV}$ (caso exista contraindicação à succinilcolina) para facilitar o procedimento e evitar que o paciente tussa
- Após introdução do TOT, retirar o fio guia e insuflar o balonete. Conectar o TOT com o ventilador mecânico e capnógrafo e iniciar a ventilação. Verificar posicionamento do TOT pelo capnógrafo.

OXIGENIOTERAPIA NO COVID – CO_2 , CNAF, VNI E IOT



SUORTE INTENSIVO PARA PACIENTES COM INFECÇÃO SUSPEITA OU CONFIRMADA PELO COVID-19

VM DURANTE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Durante atendimento de uma parada cardiorrespiratória, recomendamos:

- Paciente com via aérea avançada (IOT): Manter conexão com respirador. Quando a PCR ocorrer em pacientes sob ventilação mecânica, deve-se manter o paciente conectado ao ventilador em circuito de ventilação fechado e comprimir 100-120 bpm. Parâmetros de VM:
 - FiO₂ 100%
 - Volume controlado 6ml/kg
 - T_i 1s
 - FR 10 rpm
 - PEEP 0 cmH₂O
 - Alarme pressão 60 cmH₂O
 - Sensibilidade: ajustar ao menos sensível ("mais difícil")
 - Alguns ventiladores apresentam a função "RCP/PCR", que ajusta automaticamente os limites de alarme e aciona os parâmetros acima.

Paciente sem via aérea avançada:

- 1ª tentativa: Realizar IOT com videolaringoscopia direta (McGrath)
- 2ª tentativa: Acionar código VAD. Acionar segundo médico da UTI com experiência em VAD. Realizar IOT com videolaringoscopia direta (McGrath).
- 3ª tentativa: Se não houver tempo hábil para aguardar anestesista do código VAD, garantir via aérea com dispositivo supraglótico [Máscara laríngea (1 opção) ou tubo laríngeo].

DROGAS PARA TRATAMENTO DO COVID-19

- Hidroxicloroquina, macrolídeos, tocilizumab, lopinavir/ritonavir, remdesivir, sono convalescente e outros fármacos: veja recomendações dentro de capítulos específicos deste manejo.

- **ATENÇÃO:** Paciente com piora clínica tardia e/ou DMOS persistente ou recorrente (> 2 DMOS) pensar em síndrome hemofagocítica: colher exames e aplicar HScore: ver citopenias + ferritina + triglicerídeos + TGO + hepatomegalia e/ou esplenomegalia + estado febril. Tratamento: imunoglobulina 400mg/kg/dia durante 5 dias ou 1g/kg/dia durante 2 dias.

SUORTE CLÍNICO

CUIDADOS GERAIS

- Higienização das mãos sempre!
- Instituir precauções de contato e aerossol.
- Utilizar máscara N95, óculos, luvas, avental e gorro.
- Evitar PICC na fase inicial da doença (10 dias).
- Atenção ao balanço hídrico: vide fluxo de hemodinâmica.
- Evitar drogas que alargam o intervalo QT (Ex: Zofran, bromoprida, fluconazol, Plasil, antiarrítmicos), sobretudo se em uso de macrolídeo e cloroquina.
- Não realizar inaloterapia objetivando evitar aerolização.
- Utilizar broncodilatadores com espaçador em caso de broncoespasmo.

CONTROLE GLICÊMICO

- Glicemia de 6/6 ou 4/4h, conforme valores de controle glicêmico e manter protocolo de controle glicêmico institucional.
- Evitar bomba de infusão contínua de insulina e assim dar insulina longa duração precocemente conforme controles glicêmicos do dia prévio.
 - Se paciente com noradrenalina > 0,2mcg/kg/min, evitar insulina SC

CORTICÓIDE

- Na necessidade de oxigênio suplementar, sugere-se iniciar metilprednisolona 0,5mg/kg/dia EV.
- Se choque séptico: hidrocortisona: 200mg/d em BIC (vide protocolo de hemodinâmica).
- Se paciente evoluir para necessidade de VM, avaliar ajuste da dose de metilprednisolona.

SUORTE CLÍNICO

PROFILAXIAS

- Profilaxia para úlcera de estresse: pantoprazol 40mg EV 1x/dia
- Profilaxia trombose venosa profunda:
 - Compressor pneumático (sem meias elásticas) e
 - Agente farmacológico conforme recomendação a seguir

ANTICOAGULAÇÃO

- Não instituir anticoagulação plena com base no valor isolado de D-Dímero.
- Indicar anticoagulação plena apenas se evento tromboembólico confirmado.

ANTICOAGULAÇÃO PROFILÁTICA – SUGESTÃO DE USO EM NEGRITO

	< 45kg	45 a 90kg	>90kg
Enoxaparina SC	40mg 1x/dia – dosar anti-Xa após 48h	40mg 1x/dia	60mg 1x/dia
Heparina não fracionada SC	5.000U de 12/12h	5.000U de 12/12 ou 08/08h	5.000U de 08/08h

Para pacientes < 90kg

- Enoxaparina 40mg – via subcutânea – 1x/dia (para pacientes com ClCr > 30) ou
- Heparina não-fracionada 5.000UI – via subcutânea – 12/12h ou 8/8h – atenção aos pacientes de baixo peso (< 45kg – vide tabela);

Para pacientes > 90kg

- Enoxaparina 60mg – via subcutânea uma vez ao dia ou
- Heparina não-fracionada 5.000UI – via subcutânea – 8/8h

ANTICOAGULAÇÃO PLENA (TERAÉUTICA)

- Enoxaparina 1mg/kg – via subcutânea – 12/12h com monitorização da atividade de anti-Xa após a 4ª dose do fármaco para alvo 0,6 a 1,1UI/mL. Monitorizar a cada 48h até 2 exames consecutivos dentro da faixa terapêutica. Na presença de alterações clínicas significativas (alt. do volume de distribuição ou alteração da função renal) ou ajuste de dose, solicitar nova atividade de anti-Xa.
- Heparina não-fracionada - via endovenosa em bomba de infusão com meta de rTPPA entre 2.0-3.0. Nos pacientes de alto risco para sangramento, pode-se ajustar o alvo do rTPPA para 2,0 a 2,5 ou inferior a isso de acordo com a evolução clínica.

ANTICOAGULAÇÃO – PONTOS IMPORTANTES:

- Anticoagulantes orais: todavia sem recomendação formal para uso tanto durante a internação, como após a alta hospitalar;
- Anticoagulação plena : está indicada a partir do momento que exista evidência de trombose clinicamente significativa, salvo contraindicações;
- Apesar da inclinação dos estudos em andamento para anticoagulação terapêutica dos pacientes com COVID-19 forma moderada (internados, porém fora do ambiente de UTI), ainda não existe recomendação formal para anticoagulação desta população;
- Não recomendamos o ajuste da dose do anticoagulante baseado em valores de D-dímero.

EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM

ADMISSÃO NA UTI

- Exames descritos em coleta diária e
- Troponina
- BNP
- Função hepática e DHL
- Ferritina
- D-dímero
- TP, TTPA, fibrinogênio e tromboelastograma
- Pro-calcitonina e Culturas
- ECG e Rx de tórax
- Ecocardiografia nas primeiras 24 horas

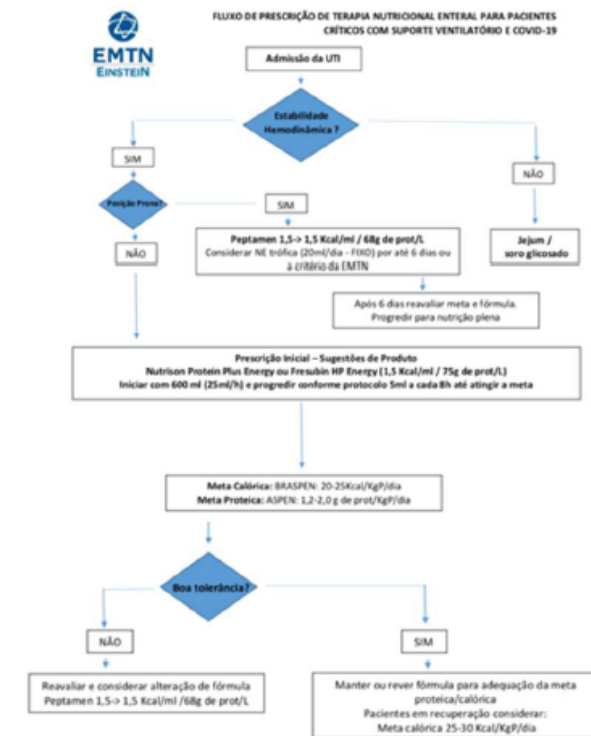
EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM

COLETA DIÁRIA

- Hemograma completo
- Função renal (Cr e Ur)
- Eletrólitos incluindo Mg, Cai e fósforo (manter Mg >2,0 mEq/l e K >4,0 mEq/L)
- Gasometria arterial e lactato (se em VM hipoxêmico e/ou choque) e/ou gasometria venosa central (se sem PAI ou se em desmame de VM ou fora da VM e sem hipoxemia e sem choque)
- PCR
- Suspeita de infecção secundária: colher culturas e seriar biomarcadores: PCR e procalcitonina
- D-dímero a cada 48 horas (servirá como marcador de gravidade)
- Rx de tórax se piora clínica e após procedimentos (Ex: IOT, passagem de CVC)
- Se em uso de macrolídeo e cloroquina, fazer ECG diário

SUORTE NUTRICIONAL

- Infecção por COVID pode causar diarreia. Se diarreia: colher inicia/ PCR para Clostridium, se negativo, iniciar loperamida (2mg de 2 a 4x/d) e/ou Tiorfan (1cap – 2 a 4x/d)
- Se constipação: não evacua há > 48 h: Guttalax ou Muvinalx 1env – 3x/d



SEDAÇÃO, ANALGESIA E BLOQUEIO NEUROMUSCULAR

A associação de propofol (máx. 3,0 mg/kg/h) com fentanil [25-50 mcg/h (máx. 100 mcg/h em casos específicos)] é recomendada como primeira escolha para sedação / analgesia de pacientes submetidos a VM por COVID-19.

Na presença de propofol em dose superior a 3mg/kg/h, na presença de quadros de agitação ou assincronia ventilatória, recomenda-se como primeira estratégia a associação de midazolam em bolus de 3 a 5mg com dose máxima de 15mg em 2h. Caso não haja controle da situação com midazolam em bolus, recomenda-se a associação com dexmedetomidina como agente adjuvante a sedação na dose de 0,3 a 1,4mcg/kg/h.

O uso de midazolam em infusão contínua na dose de 0,02 a 0,2mg/kg/h (concentração de 0,6mg/mL da solução padrão) pode ser considerado na falha da estratégia de propofol e dexmedetomidina para manutenção de sedação profunda.

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

Alvo sedação após as primeiras 48 horas de VM:

- Relação PaO₂/FIO₂ >200 e PEEP ≤ 15 cmH₂O e FIO₂ ≤50%: RASS -3 a 0
- Relação PaO₂/FIO₂ ≤200 e PEEP ≥15 cmH₂O: RASS -4 a -5

Nos pacientes crônicos, considerar o quadro clínico evolutivo pulmonar para definir a relação PaO₂/FIO₂ alvo para redução ou retirada da sedação.

Controle de agitação:

- Propofol: 10 a 40 mg (1 a 4 mL) em bolus
- Midazolam: 3 a 5 mg (5 a 8 mL) em bolus

Controle de dor (analgesia):

- Fentanil em bolus: 50 mcg
- Associação com analgésico comum com objetivo de poupar opioide: dipirona ou paracetamol

Bloqueio neuromuscular:

- Recomenda-se utilização de cisatracúrio 0,15 mg/kg em bolus seguido de infusão em BI de 1 a 4 mcg/kg/min quando houver:
- Assincronia grave persistente, caracterizada por piora da oxigenação e da ventilação após ajuste da VM e ajuste de sedação, em pacientes com relação PO₂/FIO₂ entre 150 e 200 ou
- Relação PaO₂/FIO₂ < 150 com PEEP >15cmH₂O

Em pacientes recebendo bloqueio neuromuscular, recomendamos:

- Monitorização da função cerebral com BIS e alvo de 40 a 60 com *suppression rate* (SR) de zero (ativar a função SR no monitor)
 - Monitorização do bloqueio neuromuscular com monitor TOF para alvo 0 (avaliar uma vez por dia, se possível) ou, na indisponibilidade desta monitorização, garantir bloqueio neuromuscular suficiente para manter modo controlado da ventilação mecânica.
 - Na impossibilidade de monitorização com BIS, deve-se garantir sedação profunda (RASS -5) antes do início da infusão do BNM.
 - A possibilidade de retirada do BNM deve ser avaliada diariamente.
- Pacientes após 48h de uso de BNM: se relação PO₂/FIO₂ > 200 e PEEP < 20cmH₂O, retirar bloqueador neuromuscular e reavaliar. Quando PEEP > 16cmH₂O, manter sedação profunda (RASS (-)5) para evitar ciclos espontâneos e tosse neste cenário de PEEP elevada.

Após 48 horas de sedação, em pacientes com uso de medicações psicoativas de uso crônico realizar reconciliação medicamentosa antes de pensar em reduzir sedação contínua.

Considerar também a introdução de neuroléptico VS, benzodiazepínico de longa duração VS e morfina ou metadona VS como estratégia de transição da sedação durante despertar e controle de agitação.

SEDAÇÃO, ANALGESIA E BLOQUEIO NEUROMUSCULAR

Se durante tentativa de diminuição da sedação, paciente apresentar assincronia com queda da SpO₂ e/ou instabilidade hemodinâmica:

- Propofol: 10 a 40 mg (1 a 4 mL) em bolus
- Fentanil: 25 a 50 mcg em bolus
- Dar uma dose de neuroléptico (quetiapina 25 a 50mg via SNE ou risperidona 2mg via SNE ou, na impossibilidade de uso de SNE, haloperidol 2,5 a 5,0 mg EV).
- Se não melhorar após 20 minutos, aprofundar a sedação diminuindo em -2 na escala de RASS ou até RASS -5, reavaliar em 24 horas.
- Se necessitar de mais de dois bolus em 6 horas, pensar em aprofundar sedação, avaliar necessidade de ajustes das doses de medicações VS e reavaliar em 24 horas.

Outras sugestões relacionadas ao manejo de analgesia, sedação e bloqueio neuromuscular:

Como forma de poupar opioides, deve manter prescrição de analgésico adjuvante endovenoso, via sonda enteral ou por via oral.

Manejo da dor deve se ajustar ao cenário clínico do paciente:

- Administração de analgésicos em bolus deve preceder procedimentos com potencial algíco limitado no tempo. Por exemplo: aspiração traqueal e troca de curativo.
- Ajuste da taxa de infusão basal do analgésico deve acontecer quando houver a percepção de aumento da sensação de dor de forma contínua. Por exemplo: aparecimento de escara.
- No cenário de escassez de recursos, são substitutos ao fentanil:

Morfina: bolus 1 a 2mg e BI a 0,5 a 1,0mg/h
Remifentanil: 0,1 a 0,5mcg/kg/min
Sufentanil: bolus 2 a 5mcg e BI 2,5 a 5,0 mcg/h

Pode-se associar um adjuvante parenteral (além do analgésico fraco):

Cetamina: bolus 150mcg/kg e BI 1 a 4mcg/kg/min
Dexmedetomidina: BI a 0,3 a 1,4mcg/kg/h

Após 7 dias de uso de opioide forte, substituir por metadona conforme sugestão:

Parenteral: bolus 1 a 2mg e BI 0,3 a 0,5mg/h
Enteral: 10mg q6h ou q8h

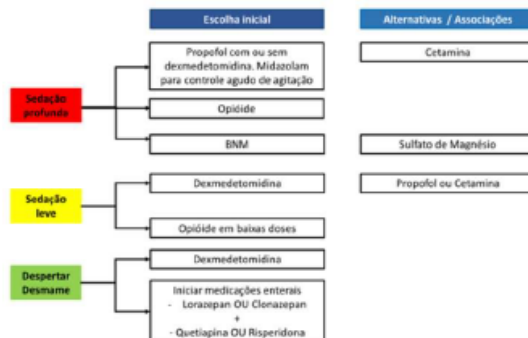
Em relação ao uso de bloqueador neuromuscular, no cenário de escassez de recursos, são alternativas ao cisatracúrio:

Recomendação:

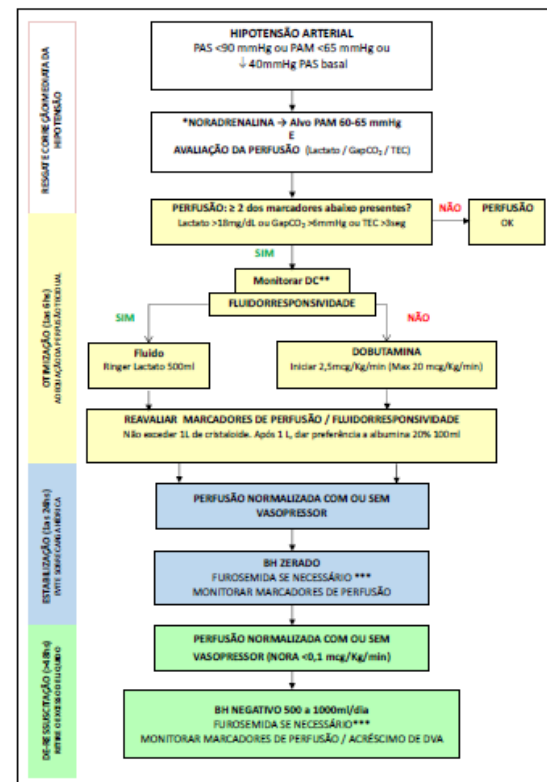
Rocurônio: 1mg/kg em bolus e BI 8 a 12mcg/kg/min

Opções igualmente aceitáveis na falta dos dois anteriores:

Pancurônio: 0,08mg/kg em bolus e BI 1 a 2mcg/kg/min
Atracúrio: 0,5mg/kg em bolus e BI 5 a 9mcg/kg/min
Vecurônio: 0,08mg/kg em bolus e BI 0,8 a 1,7mcg/kg/min



SUORTE HEMODINÂMICO



* Monitorização PAi + CVC se noradrenalina >0,1 mcg/kg/min e em ascensão

- Se nora >0,5 mcg/kg/min, iniciar adrenalina 0,01 mcg/kg/min

- Hidrocortisona 200mg BIC se noradrenalina >0,2 mcg/kg/min ao final de 6 horas

** Monitorar débito cardíaco se dois ou mais parâmetros de perfusão estiverem alterados: Ecografia: Na avaliação inicial inclusive pulmonar. Evitar reavaliações pelo risco de contaminação.

Análise contorno de pulso: No choque séptico se não houver comprometimento pulmonar grave

Termodiluição transpulmonar: Na SDRA grave + IRA em HD/CV/VHDF (APEV/IPVP para o manejo da UF)

Cateter de artéria pulmonar: Na suspeita de disfunção VD e/ou VE (preferência ao CEDV)

*** Checar BH a cada 6h, ajustar dose do diurético conforme a meta (BH zerado ou negativo)

Considerar (BH zerado / positivo) em caso de aumento de vasopressor, alteração dos marcadores de perfusão, sinais laboratoriais de desidratação (hipernatremia / alcalose metabólica), alteração das escórias renais, fontes de perdas não mensuráveis (febre/diarreia).

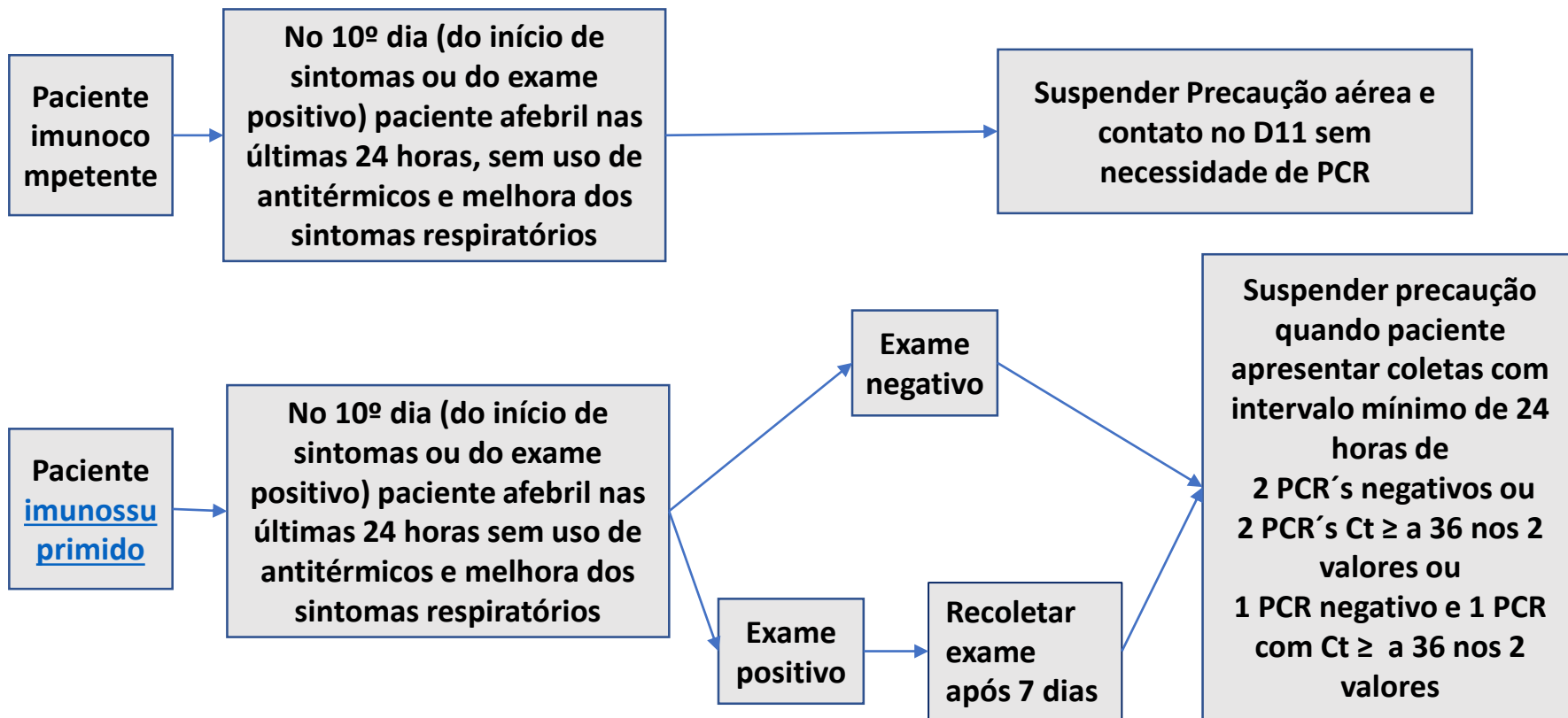




Suspensão de Precaução, Critério de Imunossupressão e Critérios de Alta Hospitalar



Suspensão da Precaução



- 1 - Se por alguma eventualidade tenha sido coletado PCR (Ex: reinternação ou pedido médico) para SARS-CoV2 para o paciente imunocompetente para a retirada da precaução, o valor dos Ct's* presentes no laudo devem ser ≥ 36 e esta coleta deve ter sido coletada a partir do 10º dia do positivo ou do início de sintomas, o que vier antes.
- 2 - DO é a data de início dos sintomas ou a data da coleta do exame (quando paciente assintomático). Se o assintomático se torna sintomático, o DO = data do início dos sintomas.

Critérios de imunossupressão



1. Tratamento vigente para tumores de órgãos sólidos ou hematológicos;
2. Transplante de órgãos sólidos em terapia imunossupressora;
3. CAR-T cell ou transplante de células hematopoiéticas há 2 anos ou em terapia imunossupressora;
4. Imunodeficiência primária severa a moderada;
5. Doença causada pelo HIV avançada ou não tratada com CD4 < 200, histórico de doença definidora de AIDS sem reconstituição imune, ou manifestações clínicas do HIV sintomático;
6. Uso de corticosteroides \geq 15 dias (prednisona >20 mg/dia ou hidrocortisona >80 mg/dia, metilprednisolona >16 mg/dia ou dexametasona >3 mg/dia - após 30 dias da suspensão, considerar imunocompetente), agentes alquilantes, antimetabólitos, drogas imunossupressoras pós tx renal, agentes quimioterápicos classificados como altamente imunossupressores, bloqueadores de TNF e outros agentes biológicos imunossupressores ou imunomoduladores;
7. Doença renal terminal.

[Estes critérios são fatores determinantes da suspensão da precaução \(link\).](#)



Imunodepressão na Oncologia

Com critério de coleta de exames para suspensão de precaução

- Uso de qualquer quimioterapia (independente da via).
- Uso de anticorpos-droga conjugados (T-DM1, trastuzumab-deruxtecano, enfortumab-vedotin, sacotuzumab-govitecan).
- Uso de inibidores de PARP (risco de mielotoxicidade).
- Uso de alguns TKI's: alectinib, alpelisib, cabozantinib, cobimetinib, copanlisib, crizotinib, duvelisib, everolimus, gefitinib, glasdegib, imatinib, nilotinib, Osimertinib, pazopaninb, pemigatinib, regorafeninb, selpe.rcatinib, sorafenib, sunitinib e tensirolimus.

Sem Critério de coleta de exames para suspensão de precaução

- Pacientes fora de tratamento e sem quimioterapia citotóxica há mais de 6 meses.
- Pacientes em tratamento com hormonioterapia.
- Pacientes em tratamento com inibidores de checkpoint.
- Pacientes em tratamento com anticorpos monoclonais sem quimioterapia associada (anti EGFR, antiVEGF, antiHER).
- Pacientes em tratamento com alguns TKI's: afatinib, amivantamab, avapritinib, axitinib, binimetinib, brigatinib, capmatinib, ceritinib, dabrafenib, dacomitinib, encorafenib, entrectinib, erdafitinib, erlotinib, infigratinib, lapatinib, larotrectinib, lenvatinib, lorlatinib, neratinib, pralsetinib, sotorasib, tivozanib, trametinib, tucatinib, vandetanib, vemurafenib e vismodegib
- Pacientes em tratamento com análogos de somatostatina (octreotide, lanreotide).
- Pacientes em tratamento com radioisótopos (radium-223, lutécio, iodo).
- Pacientes em tratamento com agentes protetores ósseos (denosumab, zolendronato, pamidronato).



Critérios de alta hospitalar

- Estabilidade hemodinâmica.
- Boa aceitação de dieta via oral ou enteral.
- Paciente afebril há 24 horas.
- Ausência de uso de oxigênio suplementar por tempo mínimo de 24 horas com saturação mínima de $\geq 92\%$ após criteriosa avaliação médica.
- Frequência respiratória ≤ 24 ipm.
- Em situações específicas (dependência de oxigenioterapia) considerar oxigênio domiciliar após criteriosa avaliação.



Exames



	Presença do vírus no trato respiratório				Anticorpos de Inibição viral	Genótipo do Vírus
	TESTE MOLECULAR RT-PCR	TESTE MOLECULAR RT-PCR NA SALIVA	PAINEL MOLECULAR DE PATÓGENOS RESPIRATÓRIOS	TESTE PARA DETECÇÃO DE ANTÍGENO	TESTE DE NEUTRALIZAÇÃO SARS-COV-2, ANTICORPOS TOTAIS	SEQUENCIAMENTO DO GENOMA COMPLETO SARS-CoV-2
Princípio do Teste	PCR em tempo real para detecção do RNA do vírus	PCR em tempo real para detecção do RNA do vírus	PCR multiplex para detecção de diversos vírus causadores de infecção respiratória INCLUSIVE SARS COV-2	Método imunocromatográfico para detecção do antígeno viral	Ensaio Imunoenzimático competitivo para detecção de anticorpos neutralizantes (ANTI-RBD), anticorpos totais	Sequenciamento do Genoma Completo por NGS
Material	Swab de nasal e orofaringe (swab com salina) Aspirado Traqueal Lavado Broncoalveolar	Saliva	Swab de nasal e orofaringe (swab com salina) Aspirado Traqueal Lavado Broncoalveolar	Swab de nasal e orofaringe (swab seco)	Soro	Amostra do trato respiratório positiva para SARS-Cov-2
Sensibilidade	Variável de acordo com material coletado e tempo de coleta a partir do início dos sintomas	90%	86-99%	84,4%	94,11 a 97,05 %	Não Aplicável
Especificidade	Especificidade de 99%	Especificidade de 99%	Especificidade de 99%	Especificidade = 99%	99%	Não Aplicável
Tempo ideal para coleta	Em até 7 dias dos sintomas idealmente entre 3 a 5 dias	Em até 7 dias dos sintomas idealmente entre 3 a 5 dias	Em até 7 dias dos sintomas idealmente entre 3 a 5 dias	Em até 5 dias dos sintomas idealmente entre 3 a 5 dias	Após 21º dia do início dos sintomas	Em até 7 dias dos sintomas idealmente entre 3 a 5 dias
Indicação/ resultados esperados	Indicado para avaliar presença ou ausência do vírus no trato respiratório Resultado positivo na doença ativa (COVID-19) ou pacientes que estão com o vírus mas encontram-se assintomáticos	Indicado para avaliar presença ou ausência do vírus no trato respiratório Resultado positivo na doença ativa (COVID-19) ou pacientes que estão com o vírus mas encontram-se assintomáticos	Indicado para o diagnóstico sintomático de infecções respiratórias de vias aéreas: capaz de detectar 20 patógenos incluindo vírus e bactérias (três espécies de bactérias)	Indicado para avaliar presença ou ausência do vírus no trato respiratório em pacientes com suspeita de COVID-19 (sintomáticos) Resultado positivo na doença ativa (COVID-19)	Este teste é indicado para avaliar a presença de anticorpos de inibição viral produzidos após infecção ou vacina O método mimetiza o processo de neutralização do vírus SARS-CoV-2 Anticorpos totais superior ou igual a 30% = POSITIVO. Indica a presença de anticorpos neutralizantes contra o SARS-CoV-2	Exame indicado para identificar surgimento de novas variantes e diferenciar casos de reinfeção (no caso necessário ter RT-PCR coletado em dois momentos distintos) Pacientes que tenham RT-PCR para SARS CoV-2 detectado anteriormente com CT até 25
Tempo do Resultado	24 horas	24 horas	Internados: 6 horas Pronto Atendimento: 12 horas Ambulatório: 24 horas	2 horas corridas	3 dias corridos	20 dias úteis
Vantagem	Maior Sensibilidade	Conforto na coleta	Capaz de detectar ampla variedade de patógenos e rápido	Menor tempo	Avalia o potencial de inibição viral em pacientes que tiveram contato com o vírus ou que foram vacinados	Poder de discriminar as cepas variantes de SARS CoV-2

ATUALIZADO

PCR em Tempo Real para SARS-CoV 2



PCR EM TEMPO REAL PARA DETECÇÃO DE CORONAVÍRUS - COVID-19 – swab nasofaringe + orofaringe ou lavado broncoalveolar (melhora da sensibilidade) ou 1 amostra de secreção traqueal se traqueostomia.

Uma Amostra

1 swab para nasofaringe D
1 swab para nasofaringe E

OU

1 amostra de lavado
bronco alveolar

OU

1 amostra de secreção
traqueal em pacientes
traqueostomizados

RECOMENDÁVEL A SOLICITAÇÃO DO Painel Molecular de Patógenos respiratórios.

VÍRUS	
<i>Adenovirus</i>	<i>Influenza A/H1</i>
<i>Coronavírus HKU1</i>	<i>Influenza A/H3</i>
<i>Coronavírus NL63</i>	<i>Influenza A/H1-2009</i>
<i>Coronavírus 229E</i>	<i>Influenza B</i>
<i>Coronavírus OC43</i>	<i>Parainfluenza Virus 1</i>
<i>*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2)</i>	<i>Parainfluenza Virus 2</i>
<i>Human Metapneumovirus</i>	<i>Parainfluenza Virus 3</i>
<i>Human Rhinovirus/Enterovirus</i>	<i>Parainfluenza Virus 4</i>
<i>Influenza A</i>	<i>Respiratory Syncytial Virus</i>

BACTÉRIAS
<i>Bordetella parapertussis</i>
<i>Bordetella pertussis</i>
<i>Chlamydomphila pneumoniae</i>
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>

Coleta do PCR EM TEMPO REAL COVID-19 – swab nasal



ATUALIZADO

Em abril de 2023, de acordo com a literatura, suspenso a etapa de coleta de swab de orofaringe

Materiais necessários:

- 2 swabs de **rayon** para coleta de amostras estéreis
- 1 tubo Urin-Monovette® 10ml

Etapas da coleta:

1. Aplicar o 1º swab na nasofaringe direita;
2. Aplicar o 2º swab na nasofaringe esquerda;
3. Cortar as hastes dos swabs na altura do frasco;
4. Colocar os 2 swabs no frasco Urin-Monovette®;
5. Colocar 2ml de soro fisiológico no frasco Urin-Monovette®.



Exames complementares



- Recomendado painel molecular de patógenos respiratórios (diagnóstico diferencial). O painel contém a detecção de PCR para SARS-CoV 2.
- Hemograma, bioquímica (função renal, eletrólitos, transaminases, gasometria, CPK, DHL, D-dímero, Proteína C reativa, ferritina). Complementar exames de acordo com avaliação clínica.
- Coagulograma.
- Hemocultura – sepse, choque séptico.
- Radiologia: Realizar pelo menos um exame de imagem em todos os casos suspeitos, de acordo com o julgamento clínico e presença de comorbidades:
 - RX tórax
 - TC tórax de alta resolução, se possível com protocolo de baixa dose (mais sensível; recomendado para casos graves ou em pacientes com doença pulmonar estrutural). Pode estar normal.
 - **OPACIDADE EM VIDRO FOSCO** periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”), OU
 - **OPACIDADE EM VIDRO FOSCO** multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”), OU
 - **SINAL DE HALO REVERSO** ou outros achados de pneumonia em organização (observados posteriormente na doença).



Tratamento medicamentoso



Antibiótico em pacientes ambulatoriais e internados

- Sem indicação de antibioticoterapia.
- Em pacientes internados mesmo com leucocitose e PCR elevado e procalcitonina normal: sem indicação de antibioticoterapia.
- Em pacientes com leucocitose, PCR elevado e procalcitonina alterada:
 - Ceftriaxona 1 g EV 12-12h + Claritromicina 500 mg EV 12/12h





Tratamento



Dexametasona/Metilprednisolona

- Indicação
 - Pacientes hospitalizados com saturação < 94% em ar ambiente.
- Dosagem
 - Metilprednisolona: 32 mg
 - Dexametasona: 6 mg EV uma vez por dia.
- Tempo de tratamento por 10 dias ou se houver alta antes suspender de forma gradual.
- Dose de corticoide equivalentes: prednisona 40mg, hidrocortisona 160 mg.





Tratamento antiviral



- Pacientes adultos e pediátricos com idade ≥ 28 dias e pesando ≥ 3 kg com pneumonia que requerem administração suplementar de oxigênio (oxigênio de baixo ou alto fluxo, ou outra ventilação não invasiva no início do tratamento).
- Pacientes adultos e pediátricos pesando ≥ 40 kg que não requerem administração suplementar de oxigênio e que apresentam risco aumentado de progredir para COVID-19 grave.

Paciente internado

- Paciente sem necessidade de oxigênio suplementar com risco de evolução para doença grave; ou
- Infiltrado pulmonar; ou
- Saturação menor do que 94% em ar ambiente; ou
- Necessidade de suplementação de oxigênio, ventilação mecânica ou ECMO.
- Dentro de 7 dias do início dos sintomas, sendo D0 a data do início.

Paciente ambulatorial

- Pacientes ambulatoriais com COVID 19, sem necessidade de oxigênio suplementar e **risco de evolução para doença grave**.
- Dentro de 7 dias do início dos sintomas, sendo D0 a data do início.
- Dosagem de enzimas hepáticas e renais pré infusão conforme bula.
- Exame de detecção de COVID-19 (antígeno ou teste molecular) com laudo.



- Uso pediátrico
 - Dose pediátrica 5 mg/kg no primeiro dia e após 2,5 mg/kg uma vez ao dia.
 - Pacientes pediátricos ≥ 28 dias (pesando ≥ 3 kg mas < 40 kg)
- Uso em pacientes com insuficiência renal
 - Avaliar risco e benefício do seu uso
 - (<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2795734>)
 - (<https://academic.oup.com/cid/article/73/11/e3990/6033734?login=true>)



Rendesivir ambulatorial



Consultório Médico

- **Paciente** passa em consulta
- **Médico** evidencia critérios
- **Médico** ou **Secretária** recomenda agendamento no telefone 2151 9471 ou 2151 0118 das 8 às 17h (seg a sex), ou por e-mail ageinfusao@einstein.br
- **Médico** faz a Prescrição Médica para o paciente e aplica o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Paciente Farmácia Agendamento

- **Paciente** liga no agendamento, ou envia um e-mail passando o pedido de Prescrição Médica
- **Agendamento** informa a precificação (paciente concordando com o valor) e passa para a farmácia sobre reserva de estoque ou compra do medicamento
- **Farmácia** confirmando medicação, o **Agendamento** faz o bloqueio da sala de infusão na data e horário combinado com o paciente
- **Agendamento** informa local, data e horário do procedimento ao paciente

Recepção Enfermagem

- **Recepção** realiza abertura de passagem com antecedência
- **Paciente** é identificado e entra imediatamente para a sala de infusão, sem necessidade de aguardar na recepção
- **Enfermagem** realiza atendimento e infusão conforme prescrição



- Nirmatrelvir 300mg + ritonavir 100 mg VO 12/12 hs 5 dias, sem alimentos.
- TFG ≥ 30 e <60 mL/min = nirmatrelvir 150mg+100 mg ritonavir VO 12/12 hs por 5 dias. Não há dados de segurança para TFG <30 mL/min.
- Não há ajuste para disfunção hepática leve a moderada. Não há dados de segurança para disfunção hepática grave, não utilizar.
- Iniciar até cinco dias do início de sintomas, idealmente no D2/D3.
- Liberado para uso em crianças acima de 12 anos com peso ≥ 40 kg.
- Indicado em casos leves/moderados de COVID-19 que não requerem oxigênio suplementar e que apresentam risco aumentado de progressão para COVID-19 grave em adultos.
- Não está indicado para profilaxia pré ou pós exposição para prevenção de infecção.
- Não utilizar em gestantes e evitar gravidez por até 7 dias após o término do tratamento.
- Contra indicado na coadministração de medicamentos altamente dependentes da enzima CYP3A para depuração e para quais concentrações elevadas estão associadas a reações graves e/ou risco de morte.
- Possíveis efeitos adversos: disgeusia, diarreia, hipertensão arterial, mialgia, aumento de transaminases, hepatite e icterícia.
- Autorização da ANVISA para uso emergencial em 30/03/2022.
- Assinar TCLE



Molnupiravir

- Iniciar até cinco dias do início de sintomas.
- 4 cp 200 mg VO 12/12h por 5 dias com ou sem alimentos.
- Não requer ajuste para função renal ou hepática.
- Não pode ser utilizado por gestantes.
- Não está indicado para profilaxia pré ou pós exposição.
- Indicado para pacientes ambulatoriais com ≥ 18 anos com COVID-19 leve a moderada, com alto risco de desenvolvimento para doença grave, sem outras opções de tratamento – outras opções de tratamento = paxlovid, rendesivir, anticorpos monoclonais.
- Possíveis efeitos adversos: diarreia, náusea, tontura, cefaleia, rash, urticaria.
- Aprovado pela ANVISA para uso emergencial em 04/05/2022.
- Assinar TCLE e Termo de ciência contra indicando o uso na suspeita ou diagnóstico de gravidez .

<https://www.idsociety.org/practice-guideline/covid-19-guideline-treatment-and-management/>

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/anvisa-recebe-pedido-de-uso-emergencia-do-molnupiravir>

<https://files.covid19treatmentguidelines.nih.gov/guidelines/covid19treatmentguidelines.pdf>



Tratamento inibidores de IL-6

**Indicação**

O uso do tocilizumabe parece reduzir a resposta inflamatória causada pelo COVID-19, há necessidade de mais estudos para avaliar o custo- benefício dessa droga e em virtude da escassez dessa medicação no mercado mundial. A orientação é analisar individualmente cada paciente.

1. Relação PaO₂/FiO₂ < 300;
2. Piora do quadro respiratório nas últimas 48 horas em ar ambiente, ou cateter de O₂, evoluindo para máscara de oxigênio, excluindo asma e congestão, evoluindo para máscara reinalante (bag 100%), cateter de alto fluxo > 30 litros por minuto, FiO₂ > 40% ou ventilação mecânica;
3. Excluir processo infeccioso bacteriano ou fúngico;
4. Procalcitonina menor do que 0,5 ng/ml, no momento da prescrição;
5. PCR > 75 mg/L.

**Informações suplementares:
contactar o farmacêutico
clínico**

Contra indicações

1. Relação PaO₂/FiO₂ > 300;
2. Paciente em ar ambiente;
3. Pacientes que utilizaram mini pulso ou pulso de corticoide;
4. Paciente com mais de 48 horas do cateter de alto fluxo > 30 litros por minuto, FiO₂ > 40% ou ventilação mecânica ou pacientes crônicos em ventilação mecânica;
5. Suspeita ou confirmação de infecção bacteriana ou fúngica e/ou cultura de qualquer sitio positiva;
6. TGO ou TGP acima do que 5 vezes o limite superior da normalidade
7. Clearance estimado de creatinina menor do que <30 ml/min;
8. Histórico de hipersensibilidade a Tocilizumab ou outro inibidor de IL-6;
9. Uso de outros imunossupressores;
10. Gestantes;
11. Plaquetopenia (< 50.000/microL);
12. Risco ou evidência de perfuração intestinal.

Aprovado pela ANVISA em 13/06/2022: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/medicamentos/tocilizumabe>. Não há cobertura dos planos de saúde, portanto o pagamento nestes casos é de responsabilidade do paciente.

ATENÇÃO: Tocilizumabe não deve substituir corticoesteróides e nem deve ser prescrito em conjunto com doses elevadas destas drogas. Utilizado sozinho ou em combinação com dexametasona / metilprednisolona ou dexametasona/ metilprednisolona associado ao rendesivir.

Tocilizumabe



Efeitos colaterais mais comuns

1. Reação anafilática a infusão da droga
2. Hipertensão arterial nas primeiras 24 horas;
3. Cefaleia;
4. Reações de pele;
5. Trombocitopenia;
6. Insuficiência hepática;
7. Insuficiência renal;
8. Aumento colesterol e frações;
9. Superinfecção bacteriana, fúngica ou por outros vírus como herpes zoster;
10. Perfuração gastrintestinal.

Dose

Dose única de 8 mg/kg (dose máxima de 800 mg), sem repetição de dose.



Tratamento - inibidores da JNK

Xeljanz[®] – tofocitinibe – Encerramento do processo de uso emergencial pela ANVISA em 15/03/2022.



Baricitinib

- Inibidor da Janus quinase (JAK).
- Usado no tratamento da artrite reumatóide.
- Efeito imunomodulador, interferência na entrada no vírus na célula.
- Opção para pacientes que necessitam de alto fluxo de oxigênio ou pacientes com baixo fluxo de O₂ com evolução para altos níveis de suporte respiratório apesar do uso da dexametasona.
- Pode ser utilizado em pacientes com quadro moderado a grave.
- Alternativa ao uso Tocilizumabe quando este não estiver disponível.
- Dose: 4mg por VO até 14 dias. Ajustar dose se (TFGe) <15 mL/min por 1,73 m².

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/medicamentos/sotrovimabe>

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17476348.2022.2114899>



Situação	Tratamento	Comentários
Sem hospitalização ou hospitalizado assintomático ou com sintomas leve/moderado sem fator de risco para progressão da doença	Sintomáticos	
Não hospitalizado Covid 19 leve a moderado com alto risco de progressão da doença	Paxlovid 300/100 VO duas vezes ao dia por 5 dias; Rendesevir 200 mg no primeiro dia EV 1x/dia e nos dias subsequentes 100 mg por dois ou três dias Molnupiravir 800 mg VO duas vezes ao dia por 5 dias	Terapia antiviral e/ou anticorpo monoclonal deve ser administrado se possível, nos primeiros 3 dias do início dos sintomas Paxlovid: dentro 5 dias Rendesivir dentro 7 dias Molnupiravir dentro 5 dias Sotrovimab e Bebtelovimab não apresenta atividade contra as variantes Omicron BQ.1, BQ.1.1, and BF.7. Dexametasona não é recomendado
Hospitalizado, com quadro leve (sem comprometimento pulmonar). Paciente com alto risco para progressão da doença	Rendesevir 200 mg no primeiro dia EV 1x/dia e nos dias subsequentes 100 mg por dois ou três dias ou Evusheld	Dexametasona não é recomendado
Hospitalizado, com doença moderada, quadro pulmonar, sem suplementação de oxigênio. Alto risco de de progressão da doença.	Rendesevir 200 mg no primeiro dia EV 1x/dia e nos dias subsequentes 100 mg por dois ou três dias	Dexametasona não é recomendado
Hospitalizado, doença grave (saturação < 94% e /ou relação PaO2/FiO2 <300) que necessitam de oxigênio suplementar	Rendesevir+ Dexametasona ± Tocilizumabe Baricitinib para hospitalizado, sem ventilação mecânica ou ECMO, doença grave, adminstrado em 72 h	
Hospitalizado, doença grave (saturação < 94% e /ou relaçãoPaO2/FiO2 <300, desejam ventilação mecânica ou Ecmo	Dexametasona + Rendesevir + Tocilizumabe	



Tratamento não indicados



Tratamentos contra indicados

Contra indicação da utilização terapêutica ou profilática de:

- Cloroquina e hidroxiclороquina associada ou não a azitromicina.
- Plasma convalescente.
- Lopinavir/Ritonavir.
- Ivermectina profilática ou terapêutica.
- Colchicina.
- Corticóide inalatório.
- Bebtelovimab.
- Bamlanivimab.
- Bamlanivimab/etesevimab.
- Tixagevimabe/Cilgavimabe (Evusheld) – Suspensão de uso pelo FDA em 26/01/2023 devido a ineficácia diante de novas variantes.
- Sotrovimabe - Suspensão do uso pelo FDA em 05/04/2022 devido a ineficácia diante de novas variantes.
- Anakinra.

Protocolo de Prevenção de Tromboembolismo Venoso Suporte a Decisão

- Inclusão do fator de risco COVID – 19 no Protocolo de Prevenção de Tromboembolismo Venoso em todos os algoritmos:
 - Clínico
 - Cirúrgico
 - Cirúrgico Ortopédico
 - Obstétrico Gestante
 - Obstétrico Puérpera
- O fator de risco COVID-19 será mandatório para a realização de profilaxia farmacológica caso o paciente não apresente contra indicação absoluta.
- A informação quanto ao resultado positivo para COVID-19 será rastreada do resultado do exame, e este fator de risco já virá preenchido de forma automática no Suporte a Decisão.
- O Suporte a Decisão do Protocolo de Prevenção de Tromboembolismo Venoso irá recomendar a profilaxia baseado na presença do fator de risco COVID-19 e na ausência de contraindicação absoluta – “ COVID-19 e Trombocitopenia grave ≤ 25.000 plaquetas).
- Após o preenchimento do Suporte a Decisão e a solicitação de “ver recomendações”, o sistema irá fornecer a recomendação mais adequada de profilaxia.
- Caso seja necessário ajuste de dose devido obesidade ou insuficiência renal, o Suporte a Decisão irá calcular de forma automática este ajuste.
- Aplicar novamente o score de risco antes da alta, com o objetivo de alertar para a indicação de profilaxia entendida.



Protocolo de Prevenção de Tromboembolismo Venoso Suporte a Decisão



Exames de Laboratório

29/09/2020

15:07

Resultado COVID- 19

Detectado

Sem informações relevantes para o protocolo.

Selecione o algoritmo

Clinico

Fator de risco ⓘ

Risco Anterior: Baixo (0,3%) - 17/09/2020 11:24

- Câncer Ativo
- História Pessoal de TEV (com exclusão de trombose de veias superficiais)
- Redução da mobilidade \geq 24 h (não deambula ou deambula pouco, maior parte do dia acamado)
- Condições de trombofilia (hipercoagulabilidade)
- História recente de cirurgia ou trauma há menos de um mês
- Idade \geq 70 anos
- Insuficiência pulmonar ou cardíaca
- IAM ou AVC recente (menos de um mês)
- Infecção aguda e/ou doença reumatológica
- Obesidade (IMC \geq 30)
- Uso de contraceptivo, terapia de reposição ou terapia hormonal

COVID-19 - Resultado COVID- 19: Detectado

Risco Atual: **Alto (11%)**





GESTANTES, PUÉRPERAS e RN

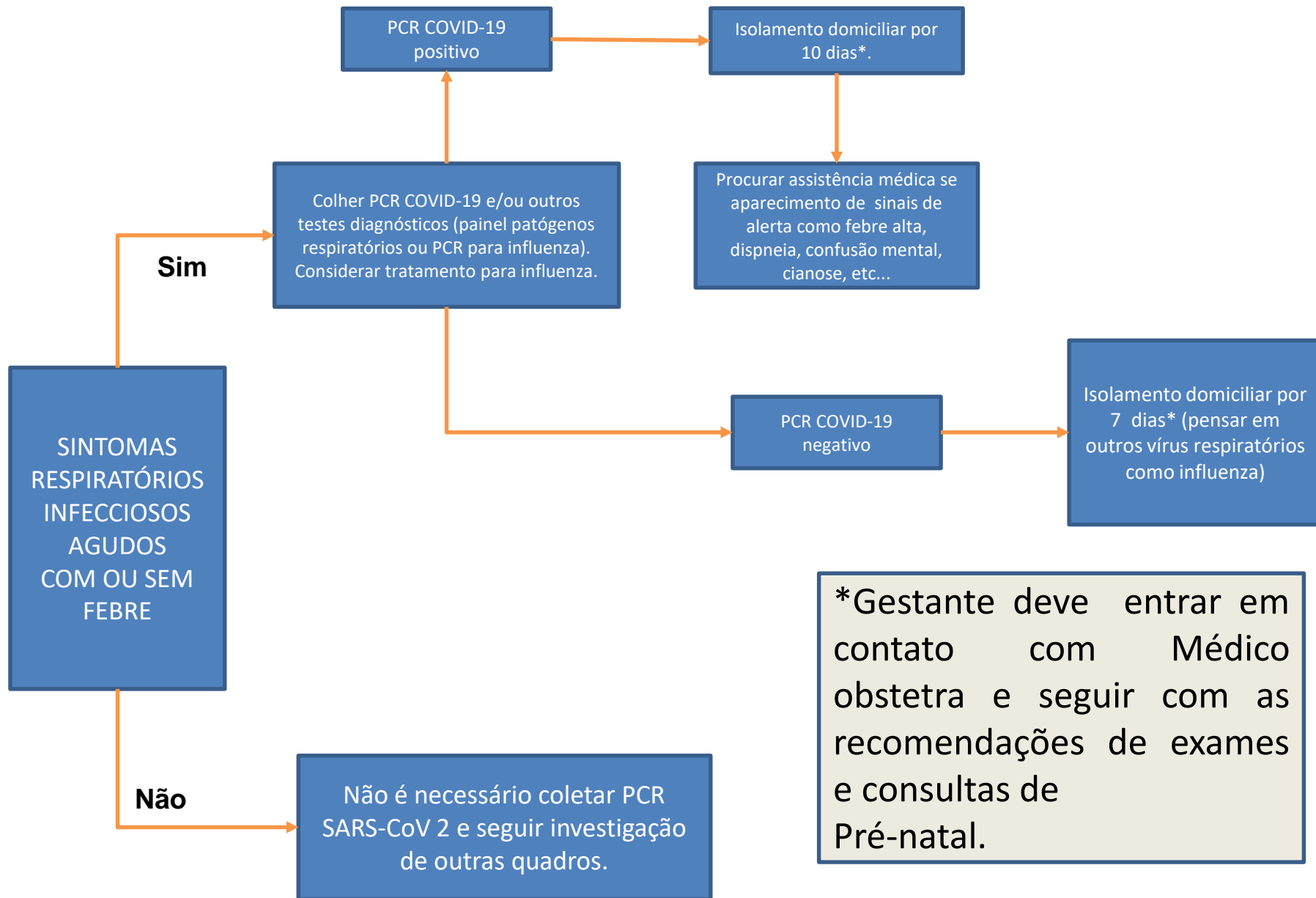
Orientações gerais - gestantes e puérperas



- A partir de setembro de 2022, não é mais obrigatória a coleta do PCR ou antígeno pré parto. O médico possui autonomia para solicitar a coleta da gestante assintomática pré parto, sendo que a mesma só é colocada em precaução caso apresente resultado positivo.
- O RT-PCR continua indicado para gestantes em trabalho de parto com síndrome gripal. Considerar coleta de painel de patógenos respiratórios em períodos de sazonalidade para diagnóstico diferencial para outros agentes.
- Acompanhante previamente COVID-19 deverá estar assintomático há 24 horas e sem uso de antitérmicos neste período após 10 dias do início dos sintomas, sendo que D0 é a data do início dos sintomas ou da coleta do exame.
- Só deverá apresentar 2 PCR's negativos ou positivos com Ct maior ou igual a 36, consecutivos com intervalo mínimo de 24 horas se acompanhante [imunossuprimido](#).



Fluxograma Gestantes com Suspeita COVID-19 UPA



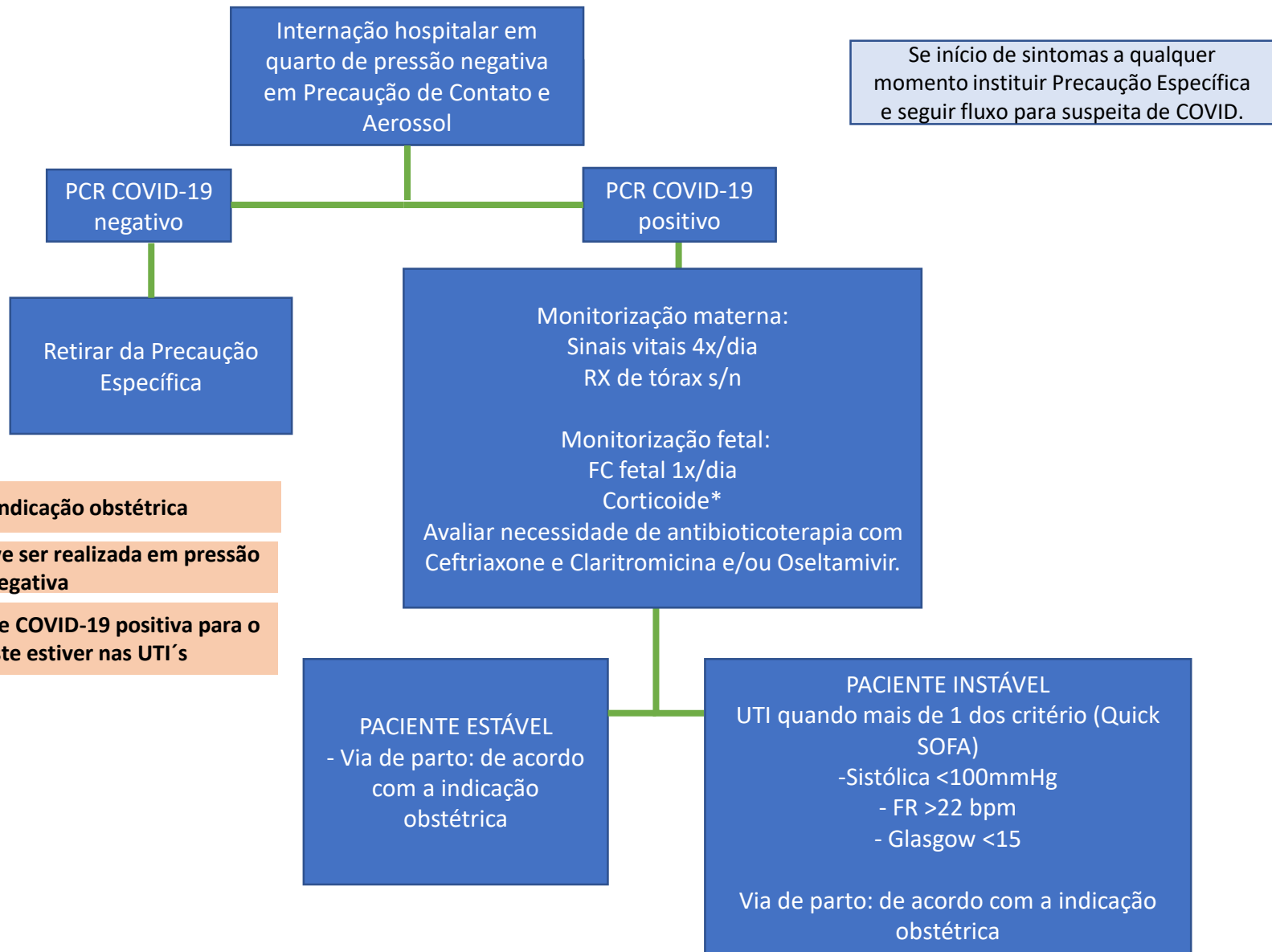
*Gestante deve entrar em contato com Médico obstetra e seguir com as recomendações de exames e consultas de Pré-natal.



Fluxograma Pacientes Gestantes Internadas com Suspeita ou Confirmação para SARS-CoV-2



ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

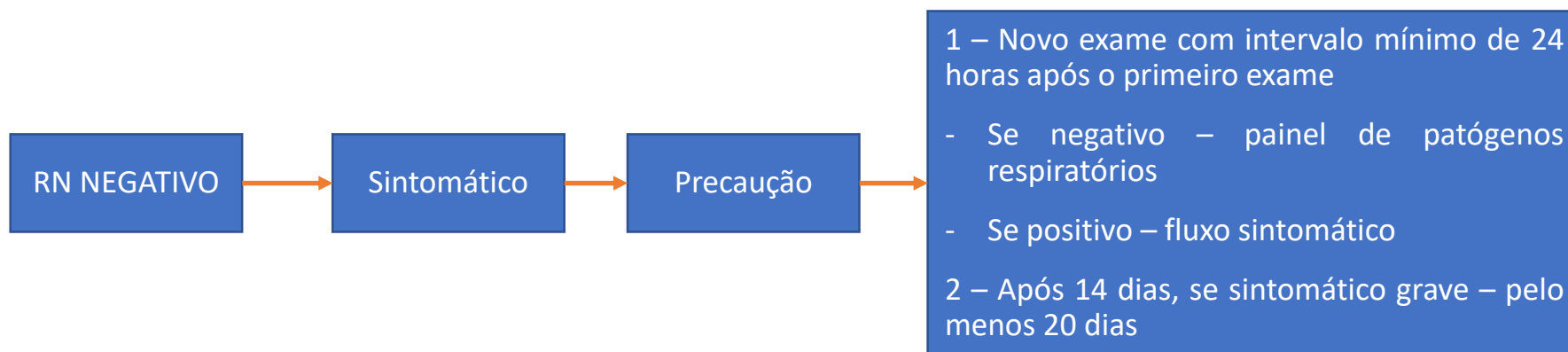
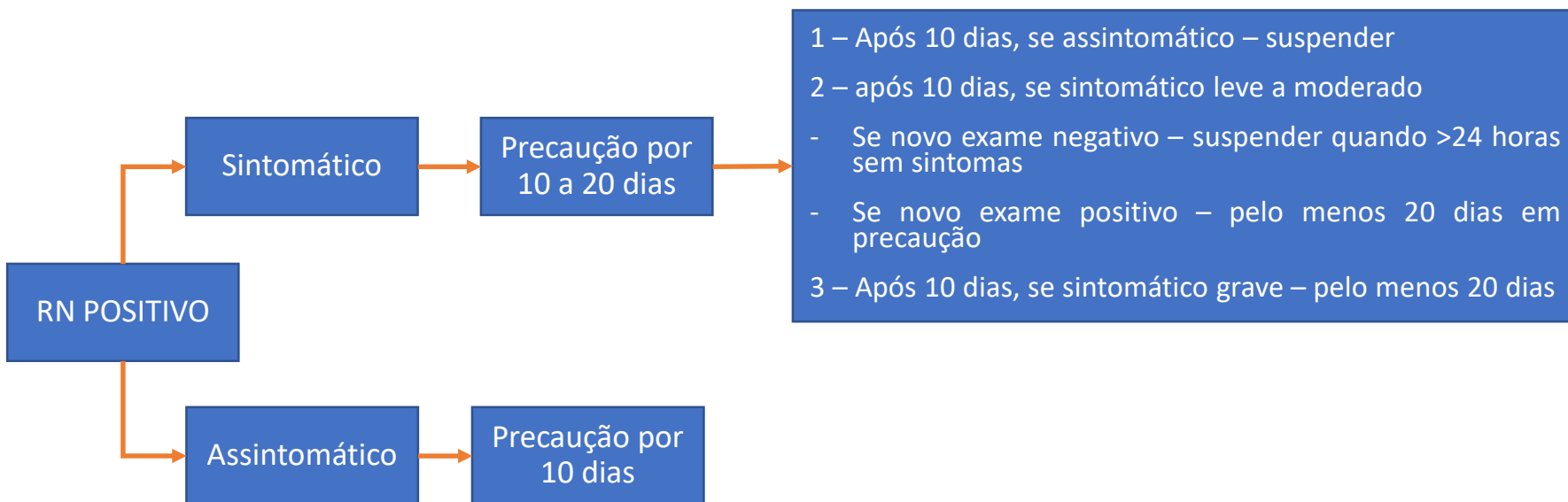




Precauções UTI Neonatal Recém nascido



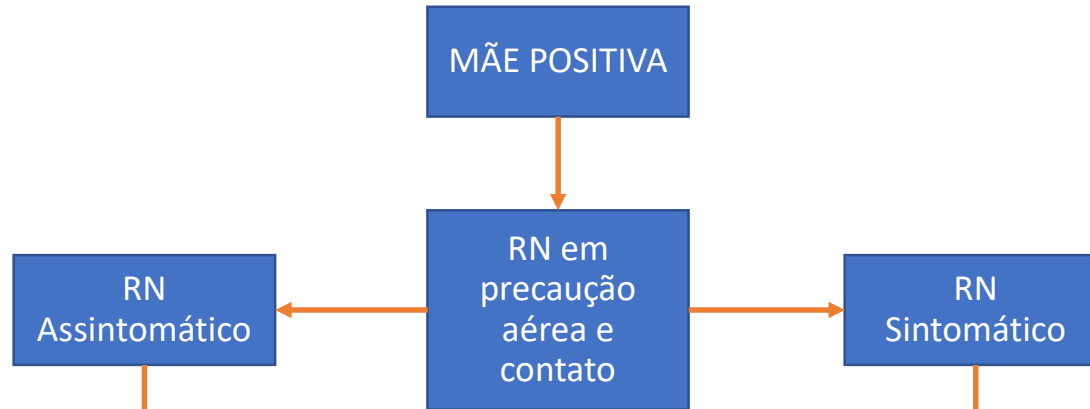
ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA





Precauções UTI Neonatal

Mãe positiva para SARS-CoV-2



RT-PCR após 48 horas:

- Negativo e assintomático – suspender
- Negativo e sintomas – Vide slide anterior
- Positivo e permanecer assintomático – Vide slide anterior
- Positivo e iniciar sintomas – Vide slide anterior.

RT-PCR após 48 horas:

- Negativo – [Vide orientações no link](#)
- Positivo – [Vide orientações no link](#)



Alocação de pacientes (RN e puérpera) com suspeita ou confirmação para COVID-19

RN termo ou prematuro
> 35 semanas sem
necessidade de UTI NEO

Alojamento conjunto obrigatório.
Precaução de contato e aerossol.
Puérpera deve utilizar máscara cirúrgica durante
todo tempo e ser orientada a higienizar* as mãos
antes e após contato com RN .

Priorizar leitos com pressão negativa.
Na ausência de leitos com pressão
negativa, internar em leito da
maternidade em precaução de contato e
aerossol.

Proibida visita (somente pai se
assintomático) e permitida amamentação

RN termo ou prematuro
com necessidade de UTI-
NEO

Alocar paciente no CI externo (capacidade
para 2 pacientes)

Na ausência de leito no CI externo, alocar em
leito de pressão negativa no CTI-P

Na ausência do leito no CTI-P e CI externo
alocar o paciente em leito de maternidade
provendo estrutura de pressão negativa

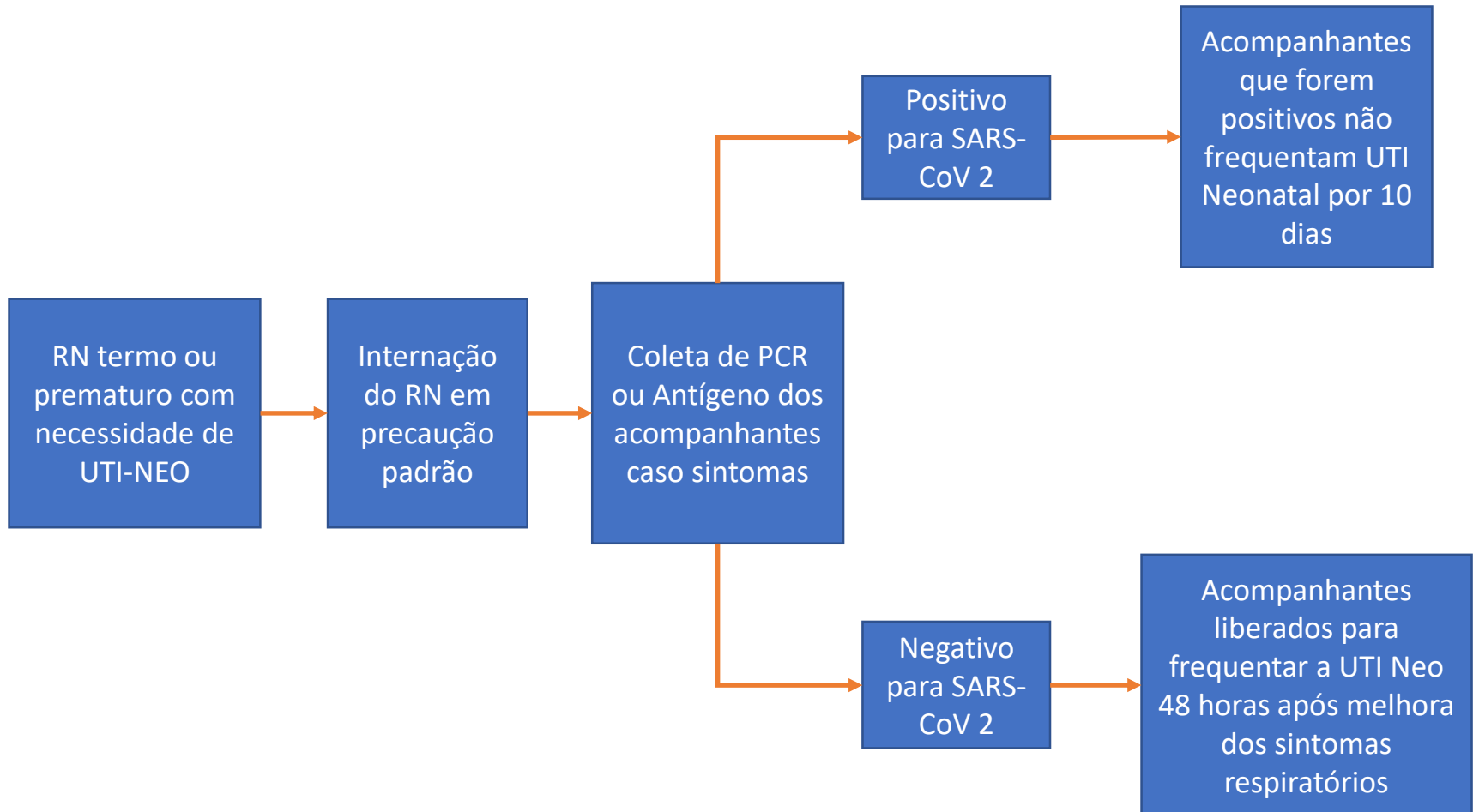
Puérpera não pode frequentar o banco de leite



ATUALIZADO

Fluxograma UTI Neo de bebês provenientes do berçário

Com a suspensão do teste de COVID-19 pré parto, para minimizar o risco de transmissão, foi estabelecido o seguinte fluxo:





ATUALIZADO

Pacientes transferidos de outros serviços para a UTI Neonatal

- Precaução contato e aerossol por 5 dias em CI externo.
- Coletas:
 - Cultura em swab retal – (KPC e VRE).
 - Cultura de secreção traqueal quantitativa se em ventilação mecânica.
 - Painel molecular de patógenos respiratórios com SARS-CoV-2 na admissão.
 - PCR COVID-19 no 5º dia de internação para suspensão ou manutenção da precaução.
 - Sem necessidade de recoletas caso procedimentos cirúrgicos.

Pacientes transferidos do domicílio para a UTI Neonatal

- Precaução contato e aerossol por 5 dias em CI externo.
- Coletas:
 - Painel de 5º dia de internação para suspensão ou manutenção da precaução.
 - Caso não seja possível a coleta, bebê permanece em precaução até alta.



Vacinação de RN no contexto da pandemia

- RN estável, com ou sem suspeita de COVID-19: seguir calendário Nacional de Vacinação
 - Hepatite B nas primeiras 24 horas.
 - BCG ao nascimento ou o mais cedo possível.
- RN positivo assintomático ou quadro leve
 - Adiar e administrar a vacina de hepatite B antes da alta, exceto para RN's de mães com HBsAg/HBeAg positivas, prosseguir com a vacinação durante as primeiras 24 horas de vida ou o mais rápido possível.
 - BCG adiar e administrar antes da alta.
- RN positivo com quadro moderado ou grave
 - Adiar e administrar a vacina de hepatite B antes da alta, exceto para RN's de mães com HBsAg/HBeAg positivas, quando se a situação clínica permitir, vacinar durante as primeiras 24 horas de vida ou assim que estabilidade clínica.
 - BCG adiar e administrar antes da alta.



ONCOLOGIA e HEMATOLOGIA





Ambulatórios Adulto e Pediátrico

Todos os pacientes agendados terão contato telefônico prévio, pela equipe do ambulatório. O paciente será interrogado em relação às questões abaixo:

- O(A) Sr (a) está com tosse, coriza, dor de garganta ou febre?
- Apresenta manchas vermelhas pelo corpo?
- Está com diarreia?
- Teve retorno de viagem ao exterior e febre?
- Teve diagnóstico de COVID-19 nos últimos 10 dias?
- Teve contato com alguém com COVID-19 nos últimos 14 dias?

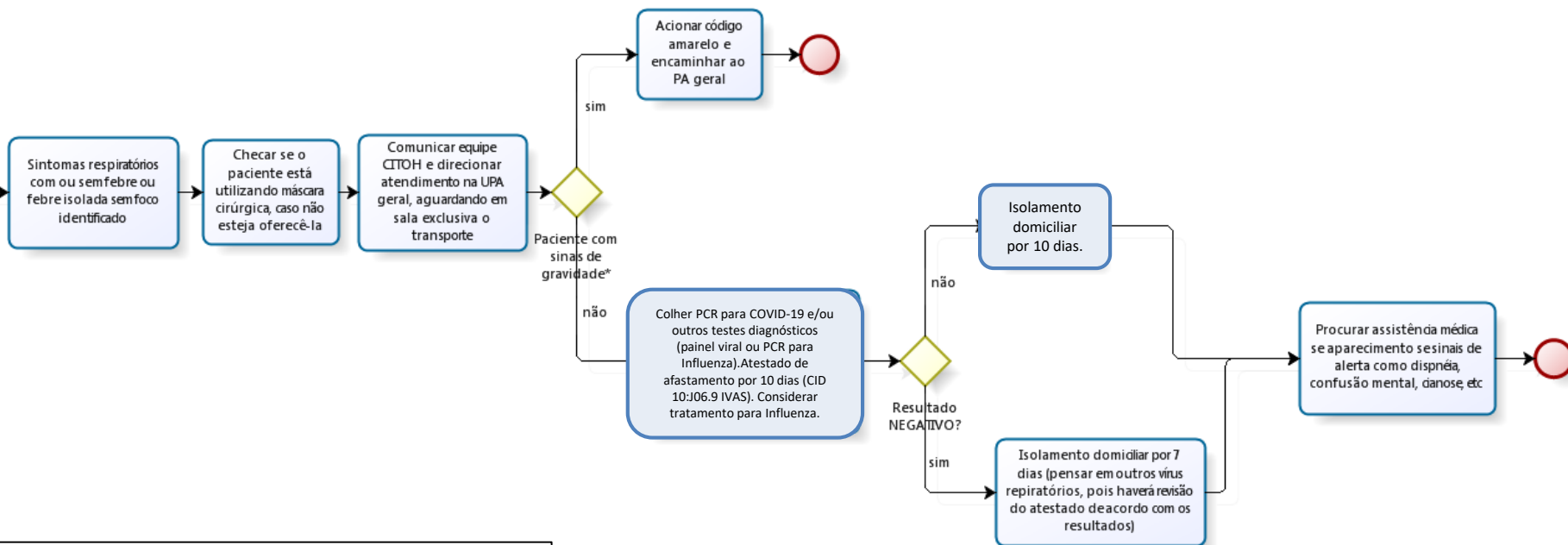
Se todas as respostas forem negativas, o paciente seguirá o fluxo normal de entrada pela recepção da Oncologia.

Caso uma das respostas for positiva e o paciente ainda não tiver sido avaliado, o paciente deverá ser orientado que o médico será informado e que faremos contato para orientar a conduta. Direcionar o caso para o navegador da equipe médica que o acompanha, ou para Dra Juliana e Dra Kira nos casos dos pacientes da Hematologia, para que façam as orientações necessárias e encaminhamento ao pronto atendimento, se necessário.

Caso a resposta seja positiva e o paciente já tiver sido avaliado, o paciente deverá ser orientado que a recepção entrará em contato para orientação da entrada e início do fluxo de entrada para casos suspeitos, confirmados ou contactantes.



Consultórios, CITO, Radioterapia – Casos Suspeitos



*Sinais de Gravidade:

- SaO₂ < 93%;
- FR > 24rpm;
- Dispneia;
- Alteração ausculta pulmonar;
- Outros sinais de deterioração clínica



Casos Suspeitos, Confirmados e Contactantes

- Necessário aguardar 2hs para liberação da sala entre os tratamentos (As 2hs horas serão contadas a partir do momento em que o paciente sai da sala de tratamento) durante esse período a limpeza pode ser realizada e a porta deve ficar sempre fechada.

Atenção:

- Casos confirmados não devem ser atendidos um na sequência do outro, sem respeitar a espera de 2h;
- Caso o paciente tolere ficar de máscara cirúrgica sob supervisão durante todo procedimento, não é necessário esperar as 2hs, seguir com a limpeza dos equipamentos e superfícies tocadas pelo paciente e profissionais de saúde;
- Preferencialmente agendar para o último tratamento do dia;

EPIs:

- Todos os profissionais envolvidos no tratamento devem utilizar máscara N95, óculos, avental e luvas;
- Para procedimentos que geram aerossol, como intubação orotraqueal, os profissionais devem utilizar máscara N95, protetor facial (Face Shield), gorro, avental impermeável e luva.



Procedimentos com anestesia

- Não é necessário filtro adicional ao circuito;
- A cal sodada deve ser trocada após procedimentos de **casos suspeitos ou confirmados** de COVID -19, o responsável pela troca é a engenharia clínica;

Coleta de PCR para COVID-19

- Procedimentos cirúrgicos, como Braquiterapia Oftálmica, coleta prévia ao procedimento a critério médico;
- Procedimentos em que o paciente já está em tratamento de teleterapia, como HDR ginecológica, não é necessário a coleta de PCR prévio.



Suspensão das Precauções Específicas para Pacientes dos Ambulatórios ou Radioterapia

Cenários:

1. Paciente de alta com PCR positivo e continuidade de tratamento ambulatorial;
Manter as precauções durante o contato e aérea.
Necessário 2 PCR's COVID-19 negativos OU 2 PCR's COVID-19 com CT $\geq 36^*$ OU 1 PCR negativo e 1 PCR com Ct $\geq 36^*$ consecutivos de vias aéreas para suspender as precauções:
 - Coletas a partir do 10º dia do início de sintomas;
 - Paciente deve estar assintomático por 24 horas, sem uso de antitérmicos neste período;
 - Coleta com intervalo mínimo de 24 horas.
2. Paciente de alta com 1 PCR negativo OU 1 PCR COVID-19 com CT $\geq 36^*$ e continuidade de tratamento ambulatorial;
Manter as precauções durante o contato e aérea para suspender as precauções:
 - Necessário mais um 1 PCR negativo OU com CT ≥ 36 ;
 - O paciente precisa estar assintomático;
 - Coleta com intervalo mínimo de 24 horas do primeiro negativo.
3. Paciente de alta com 2 PCR's negativos OU 2 PCR's COVID-19 com CT $\geq 36^*$ OU OU 1 PCR negativo e 1 PCR com Ct $\geq 36^*$ e continuidade de tratamento ambulatorial;
Atendimento em Precaução Padrão e paciente com máscara.
4. Paciente positivo em atendimento ambulatorial (QT/Radio)
Manter as precauções durante o contato e aérea.
Necessário 2 PCR's COVID-19 negativos OU 2 PCR's COVID-19 com CT $\geq 36^*$ OU OU 1 PCR negativo e 1 PCR com Ct $\geq 36^*$ consecutivos de vias aéreas para suspender as precauções:
 - Coletas a partir do 10º dia do início de sintomas;
 - Paciente deve estar assintomático por 24 horas, sem uso de antitérmicos neste período;
 - Coleta com intervalo mínimo de 24 horas

*Todos os CTs dos genes presentes no laudo devem ser avaliados



Consultório odontológico - oncologia

Procedimentos que geram aerossol: o dentista deve utilizar paramentação completa, com máscara N95. Realizar desinfecção das superfícies e aguardar 2 horas para liberação do consultório para o atendimento de outro paciente, mantendo a porta fechada durante todo o período.

Procedimentos que não geram aerossol ou paciente com PCR para COVID-19 negativo nos últimos 7 dias antes do procedimento: o dentista deve utilizar máscara cirúrgica, proteção facial (óculos ou face shield) e luvas. O consultório pode ser liberado imediatamente para o atendimento de outro paciente após a desinfecção das superfícies.

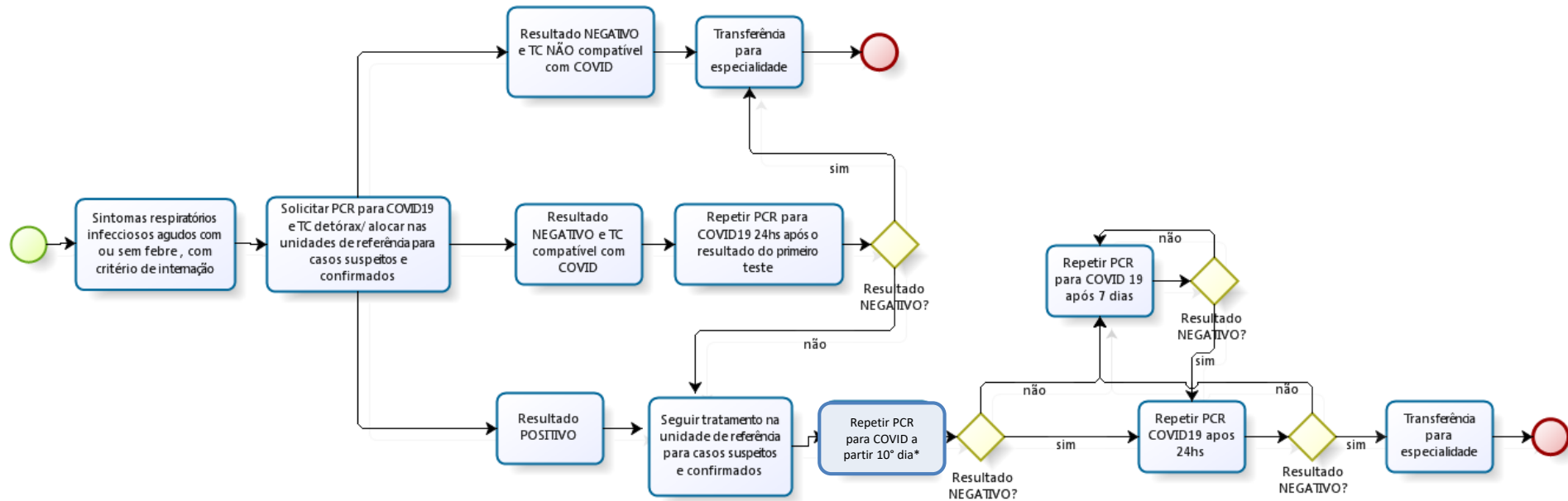
- **Situações especiais:**

1. Pacientes sintomáticos respiratórios não devem realizar nenhum tipo de tratamento. Reagendar a partir de 10 dias da data dos primeiros sintomas;
2. Pacientes com COVID-19 positivo (sintomáticos ou assintomáticos) só devem ser atendidos após a suspensão das precauções específicas.

Observação: emergências e urgências envolvendo pacientes nas situações especiais 1 e 2 podem ser atendidos em caráter de exceção seguindo a práticas de procedimentos que geram aerossol.



Pacientes Oncológicos com Indicação de Internação por suspeita de COVID na ausência de leito com pressão negativa na oncologia do 6º andar



*Para [retirada do isolamento](#) e retorno à especialidade são necessários 2 PCR's COVID-19 negativos OU 2 PCR's COVID-19 com CT ≥ 36 ** OU 1 PCR negativo e 1 PCR com Ct ≥ 36 ** consecutivos de vias aéreas (intervalo mínimo de 24hs). A coleta deve ocorrer a partir do 10º dia do início dos sintomas com o paciente assintomático por 24hs, sem uso de antitérmico neste período. Caso o paciente esteja traqueostomizado ou em ventilação mecânica, a coleta deve ser preferencialmente em material de secreção traqueal.

**Todos os CTs dos genes presentes no laudo devem ser avaliados



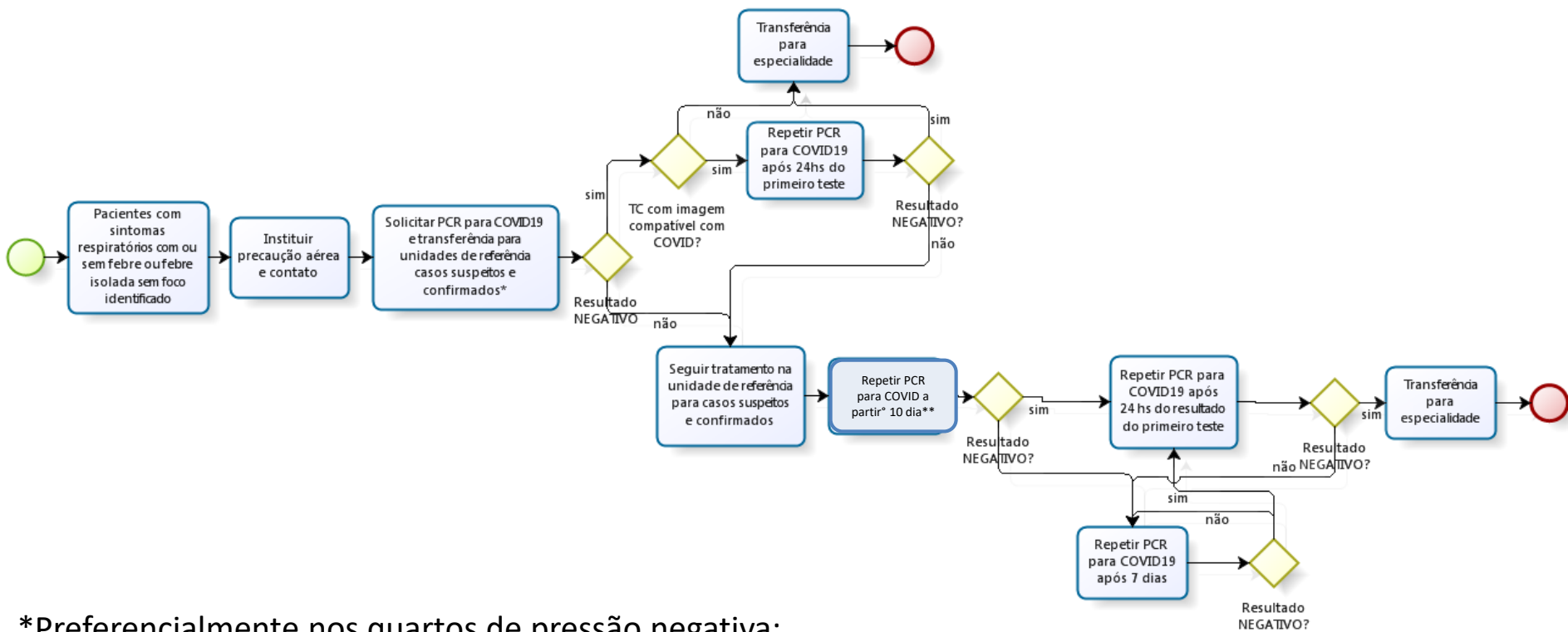
Pacientes ASSINTOMÁTICOS internados no 6ºA ou 11D

Observações:

- Todo paciente com programação de internação superior a 72h deve realizar a coleta de PCR para COVID-19 e ficar em Precaução empírica para Precaução durante o Contato e Precaução Aérea até o resultado.
- Não é necessário a coleta de PCR para COVID-19 para pacientes com programação de internação inferior à 72hs sem sintomas. Estes pacientes devem ser atendidos empiricamente em Precaução durante o Contato e Precaução Aérea.
- Pacientes provenientes de transferência interna deverão coletar COVID de vigilância ao serem admitidos na unidade. Caso tenham coleta prévia, essa poderá ser considerada se tiver sido coletada nas 72hs que antecederam a transferência;
- Permanece a orientação de restrição de visitas e permanência de acompanhantes quando necessário. Casos pontuais serão tratados com a liderança da área;
- Todos acompanhantes de pacientes TMO deverão ser encaminhados para coleta no I3;
- Acompanhantes que forem afastados por resultados de COVID positivo, deverão ser orientados quanto ao isolamento social, sinais e sintomas para buscar atendimento médico;
 - Entregar carta com orientações aos acompanhantes cujo paciente foi transferido para unidades de referência de casos suspeitos e confirmados;
- Após a retirada das precauções equipe volta a utilizar máscara cirúrgica em tempo integral.



Pacientes internados no 6ºA ou 11D com desenvolvimento de sintomas durante a internação na ausência de leito com pressão negativa na oncologia do 6º andar



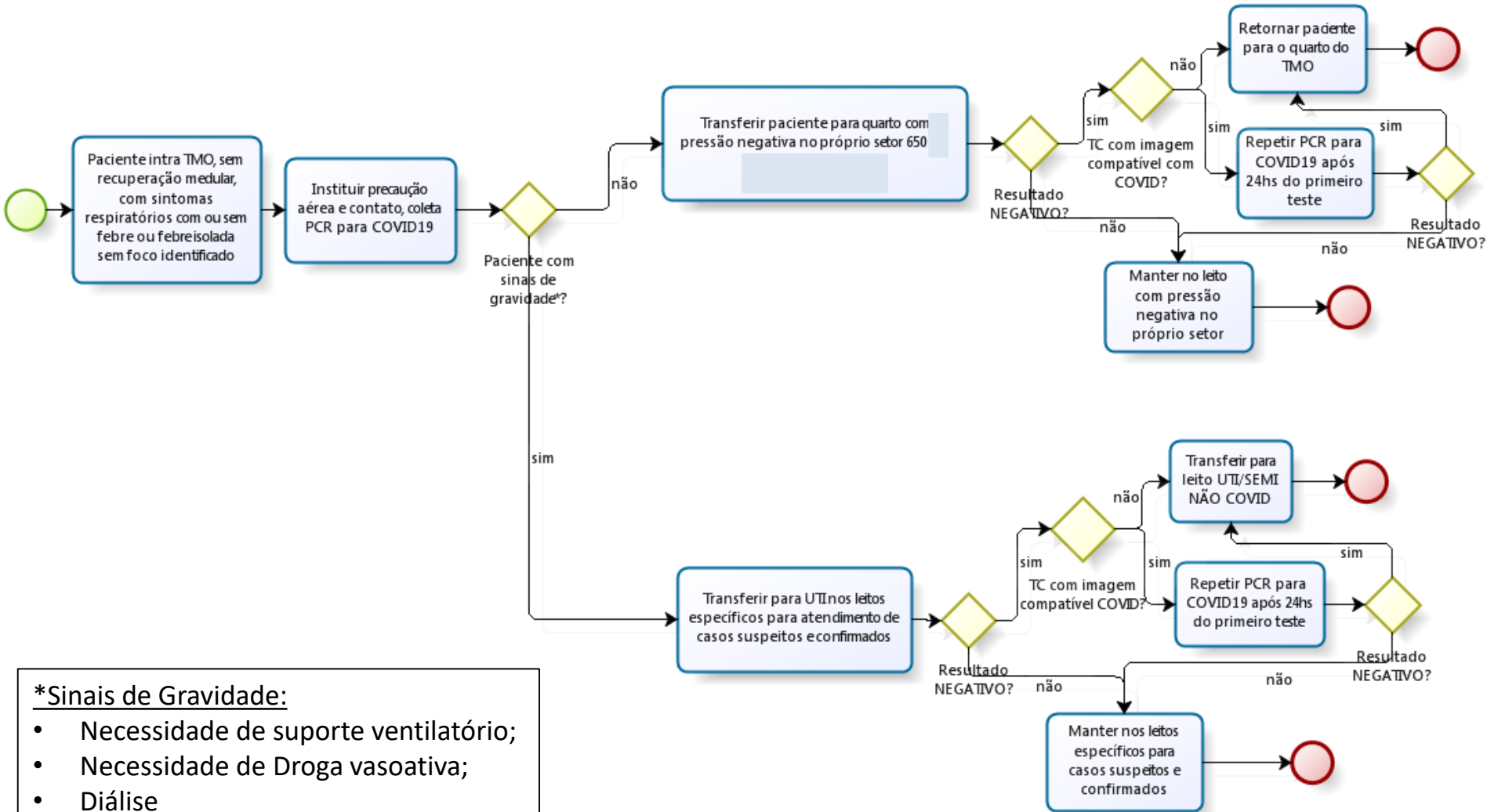
*Preferencialmente nos quartos de pressão negativa;

**Para retirada do isolamento e retorno à especialidade são necessários 2 PCR's COVID-19 negativos OU 2 PCR's COVID-19 com CT ≥ 36 OU 1 PCR negativo e 1 PCR com Ct ≥ 36 consecutivos de vias aéreas (intervalo mínimo de 24 hs). A coleta deve ocorrer a partir do 10º dia do início dos sintomas com o paciente assintomático por 24hs, sem uso de antitérmico neste período. Caso o paciente esteja traqueostomizado ou em ventilação mecânica, a coleta deve ser preferencialmente em material de secreção traqueal.

Todos os CTs dos genes presentes no laudo devem ser avaliados



Fluxo TMO – Pacientes que Desenvolvem os sintomas durante a internação



*Sinais de Gravidade:

- Necessidade de suporte ventilatório;
- Necessidade de Droga vasoativa;
- Diálise
- Outros sinais de deterioração clínica.



TMO – Adendo ao termo de consentimento

Durante a Pandemia o adendo (TCLE para transplantes – COVID-19) deverá ser aplicado junto ao TCLE do TMO, antes do início do processo de transplante.



Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: _____
Passagem: _____ Leito: _____
Proprietário: _____

Medical Suite - **Serviços > Documentos e Formulários > Consentimento Informado**

<https://medicalsuite.einstein.br/Servicos/Paginas/consentimentos-informados.aspx>

Intranet - **Diretoria Médica > Manual do Prontuário > Termos de Consentimento**

[http://web.telaviva/home/prontuario/Termos de Consentimento.htm](http://web.telaviva/home/prontuario/Termos_de_Consentimento.htm)

1. O conjunto Legal e Regulatório composto por: (i) Lei Federal nº 13.979 de 06 de fevereiro de 2020; (ii) Portaria do Ministério da Saúde nº 188 de 3 de fevereiro de 2020; (iii) Portaria do Ministério da Saúde nº 356 de 11 de março de 2020; estabelece que enfrentamos uma Pandemia por Coronavírus, o Sars-CoV-2 causador da COVID-19, cabendo o presente Adendo ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Transplante.
2. Neste contexto, estou ciente que o disposto no Termo de Consentimento de Transplante subscrito baseia-se na prática assistencial e nas evidências obtidas na normalidade das condições epidemiológicas de saúde.
3. Estou ciente que na atual da Pandemia da COVID 19, condição recente e com diversas pesquisas em curso, não há evidências que possibilitem precisar acuradamente o risco de se adquirir este Coronavírus após um transplante, comparado ao risco comunitário ou ao risco após um transplante em um ambiente de normalidade epidemiológica.
4. Dedo a minha completa ciência das condições acima apresentadas nos tópicos 1, 2 e 3 e reafirmo neste Adendo a minha concordância com a realização do transplante.
5. Também estou ciente da possibilidade de que, em contraindo a COVID 19, as medicações utilizadas para evitar a rejeição do transplante podem torná-la mais grave.
6. Recebi todas as explicações necessárias quanto aos benefícios, aos tratamentos alternativos e às possibilidades de ser os resultados esperados, no contexto da Pandemia por Coronavírus, assim como todos os esclarecimentos quanto a quaisquer problemas potenciais que possam ocorrer durante a recuperação no ambiente da Pandemia.
7. Reitero a autorização dada ao (à) médico (a) _____ bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional (is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.

Paciente Responsável (Grau de Parentesco): _____
Nome: _____
Assinatura: _____ Identidade N.º: _____
São Paulo ____/____/____ Hora: ____:____:____

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

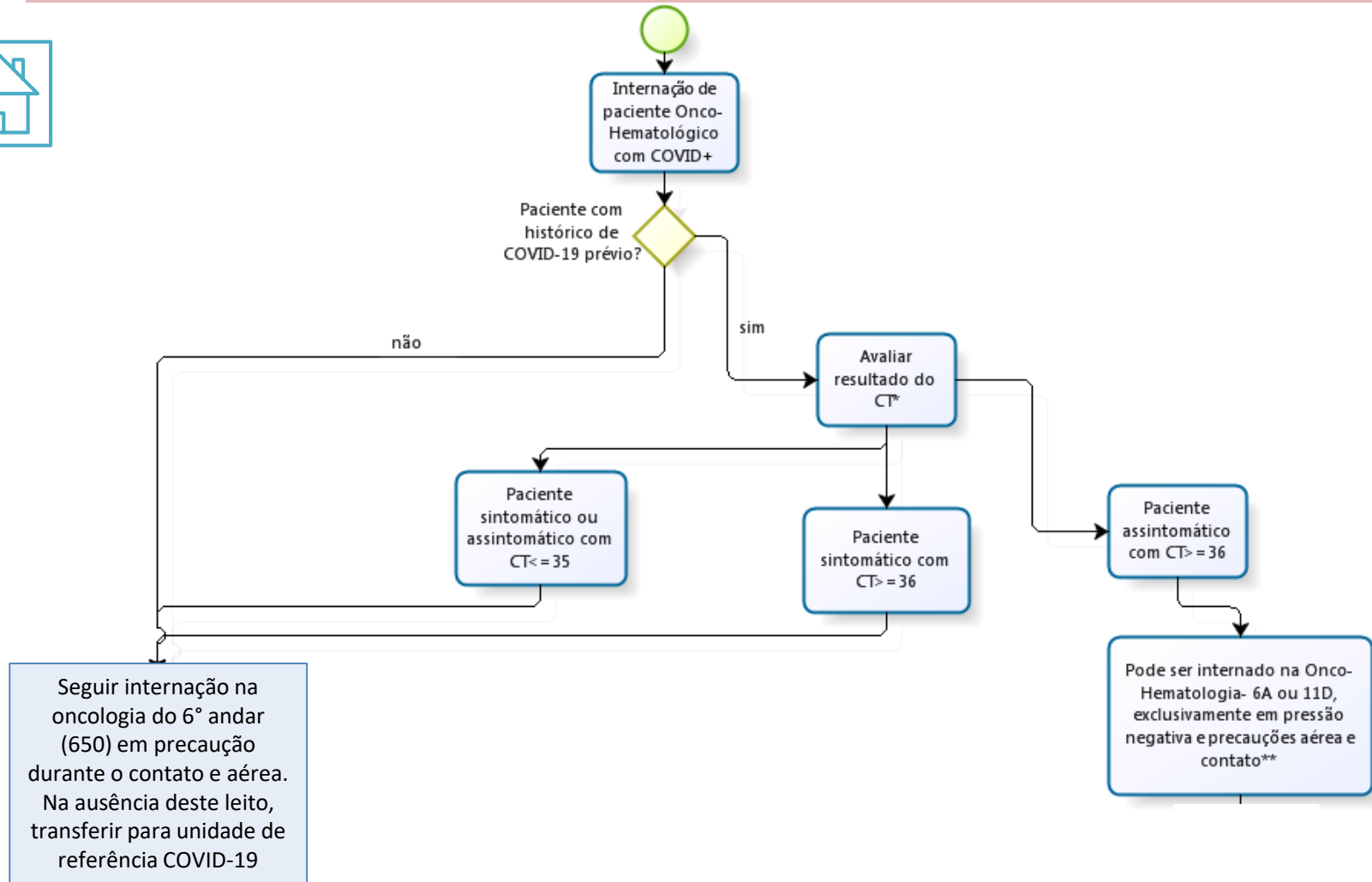
Nome do médico: _____
Assinatura: _____ CRM: _____
São Paulo ____/____/____ Hora: ____:____:____



Pacientes Oncológicos Submetidos à procedimentos cirúrgicos

- Não é necessário coleta COVID-19: Procedimentos rápidos como Mielograma, coleta de LCR e QT Intratecal **quando não houver entubação ou uso de máscara laríngea.**
- Passagem e retirada de CVC – realizar coleta de PCR COVID-19 – procedimento gerador de aerossóis se ausência de PCR em paciente internado.
- O PCR para COVID-19 tem validade de 7 dias, tanto para pacientes internados, como externos.

Fluxo de internação de pacientes com Histórico de COVID + na Onco-Hematologia



*Todos os CTs dos genes presentes no laudo devem ser avaliados

**Paciente deve ser mantido em quarto de pressão negativa e em precaução aérea e contato

Seguir regra do paciente imunossuprimido para suspender as precauções específicas (contato + aérea)



TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, CÉLULAS E TECIDOS

ATUALIZADO

Nota técnica nº 24/2022 -
CGSNT/DAET/SAES/MS



Triagem dos doadores



- A realização do RT-PCR é obrigatória nos períodos definidos nos quadros 1 e 2 para doação de órgãos e nos quadros 3,4 e 5 para doação de tecidos:
 - História de contato com casos suspeitos ou confirmados de COVID-19;
 - Presença de febre acima de 37,8° e pelo menos um dos sinais ou sintomas característicos da infecção pelo SARS-CoV-2;
 - Histórico de internação por insuficiência respiratória aguda ou pneumonia; e
 - Realização de teste RT-PCR para SARS-CoV-2 em amostra de secreção de trato respiratório.

Para os todos os potenciais doadores deve ser realizado por RT-PCR em amostra do trato respiratório:

- Doador falecido: obtida idealmente do trato respiratório inferior (aspirado traqueal ou brônquico, ou lavado broncoalveolar).
- Doador vivo: a amostra recomendada é do trato respiratório superior (swab nasofaríngeo).

Obs: Se Tx de pulmão, a amostra deve ser coletada do trato inferior, vez que nesta localização, a amostra permanece positiva por mais tempo.



Doador de órgãos falecido

Quadro 1 – Critérios de aceite para doador falecido de órgãos

Doador falecido de órgãos	
Condição do Doador	Indicação
Doador com COVID-19 confirmada ou Síndrome Gripal ou Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) sem etiologia definida ou teste laboratorial indisponível, inconclusivo ou NÃO DETECTADO , nos 10 dias precedentes à doação.	Contraindicação absoluta para doação de órgãos.
Doador com COVID-19 confirmada por RT-PCR para SARS-CoV-2 DETECTADO com: <ul style="list-style-type: none"> • Início dos sintomas ≤ 10 dias ou • que o início dos sintomas tenha ocorrido entre 10 a 21 dias (> 10 e <21), COVID-19 com hospitalização/oxigenoterapia, sem resolução dos sintomas. 	Contraindicação absoluta para doação de órgãos.
Doador com RT-PCR para SARS-CoV-2 DETECTADO cujo início dos sintomas tenha ocorrido entre 10 a 21 dias (> 10 e <21), quadro de COVID-19 leve, sem hospitalização/oxigenoterapia, e com resolução dos sintomas.	Considerar o aceite do doador, exceto se de pulmão.
Doador com RT-PCR para SARS-CoV-2 DETECTADO cujo início dos sintomas tenha ocorrido entre 21 e 90 dias (>21 e ≤ 90) com resolução dos sintomas.	Considerar o aceite do doador. Avaliar a doação de pulmão em caso de urgência com priorização em lista.
Doador com RT-PCR persistente para SARS-CoV-2 DETECTADO cujos início dos sintomas tenha ocorrido a mais de 90 dias (>90) com resolução dos sintomas.	Considerar o aceite do doador, exceto se de pulmão.
Doador sem história clínica com RT-PCR para SARS-CoV-2 DETECTADO	Considerar o aceite do doador, exceto se de pulmão.

Deve ser aplicada uma análise criteriosa e avaliação de risco-benefício para aceite de doadores, considerando o risco de transmissão da infecção e a urgência clínica do receptor (gravidade/risco de óbito), quando da utilização de órgãos provenientes de doadores com RT-PCR positivo que se enquadrem nos critérios aqui descritos. Os critérios de aceite do doador para o transplante pulmonar diferem dos demais critérios de aceite dos órgãos sólidos pelas evidências existentes de transmissão confirmada. Neste caso, os doadores devem contar, necessariamente, com RT-PCR para SARS-CoV-2 em amostras de secreção de trato respiratório inferior.



Doador vivo de órgãos

Quadro 2 – Critérios de aceite para doador vivo de órgãos

Doador vivo de órgãos	
Condição do Doador	Indicação
Sem histórico de COVID-19 e RT-PCR NÃO DETECTADO	Aceitar para a doação.
Doador com histórico de COVID-19 há menos de 28 dias do início dos sintomas, com resolução clínica, e RT-PCR NÃO DETECTADO .	Aguardar 6 semanas a contar do início dos sintomas, considerando a gravidade do quadro de COVID-19 do doador. Em casos de urgência para o receptor, e após análise individualizada de risco–benefício , a doação pode ser considerada após o prazo mínimo de 28 dias do início dos sintomas.
Doador com RT-PCR DETECTADO <ul style="list-style-type: none"> Sem história clínica ou com história prévia de COVID-19 há mais de 90 dias, com resolução clínica. 	Aguardar 6 semanas a contar da data da realização do teste. Apenas em casos de urgência para o receptor, e após análise individualizada de risco–benefício , pode ser considerada doação com o prazo mínimo de 28 dias.
Doador com teste RT-PCR DETECTADO <ul style="list-style-type: none"> Com história de COVID-19 há menos de 90 dias do início dos sintomas, com resolução clínica. 	Aguardar 6 semanas a contar do início dos sintomas, considerando a gravidade do quadro de COVID-19 do doador. Apenas em casos de urgência para o receptor, e após análise individualizada de risco–benefício , pode ser considerada doação com o prazo mínimo de 28 dias do início dos sintomas.

Os doadores vivos devem ser orientados sobre a importância de informar, ao serviço responsável pela seleção do doador, o aparecimento, ao longo do período de até 14 dias após a doação, de qualquer sinal ou sintoma respiratório relacionado com o SARS-CoV-2, a fim de que os serviços possam gerenciar o risco sanitário dos materiais biológicos distribuídos ou ainda em estoque, bem como o acompanhamento dos eventuais receptores.



Doação de tecidos

- I. Para a doação de tecidos oculares, a amostra deve ser coletada do trato respiratório o mais próximo possível do momento da parada cardiorrespiratória, podendo ser realizada conforme o **quadro 3**:

Quadro 3 - Prazo para a coleta da amostra para realização do exame em tecidos oculares.

Prazo para a coleta	Condição do doador
Até 6 horas após a parada cardiorrespiratória.	Corpo do doador em temperatura ambiente.
Até 12 horas após a parada cardiorrespiratória.	Se o corpo do doador for refrigerado em até 6 horas após a parada cardiorrespiratória .

- II. Para os demais tecidos, a amostra deve ser coletada do trato respiratório o mais próximo possível do momento da parada cardiorrespiratória, podendo ser realizada conforme o **quadro 4**.

Quadro 4 - Prazo para a coleta da amostra para realização do exame nos demais tecidos.

Prazo para a coleta	Condição do doador
Até 15 horas após a parada cardiorrespiratória.	Corpo do doador em temperatura ambiente.
Até 24 horas após a parada cardiorrespiratória.	Se o corpo do doador for refrigerado em até 12 horas após a parada cardiorrespiratória.

- III. No caso de doador falecido em morte encefálica e de doadores vivos, sugere-se o RT-PCR em amostras coletadas o mais próximo possível do momento da retirada do tecido, podendo ser realizado em até 24 horas antes da retirada.



Doação de tecidos

- I. Para a doação de tecidos oculares, a amostra deve ser coletada do trato respiratório o mais próximo possível do momento da parada cardiorrespiratória, podendo ser realizada conforme o **quadro 3**:

Quadro 3 - Prazo para a coleta da amostra para realização do exame em tecidos oculares.

Prazo para a coleta	Condição do doador
Até 6 horas após a parada cardiorrespiratória.	Corpo do doador em temperatura ambiente.
Até 12 horas após a parada cardiorrespiratória.	Se o corpo do doador for refrigerado em até 6 horas após a parada cardiorrespiratória .

- II. Para os demais tecidos, a amostra deve ser coletada do trato respiratório o mais próximo possível do momento da parada cardiorrespiratória, podendo ser realizada conforme o **quadro 4**.

Quadro 4 - Prazo para a coleta da amostra para realização do exame nos demais tecidos.

Prazo para a coleta	Condição do doador
Até 15 horas após a parada cardiorrespiratória.	Corpo do doador em temperatura ambiente.
Até 24 horas após a parada cardiorrespiratória.	Se o corpo do doador for refrigerado em até 12 horas após a parada cardiorrespiratória.

- III. No caso de doador falecido em morte encefálica e de doadores vivos, sugere-se o RT-PCR em amostras coletadas o mais próximo possível do momento da retirada do tecido, podendo ser realizado em até 24 horas antes da retirada.

Doação e Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas



- Todos os potenciais doadores já selecionados devem ser testados para SARS-CoV-2 por RT-PCR antes do início da mobilização das células progenitoras hematopoéticas.
- Potenciais doadores positivos para SARS-CoV-2 devem ser excluídos da doação, até 28 dias após a recuperação completa dos sintomas.
- Em casos de urgência, pode ser considerada a coleta de células em período inferior a 28 dias, se o potencial doador estiver assintomático e com o SARS-CoV-2 não detectado.
- Após a etapa de seleção e diante do agendamento do transplante, os potenciais doadores devem ser orientados a reforçar as medidas de higiene (higiene das mãos, uso de máscara e de álcool em gel), de distanciamento seguro e de evitar aglomerações, nos 28 dias que antecedem a data da coleta das células.
- Em caso de necessidade médica urgente, sem que haja um doador não detectado alternativo, a decisão por indicar o uso das células de doadores positivos ou com risco aumentado de infecção pelo SARSCoV-2 (potencialmente positivos), cabe ao médico responsável pelo tratamento do paciente, após análise do risco-benefício do uso das células pelo receptor, devendo considerar também a opinião técnica das equipes médicas dos serviços onde serão feitas a coleta e o transplante.
- Ainda que haja indicação médica, a decisão final sobre o uso das células será do paciente, obtendo-se, para tanto, a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelo receptor ou seus responsáveis legais.

Doação e Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas



- Em caso de confirmação clínico-epidemiológica ou laboratorial de infecção pelo SARS-CoV-2, os doadores devem ser considerados inaptos para doação até que:
 - a. Sejam testados por RT-PCR para SARS-CoV-2 duas vezes, com aproximadamente 1 semana de intervalo entre os testes, obtendo-se resultados NÃO DETECTADO; ou
 - b. Caso não seja possível realizar a testagem conforme o item a) acima, deve-se aguardar, preferencialmente, o decurso de 28 dias do desaparecimento dos sintomas.
- Em caso de exposição a situações que impliquem risco aumentado de infecção pelo SARS-CoV-2 ocorrida há menos de 14 dias, os doadores somente poderão ser considerados aptos se:
 - a. Forem testados por RT-PCR para SARS-CoV-2 duas vezes, com aproximadamente 1 semana de intervalo entre os testes, com resultados NÃO DETECTADO; ou
 - b. Caso não seja possível realizar a testagem conforme o item a) acima, deve-se aguardar, preferencialmente, o decurso de 28 dias do evento de exposição para realizar a doação ou 14 dias, no mínimo.

Doação e Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas



- Todas as coletas de células-tronco hematopoéticas de sangue de cordão umbilical e placentário para uso alogênico não aparentado, pela Rede BrasilCord, continuam suspensas.
- Estas recomendações são aplicáveis também aos doadores de linfócitos para infusão (DLI).
- Estas recomendações devem ser consideradas também quando da realização de busca internacional de doadores, avaliando-se os dados epidemiológicos internacionais, para a liberação da importação de unidades de CTH.

Recomendações gerais - Pacientes que aguardam o transplante



- Ainda que o paciente à espera do transplante não apresente sintomas ou sinais clínicos de COVID-19, ele deverá contar com RT-PCR para SARS-CoV-2 durante a avaliação pré-transplante, sempre que possível. Sugere-se a coleta do swab nasofaríngeo para pesquisa por RT-PCR no período máximo de 24h antes da realização do procedimento de transplante.
- Considerar como portador assintomático de SARS-CoV-2 todo paciente que não for testado.
- Orientar os candidatos a transplante de órgãos e tecidos, para que adotem medidas que minimizem o risco de infecção, tais como o isolamento domiciliar e adequada higiene das mãos, por pelo menos 14 dias antes do procedimento quando este estiver agendado. No caso de células-tronco hematopoéticas, recomenda-se, por pelo menos, 28 dias antes do início do condicionamento.
- Os centros transplantadores devem atualizar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para o transplante que contemple a situação específica da epidemia de COVID-19, bem como o aceite pelo receptor de órgão proveniente de doador com RT-PCR detectado com análise de risco aplicado.
- A avaliação dos prós e contras sobre o transplante de doador positivo são avaliadas individualmente. Os centros transplantadores devem desenvolver rotinas para acompanhamento de todos os receptores que receberam órgão de doadores falecidos com SARS-CoV-2 detectado e realizar a notificação da central estadual e a coordenação geral do sistema nacional.



CIRURGIA

Coleta de exame pré operatório



- **Pela possibilidade de resultados falso negativos e impacto clínico, para pacientes imunodeprimidos, a coleta deve ser PCR.**
- **Obrigatório**
 - **Transplante de Órgão Sólido – Obrigatório PCR.**
 - **Síndrome gripal em cirurgias de urgência e emergência, independentemente da especialidade. PCR ou Antígeno.**
- **Recomendado (cirurgia eletiva adulto e pediátrico)**
 - **Cirurgia Cardíaca. PCR ou Antígeno.**
 - **Cirurgia Pulmonar. PCR ou Antígeno.**
 - **Cirurgia Oncológica. Obrigatório PCR.**
 - **Paciente imunossuprimido. Obrigatório PCR.**
 - **Ausência de vacinação completa contra a COVID-19, incluindo doses de reforço. Obrigatório PCR.**



Diretrizes ANVISA em cirurgias eletivas: paciente exposto ou confirmado para COVID-19 intervalo para o agendamento

Paciente	Orientação de adiamento
Exposto aos SARS-CoV-2 (contato próximo com alguém infectado pelo SARS-CoV-2)	Adiar o procedimento por pelo menos 14 dias e realizar a coleta de exame pré
Positivo para o SARS-CoV-2 a) Assintomáticos ou com sintomas leves não respiratórios;	2 semanas
b) Sintomático (por exemplo tosse, dispneia) que não necessitou de hospitalização;	6 semanas
c) Sintomático E diabético, imunocomprometido ou hospitalizado	8 semanas
d) Paciente que foi internado em UTI devido à COVID-19	12 semanas



Premissas gerais

VACINA COVID-19 prévia: se possível aguardar 7 dias para agendamento de cirurgia eletiva / procedimentos na hemodinâmica ou radio-intervenção eletivas*.

- Quanto mais próximo da data da cirurgia a coleta do exame pré operatório for realizada, melhor.
- DO é a data da coleta do exame, 7 dias é o tempo máximo de validade do exame.
- Exames moleculares pré operatórios aceitos: RT-PCR swab de naso-orofaringe, RT-PCR em saliva, ou painel de patógenos respiratórios com PCR COVID-19. **Não são aceitas sorologias ou dosagem de anticorpos neutralizantes. Testes de antígenos são aceitos apenas quando pacientes imunocompetentes.**
- Situações especiais de coleta: quando não houver condições anatômicas ou mesmo clínicas para swab de nasofaringe, será aceito o PCR de saliva, lembrando que o volume mínimo para a realização do exame é de 2 mL.
- Em momentos de alta circulação do vírus SARS-CoV 2 na comunidade recomendamos a utilização da máscara N95 no Centro Cirúrgico.



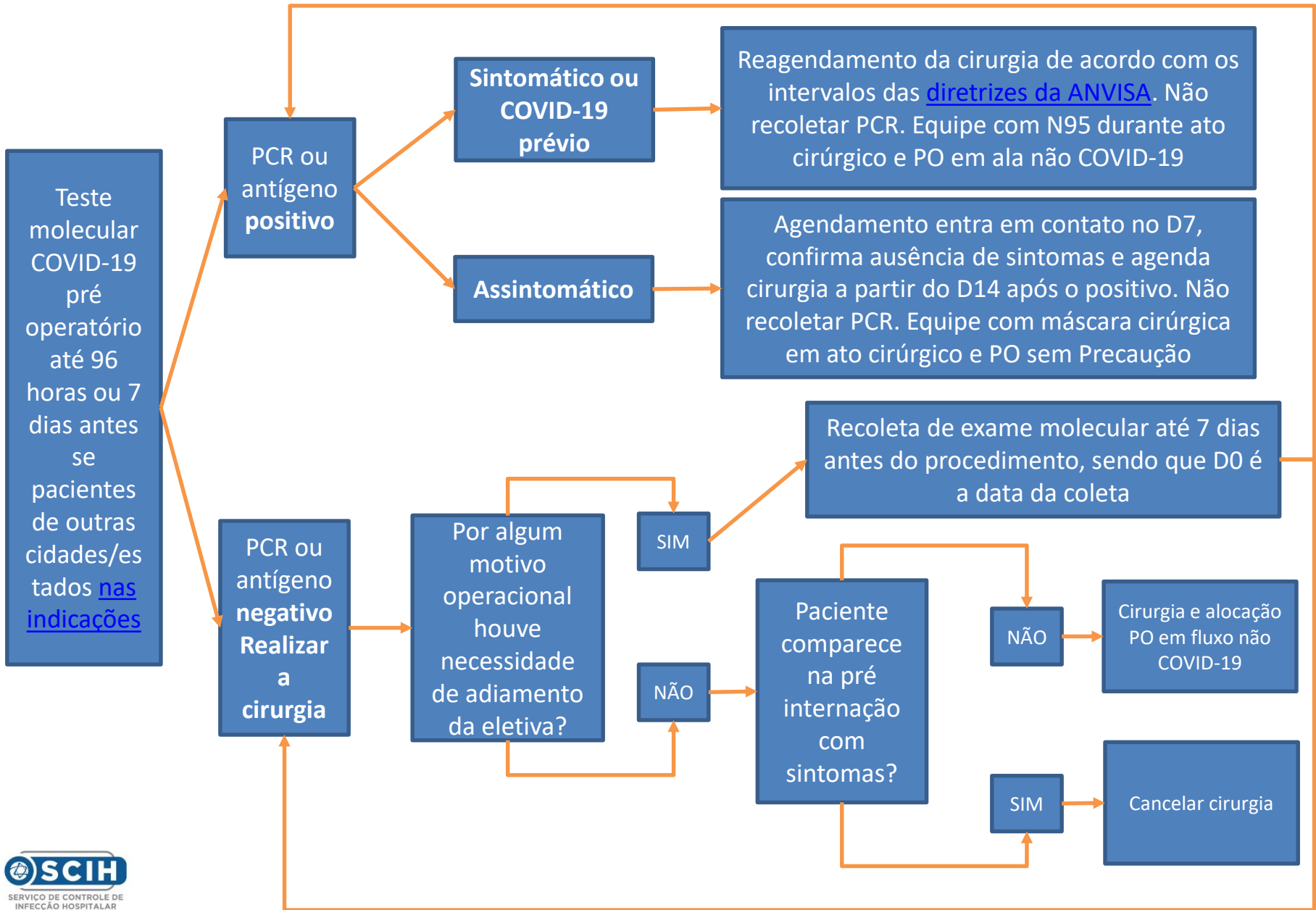
Recomendações gerais centro cirúrgico

- Não se deve utilizar máscaras N95/PFF2 ou equivalente com válvula de expiração durante procedimentos cirúrgicos. Essas válvulas permitem a saída do ar expirado pelo profissional que está usando esse EPI que pode contaminar o campo operatório, paciente e outros profissionais.
- Para pacientes cirúrgicos, está indicado o uso de máscara cirúrgica para controle da fonte, durante o fluxo de circulação para o centro cirúrgico, anestésias locais e após o procedimento para seu local de internação.

Pacientes **internados** que serão submetidos a vários procedimentos cirúrgicos invasivos no decorrer da internação, caso haja recomendação, a coleta de RT-PCR deverá ser a cada 7 dias, sendo D0 a data da coleta.

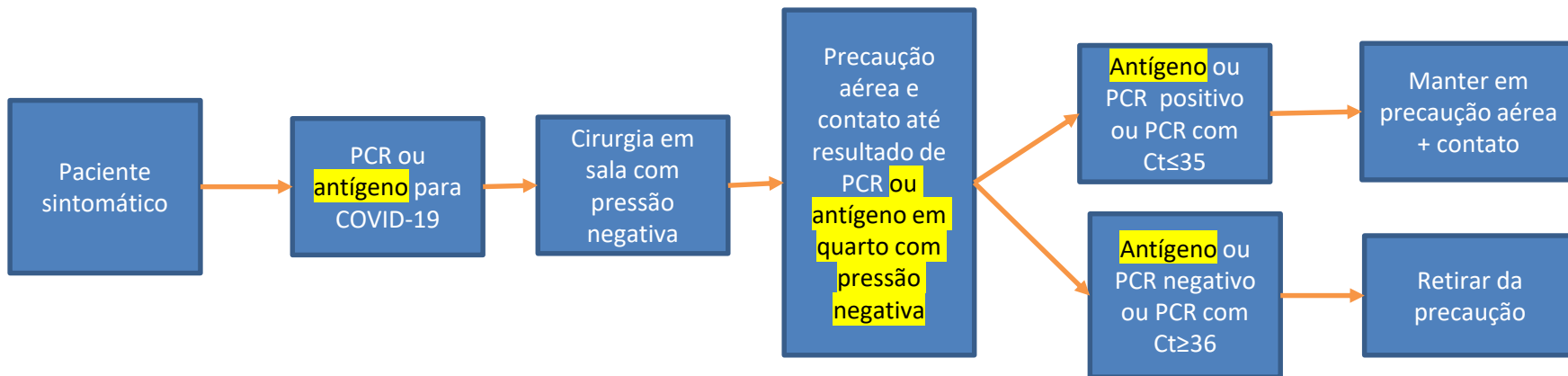


FLUXO CIRÚRGICO ELETIVO

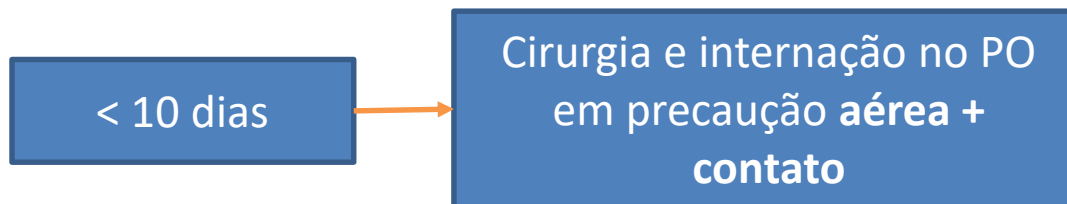


ATUALIZADO

FLUXO CIRÚRGICO - URGÊNCIA/EMERGÊNCIA externo e internado Seguindo as indicações



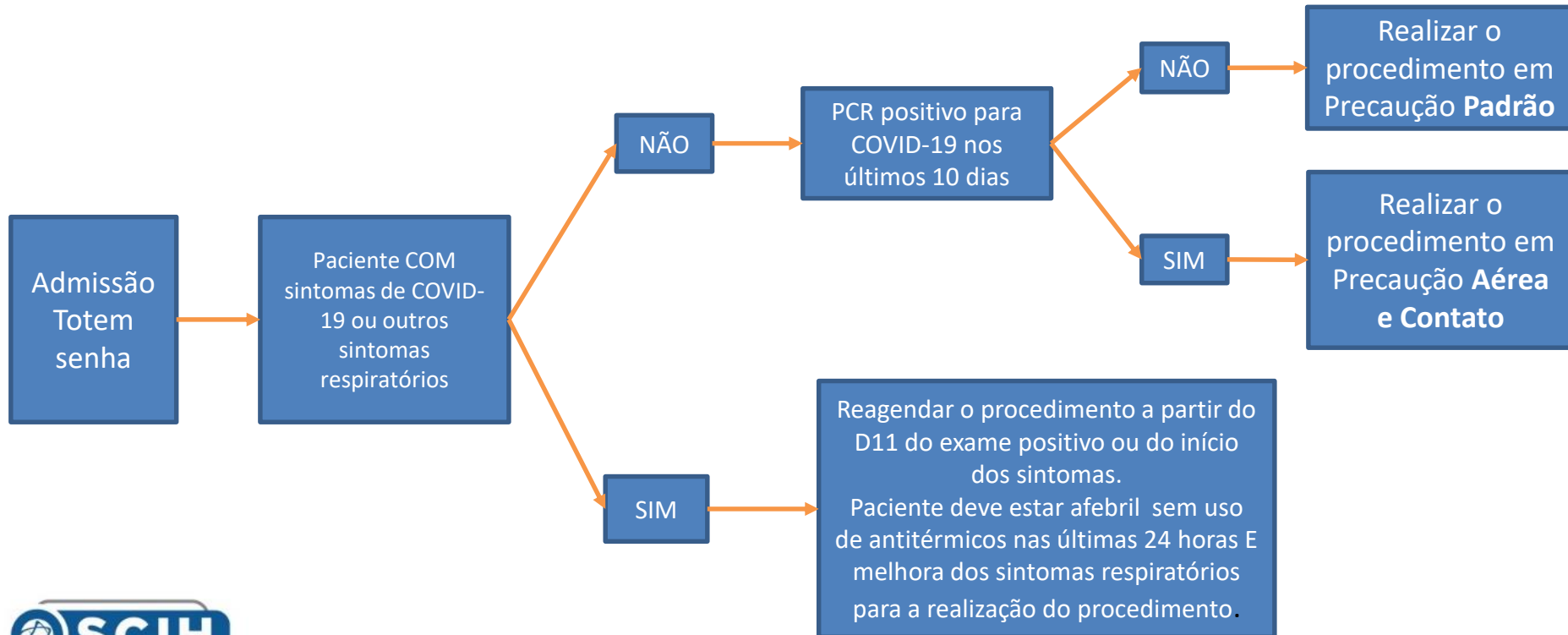
Diagnóstico atual de COVID-19



FLUXO CIRÚRGICO – PEQUENOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS MDA

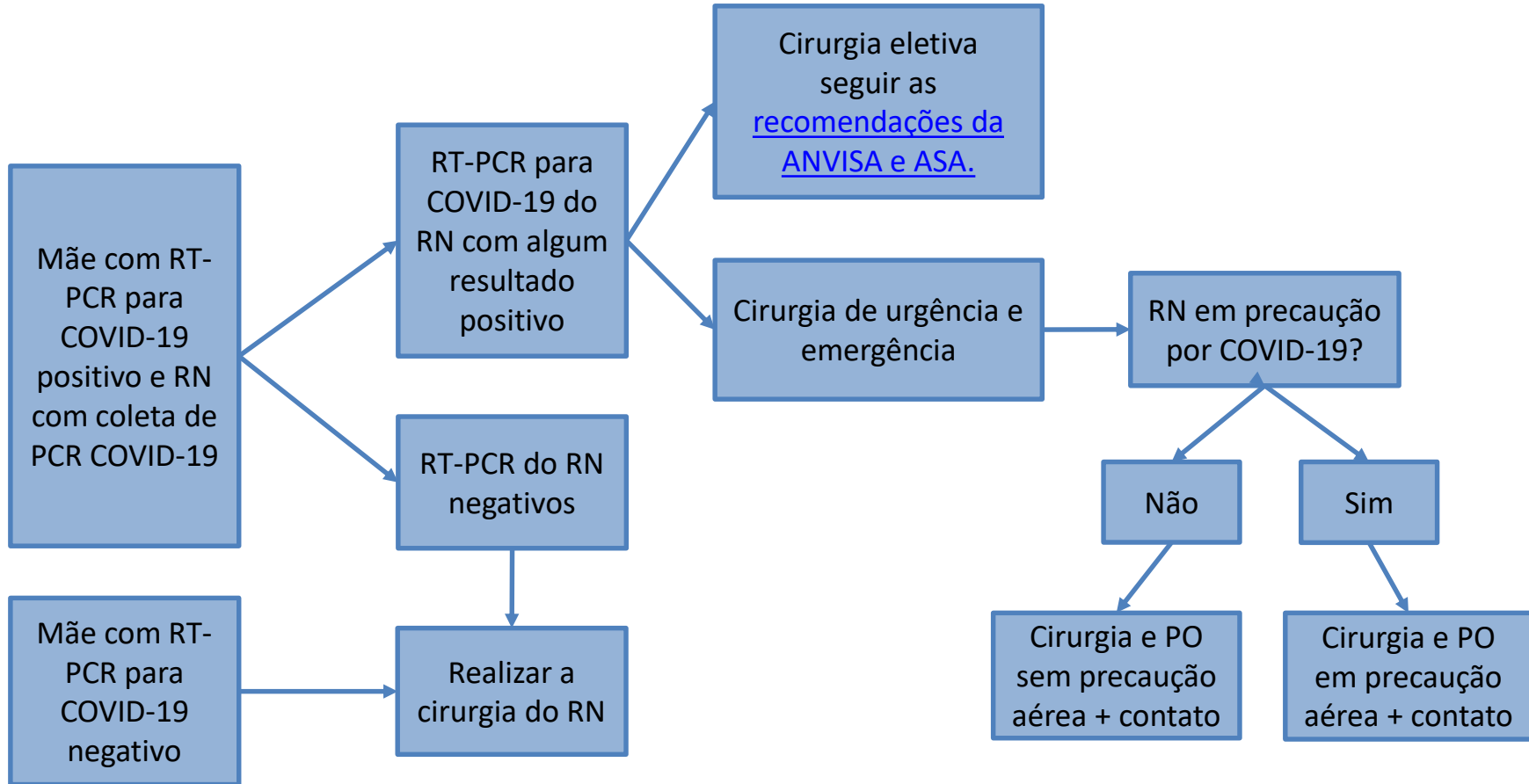


Não é necessário realizar a coleta de exame pré operatório em cirurgias **ambulatoriais em MDA – pequeno procedimento = aquele que não envolve anestesia geral e é aplicada apenas anestesia local, onde não existe internação e o local de realização é ambulatorial, sem necessidade de máscara laríngea ou entubação.**





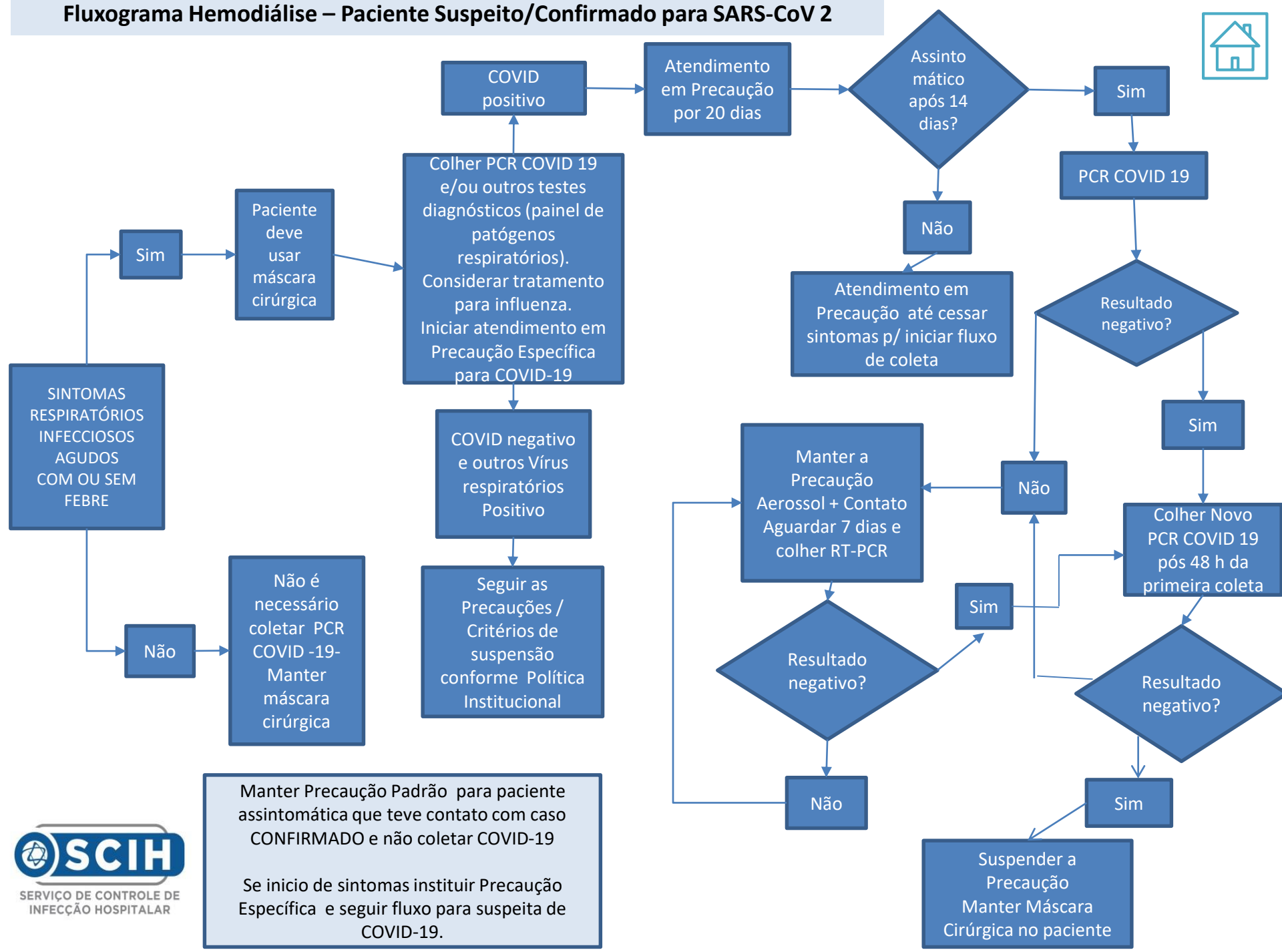
FLUXO CIRÚRGICO ELETIVO – RECÉM NASCIDOS





Hemodiálise

Fluxograma Hemodiálise – Paciente Suspeito/Confirmado para SARS-CoV 2



Manter Precaução Padrão para paciente assintomática que teve contato com caso CONFIRMADO e não coletar COVID-19

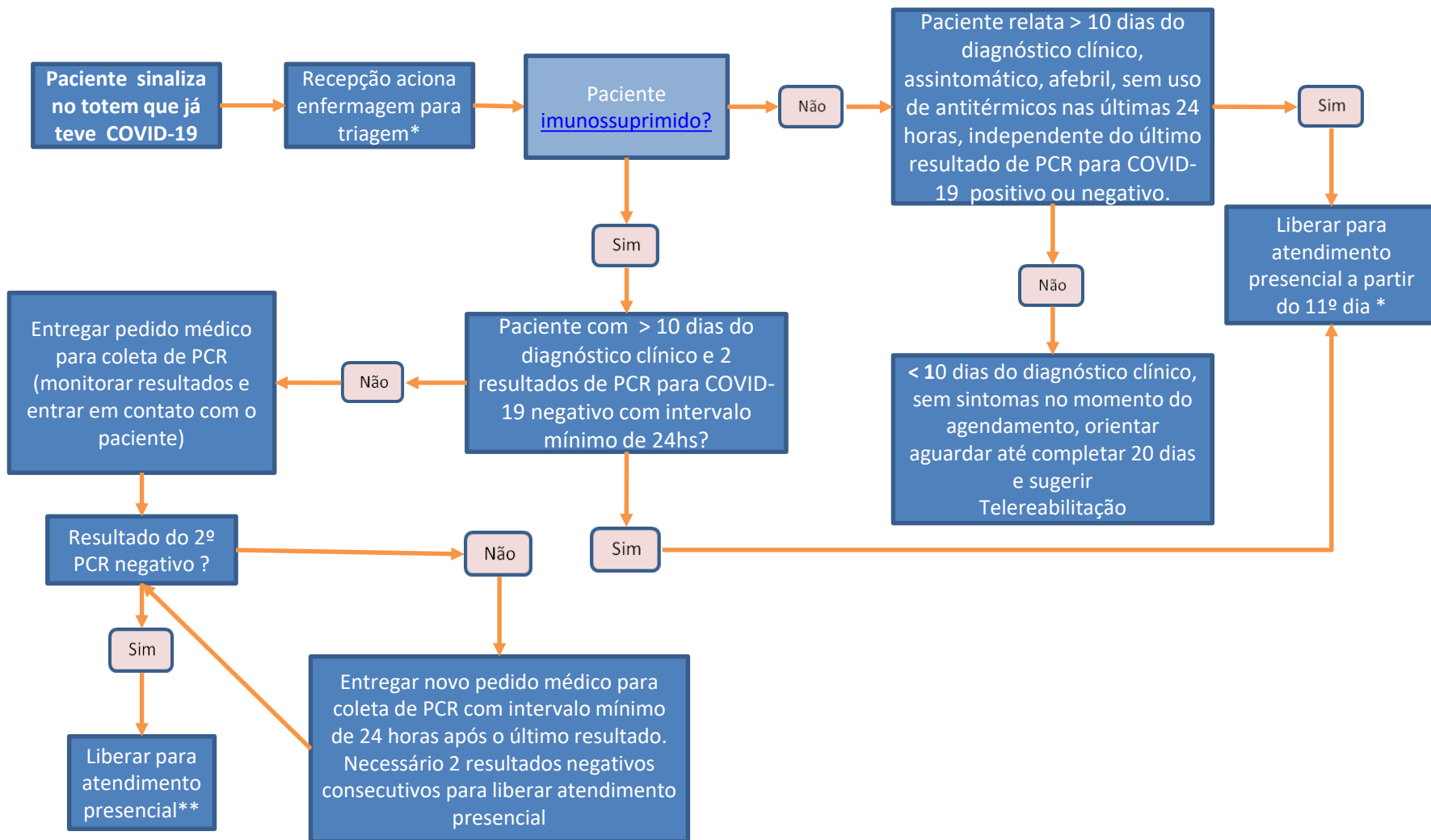
Se início de sintomas instituir Precaução Específica e seguir fluxo para suspeita de COVID-19.



Centro de Reabilitação



AÇÕES DE SEGURANÇA PARA TRIAGEM DE PACIENTES NA RECEPÇÃO - CENTRO DE REABILITAÇÃO



*A triagem de enfermagem será realizada em local apropriado seguindo recomendações de segurança da SCIH.

**Todo paciente em terapia presencial deverá obrigatoriamente utilizar máscara cirúrgica descartável durante o atendimento.



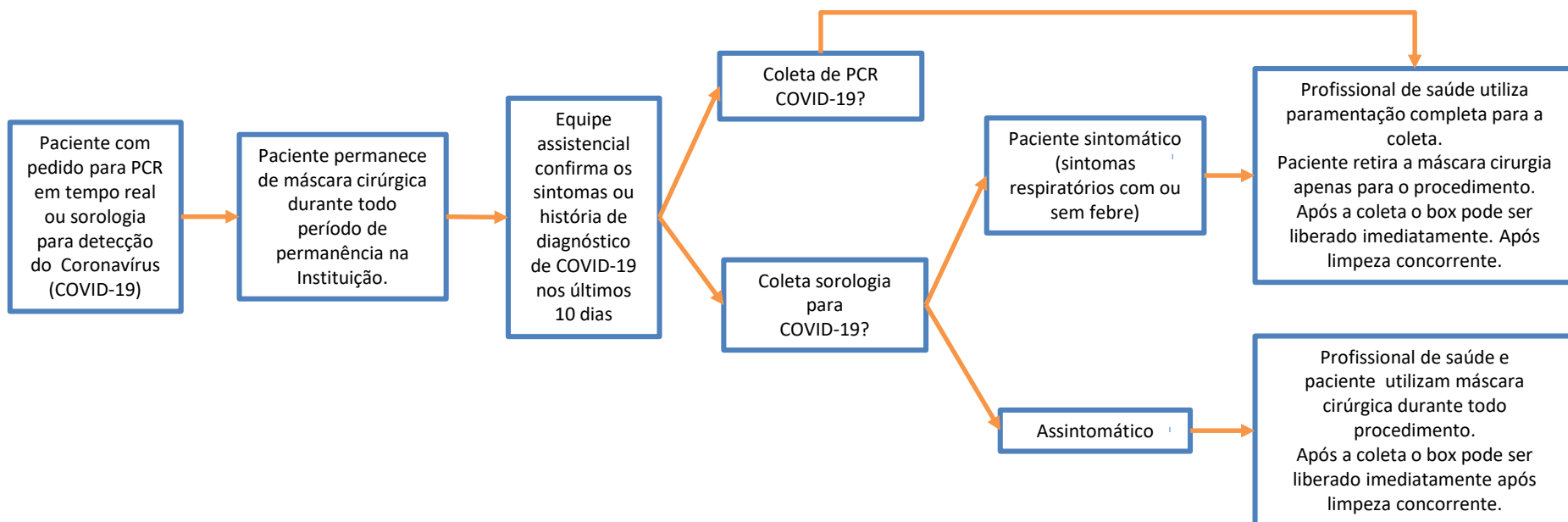


Medicina Diagnóstica e Consultórios



Fluxograma Paciente Suspeito ou Assintomático – MDA

Coleta de PCR ou sorologia para COVID-19



ATENÇÃO:

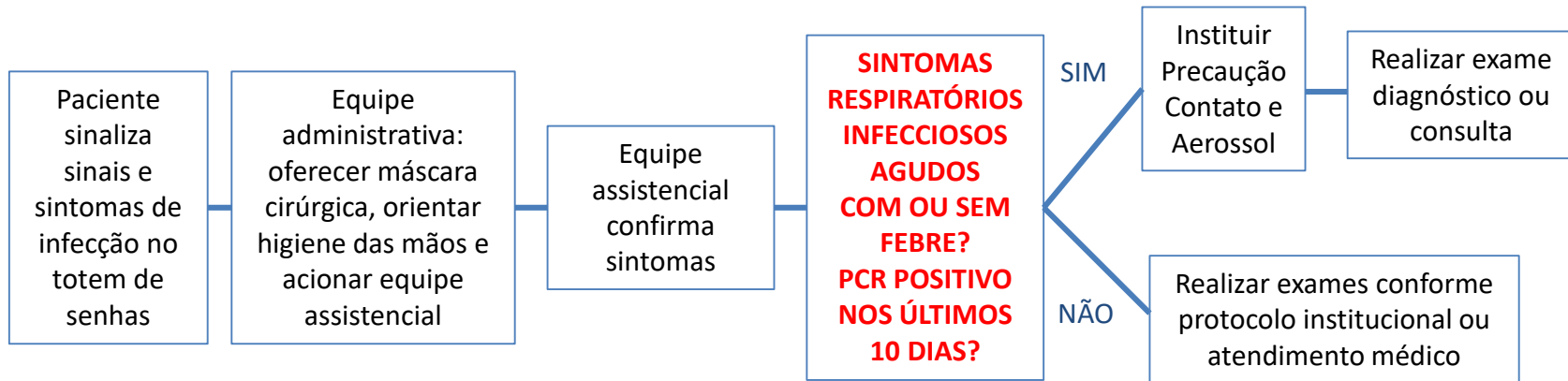
- O mesmo fluxo deve ser seguido nas unidades de Pronto Atendimento;
- Os profissionais devem utilizar para a coleta do PCR a paramentação indicada neste manejo (sempre trocar avental e luvas entre pacientes);
- Necessário separar o local coleta de sintomáticos e assintomáticos;
- Priorizar a coleta de PCR em ambiente com pressão negativa.





Fluxograma Paciente Suspeito COVID-19 MDA e Consultórios

Identificação dos Sintomas no Totem de Senhas



1) Agendamento de exames no Call Center:

Questionar se diagnóstico prévio de COVID-19, para os casos positivos reagendar o exame para após 10 dias.

2) Pacientes com quadro respiratório ou COVID-19 positivo na admissão identificado na recepção, seguir fluxo acima.

O paciente deve permanecer com máscara cirúrgica durante todo o atendimento.

Caso o paciente permaneça sem máscara ou com máscara sem supervisão é obrigatório aguardar 2h para liberação do box/sala.

Na presença de pressão negativa, os atendimentos podem ser simultâneos após a limpeza e desinfecção das superfícies.

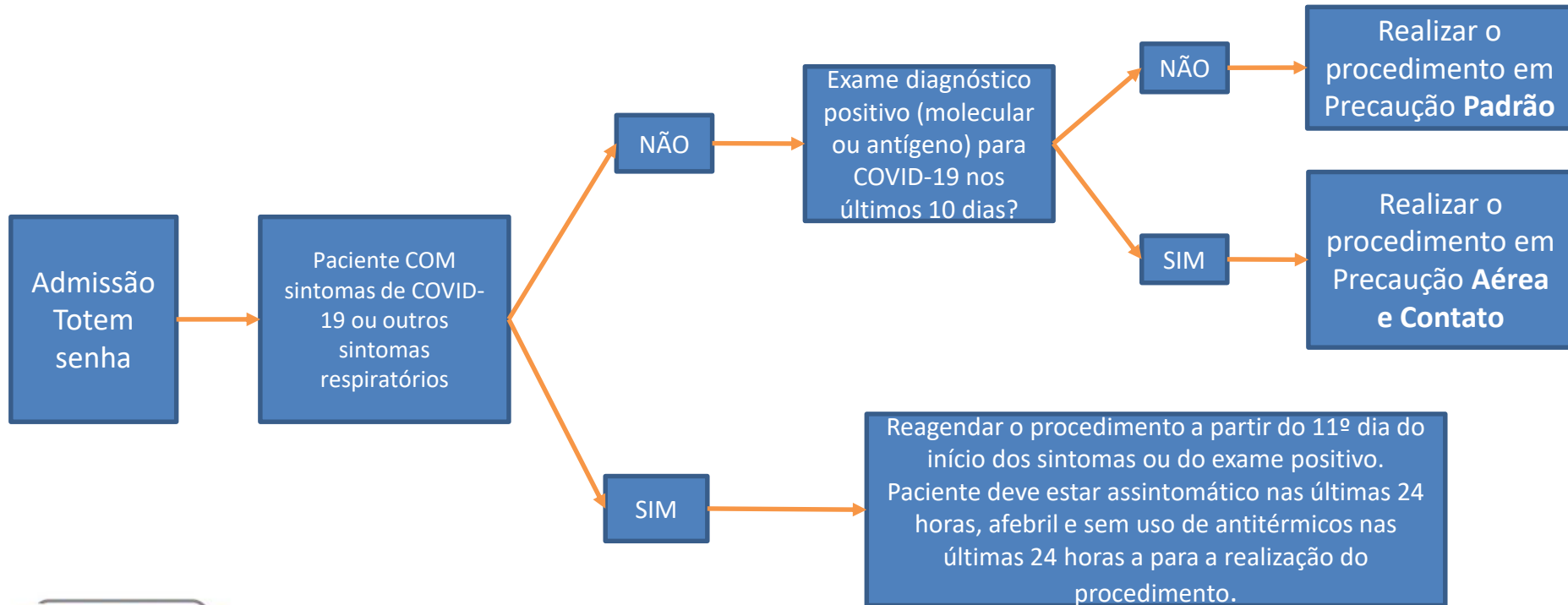
3) **Não recomendamos** que pacientes com quadro respiratório ou COVID-19 positivo nos últimos 10 dias realizem **exames diagnósticos que englobem procedimentos que geram aerossol**, exemplos: intubação, broncoscopia, endoscopia, teste de função pulmonar, Eco transesofágico. Caso estes exames diagnósticos sejam realizados, por conta de urgência, será necessário aguardar 2h para liberação do box/sala, considerar agendar para o último procedimento do dia. Pacientes COVID-19 positivos podem ser atendidos na sequência após a limpeza concorrente.

Na presença de pressão negativa, os atendimentos podem ser simultâneos após a limpeza e desinfecção das superfícies.

FLUXO CIRÚRGICO – PEQUENOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS MDA

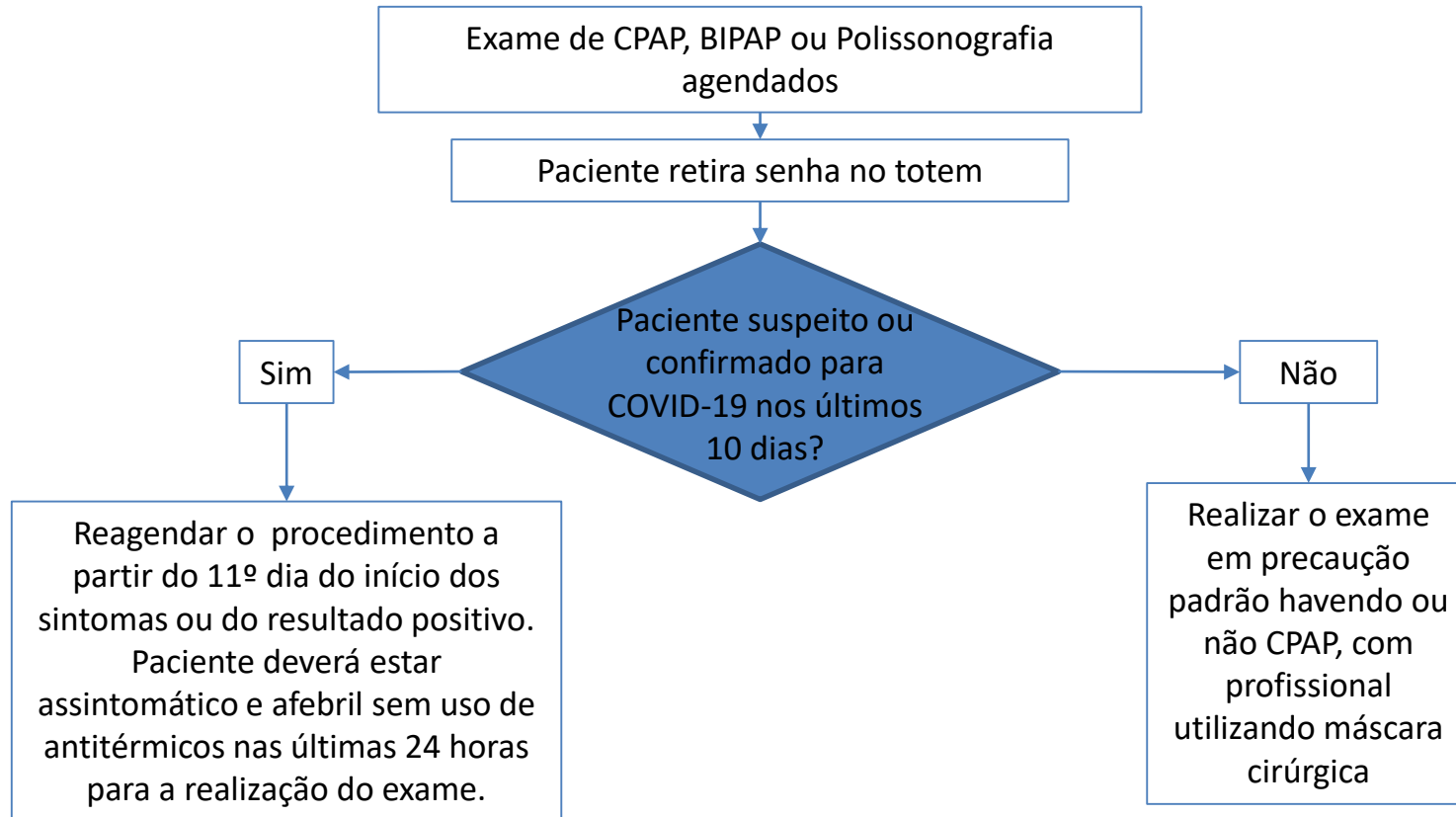


Não é necessário realizar a coleta de exame pré operatório em cirurgias **ambulatoriais em MDA – pequeno procedimento = aquele que não envolve anestesia geral e é aplicada apenas anestesia local, onde não existe internação e o local de realização é ambulatorial, sem necessidade de máscara laríngea ou entubação.**



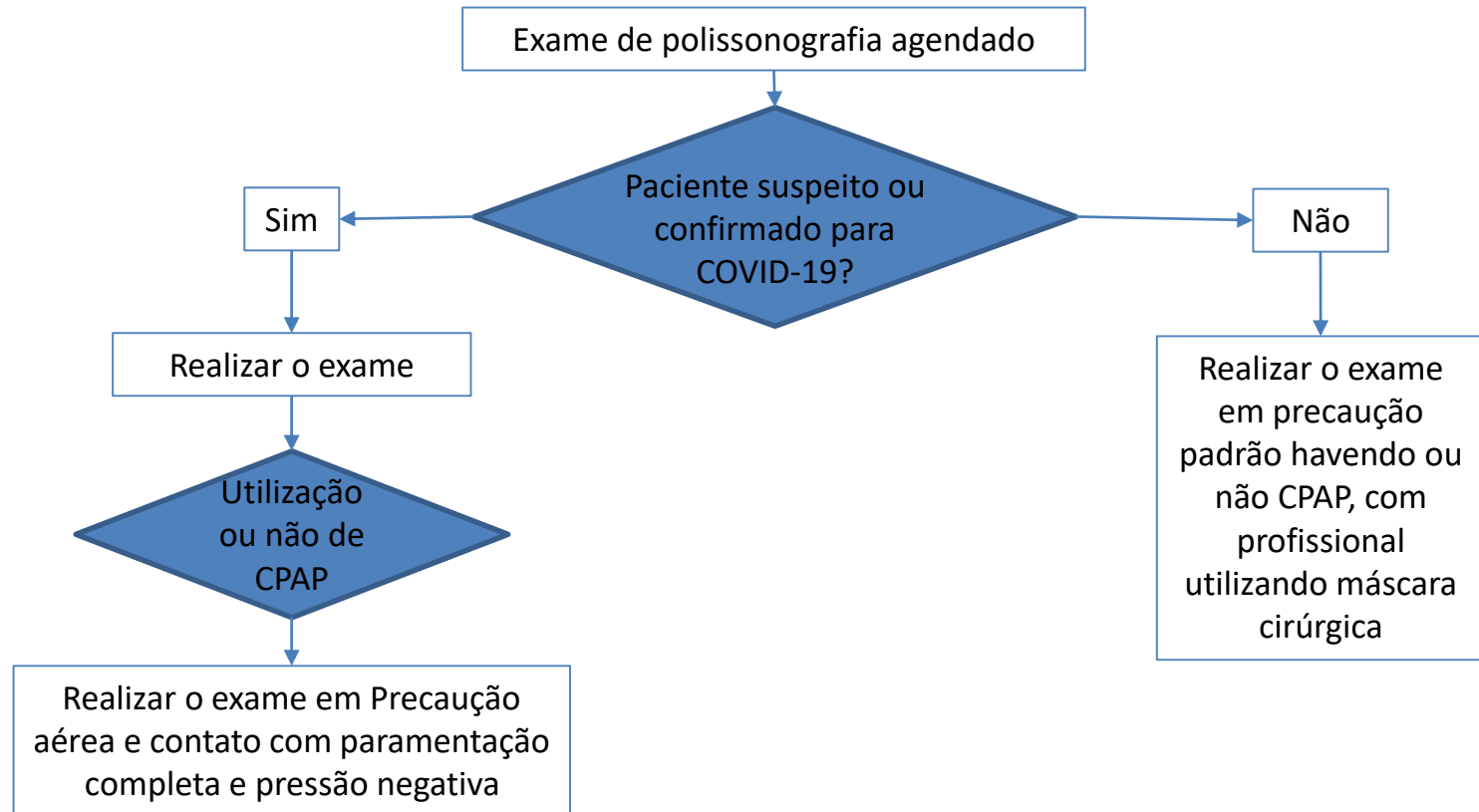


Ambulatório CPAP, BIPAP e Polissonografia ambulatorial





Fluxo para polissonografia paciente internado

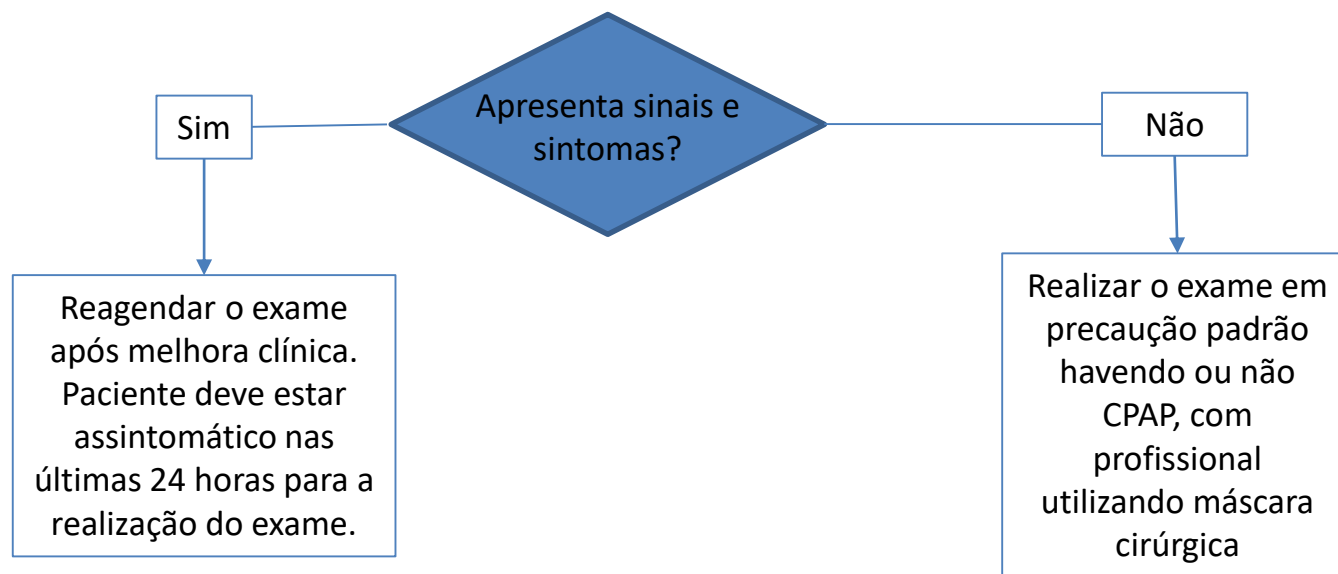




Fluxo para polissonografia no Domicílio

Equipe assistencial entra em contato com o paciente e aplica o questionário sobre sinais e sintomas para o paciente e acompanhantes.

- Nas últimas 48 horas você apresentou um ou mais sintomas sugestivo de doença infectocontagiosa ou COVID-19?
- Febre acima de 37,8°C? Sensação de febre ou calafrios?
- Tosse? Dor de garganta? Falta de ar? Diarreia?



Paramentação – Equipe COLETA DOMICILIAR



A coleta domiciliar é uma extensão do cuidado hospitalar.

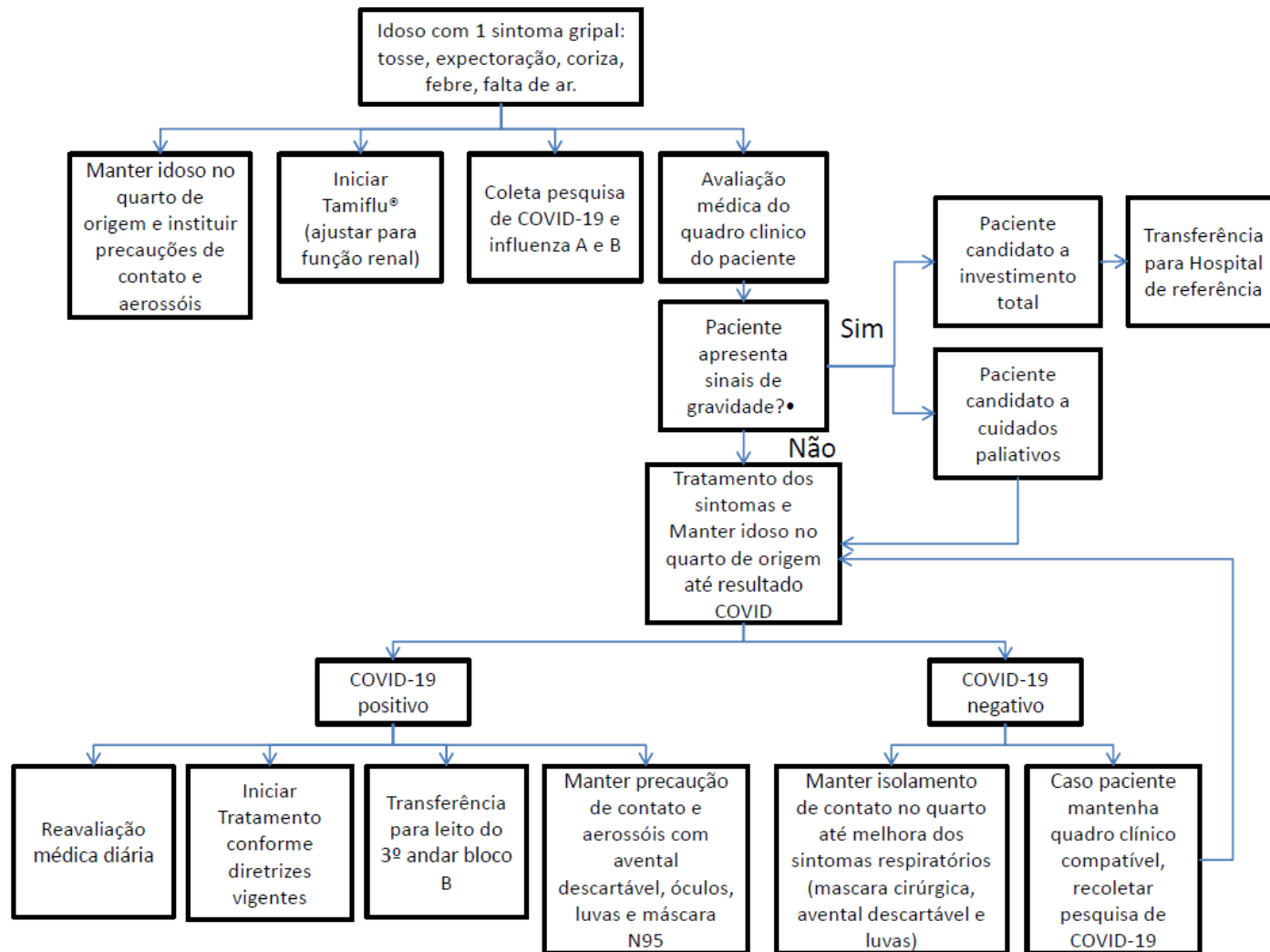
- Uso de propés: apenas para equipe COLETA domiciliar – entendimento que o calçado pode trazer sujidade ao domicílio.
 - Boa prática permanente, hábito de retirada do calçado em alguns domicílios por hábito.
- Coleta de PCR ou sorologia COVID-19: paramentação completa:
 - Óculos
 - Gorro
 - Máscara n95
 - Avental
 - Luvas
 - Propés
- Outros exames:
 - máscara cirúrgica
 - óculos
 - Luvas
 - Propés



Residencial Israelita Albert Einstein – Instituição de longa permanência



Fluxograma Residencial Israelita Albert Einstein – instituição de longa permanência



Retirada da Precaução Residencial: INICIAR COLETAS DE ANTÍGENO NO 15º dia DO INÍCIO DOS SINTOMAS OU DO EXAME POSITIVO – PACIENTE 24 HORAS AFEBRIL E MELHORA DE SINTOMAS. SAÍDA DA PRECAUÇÃO COM 2 antígenos negativos, com intervalo mínimo de 24 horas. Caso o primeiro testes permaneçam positivo, repetir após uma semana.



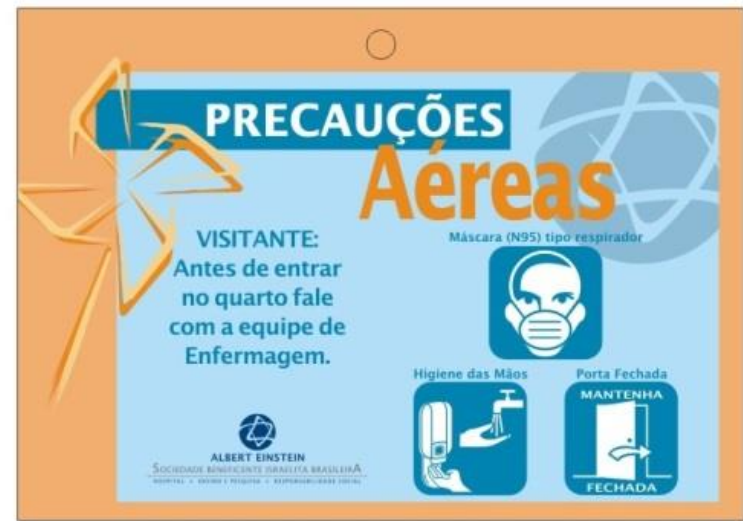
COVID-19

Equipamentos de Proteção Individual



Precauções Específicas

Obrigatório instituir **Precaução durante o Contato** e **Precaução Aérea** para o atendimento de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19

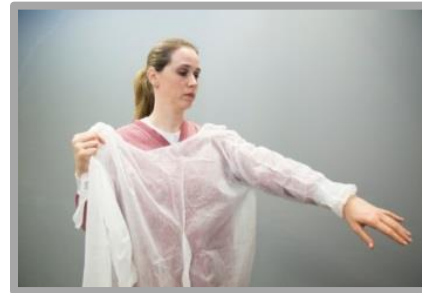




Precaução durante o Contato e **Precaução Aérea**

para o atendimento de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19

Obrigatório uso de avental descartável, luvas, máscara N95 e óculos de proteção. Em algumas situações utilizar avental impermeável e gorro (vide tabela a seguir).





EPI's para o atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 por local de atendimento, categoria profissional e atividade

**A paramentação completa não é suficiente sem a correta higiene das mãos.
Fique atento e higienize as mãos nos momentos corretos!**

Atenção aos 5 momentos de higienização das mãos com o uso de luvas.

EPI's para o atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19



Local de atendimento	Categoria profissional	Atividade	EPIs necessários no HIAE
Quarto/box/sala de exame do paciente/consultório médico	Equipe multiprofissional. Equipe de transporte, clique aqui .	Cuidados gerais e consultas médicas ambulatoriais	Máscara N95 Avental de isolamento Luvas de procedimento Óculos de proteção
		Se grandes volumes de fluidos corporais como: banho, troca de fralda, higiene íntima, cuidado com feridas, endoscopia, diálise e ECMO; e em situações que gerem aerossol como IOT, aspiração, ventilação não invasiva, RCP, broncoscopia, ECO transesofágico, cirurgias e procedimentos invasivos	Máscara N95 Avental de impermeável Luvas de procedimento Gorro Protetor facial face shield Óculos de proteção se não houver face shield disponível Banho: utilizar luva manga longa descartável
	Equipe de higiene	Limpeza concorrente e terminal	Máscara N95 Avental de isolamento Luvas de procedimento Óculos de proteção ou protetor facial Gorro (para limpeza de teto e parede) Atenção: a equipe de higiene NÃO deve realizar limpeza concorrente concomitantemente ao momento de atendimento assistencial.

EPI's para o atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19



Local de atendimento	Categoria profissional	Atividade	EPIs necessários no HIAE
Quarto/box/sala de exame do paciente	Copeiros	Ao entrar no quarto	Máscara N95 Observação: utilizar utensílios e bandejas descartáveis, que serão descartados no quarto após o uso. A copeira não deve entrar em contato com o paciente ou as superfícies do quarto.
	Engenharia clinica ou manutenção	Ao entrar no quarto	Máscara N95 Avental de isolamento Luvas de procedimento Óculos de proteção
	Acompanhantes e visitantes	Ao entrar no quarto	Área COVID-19: utilizar N95 Avental de isolamento Observação: recomendado que o acompanhante deverá sair do quarto durante os procedimento geradores de aerossóis. Desencorajar a saída do leito e utilizar a máscara cirúrgica quando necessário transitar nas áreas comuns. Luvas apenas nos momentos de contato com material biológico.

EPI's para o atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19



Local de atendimento	Categoria profissional	Atividade	EPI's necessários no HIAE
Triagem	Enfermeiro	Avaliação primária	Máscara N95 Óculos de proteção
Ambulância	Equipe multiprofissional	Transporte de pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19	Máscara N95 Óculos de proteção Gorro (se procedimentos que gerem aerossóis ou exposição a grandes volumes de fluidos)
		Apenas dirigir o veículo e cabine do motorista separada e fechada	Máscara cirúrgica Manter distância de 1 metro.
	Motorista	Apenas dirigir o veículo e cabine aberta	Máscara N95
		Ajudar na assistência ou manipulação do paciente	Máscara N95 Avental de isolamento Luvas de procedimento Óculos de proteção Gorro (se procedimentos que gerem aerossóis ou exposição a grandes volumes de fluidos)
		Equipe de higiene	Limpeza da ambulância



EPI's para o atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19

Local de atendimento	Categoria profissional	Atividade	EPI's necessários no HIAE
Coleta	Profissional da coleta	Coleta de amostra de swab de vias respiratórias	Gorro Máscara N95 Avental Luvas Óculos de proteção ou Face Shield
Laboratório	Manipulação de amostra de secreção de vias aéreas	Manipulação de amostras respiratórias	Gorro apenas se geração de aerossóis Máscara N95 Avental Luvas Óculos de proteção ou Face Shield
Outras áreas	Todos os profissionais	Qualquer atividade que não envolva o paciente com suspeita ou confirmação de COVID-19	Em março de 2023, houve a flexibilização de uso de máscaras em alguns locais assistenciais. Verifique as diretrizes atualizadas.

ATUALIZADO

Obs: se durante a assistência houver a contaminação da roupa, seguir o fluxo institucional de solicitação de privativo para substituição em seu plantão

[*https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/non-us-settings/emergency-considerations-ppe.html](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/non-us-settings/emergency-considerations-ppe.html)



MÁSCARA N95



MÁSCARA N95

INDICAÇÃO

- Para profissionais que prestam assistência direta a pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19.



MÁSCARA N95



O QUE É UMA ÁREA DE COORTE?

É uma ala ou unidade destinada exclusivamente para o atendimento de pacientes com suspeita ou confirmação de determinada doença infectocontagiosa, como por exemplo a COVID-19.

Os profissionais devem colocar a máscara N95 antes de entrar nas áreas de coorte e retirá-la apenas ao sair.

Esta área é mobilizada em momentos de alto número de pacientes com este diagnóstico.



MÁSCARA N95



ATENÇÃO

- **Áreas que não são coorte**, os profissionais devem colocar a máscara N95 antes de entrar no quarto/box, retirá-la após fechar a porta, estando fora do quarto/box, no corredor.
- **Áreas de coorte**, os profissionais devem colocar a máscara N95 antes de entrar nas áreas de coorte e retirá-la apenas ao sair.
- Essa máscara é de uso individual.
- **Durabilidade: TROCAR A CADA 7 DIAS (independentemente do número de usos) OU ANTES SE MAL FUNCIONAMENTO / SUJIDADE / PERFURAÇÃO.**
- Obrigatoriamente a máscara N95 deve cobrir nariz e boca e não deve possuir válvula exalatória.
- A presença de pelos faciais na zona de contato com o rosto permite a penetração de patógenos na zona de selagem do rosto, reduzindo drasticamente sua capacidade de proteção.



MÁSCARA N95



ATENÇÃO

- É proibido deixar a máscara N95 pendurada no pescoço, bolso ou crachá.
- **Nunca utilize uma máscara cirúrgica por baixo ou por cima da máscara N95, pois prejudicará a vedação/ajuste na face.**



MÁSCARA N95



CUIDADOS NA COLOCAÇÃO

1. O profissional deve higienizar as mãos, moldar o apoio para o nariz usando os dedos de ambas as mãos para ajustar ao formato de seu nariz;
2. Após colocar a máscara N95 deve-se realizar o teste de posicionamento adequado. Faça a expiração e inspiração certificando-se de que a máscara está devidamente ajustada à sua face. Se for detectado algum escape de ar ajuste a posição da máscara e do suporte do nariz. Faça o teste novamente, até que esta esteja ajustada adequadamente.



MÁSCARA N95



CUIDADOS NA RETIRADA

1. O profissional deve higienizar as mãos, segurar e remover o elástico inferior;
2. Segurar e remover o elástico superior;
3. Remover a máscara segurando-a pelos elásticos, sem tocar na parte interna ou frontal externa;
4. Guardar em saco plástico com furos (tipo fichário) identificado com nome do profissional e higienizar as mãos;
5. O saco plástico deve ser trocado a cada utilização;
6. As máscaras nos sacos plásticos podem ser armazenadas em armários, gavetas e recipientes rígidos e passíveis de limpeza. Em qualquer um deste locais as máscaras devem ser armazenadas de forma que se mantenham íntegras. Se opção for o recipiente rígido, a tampa deve possuir furos permitindo a ventilação.





ÓCULOS DE PROTEÇÃO

PROTETOR FACIAL



ÓCULOS DE PROTEÇÃO

INDICAÇÃO

- Para todos os profissionais que prestam assistência direta a pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19.
- Não devem ser pendurados no pescoço ou circular fora das unidades assistenciais.
- Cordão de silicone para propiciar a limpeza.
- Para colaboradores que utilizam óculos de grau, utilizar o óculo de proteção de sobrepor.
- Modelo deve possuir CA – Certificado de Aprovação emitido pelo Ministério do Trabalho.
- Óculos e lentes de contato pessoais não são consideradas proteção ocular adequada.





ÓCULOS DE SOBREPOR

- Modelo diferenciado com ajuste lateral.
- Deve ser bem encaixado para não haver risco de cair da face.





PROTETOR FACIAL (FACE SHIELD)

INDICAÇÃO



- Para todos os profissionais que prestam assistência direta a pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19, sempre que houver exposição a GRANDES volumes de fluidos.
- **O protetor facial é colocado em substituição ao óculos de proteção** e tem a intenção de proteger a máscara N95 em sua parte externa e algumas áreas da face contra materiais biológicos.



AVENTAL DE ISOLAMENTO



AVENTAL DE ISOLAMENTO

INDICAÇÃO

- Para todos os profissionais que prestam assistência direta a pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19
- O avental funciona como barreira ao entrar em contato direto com o paciente, superfícies, mobiliários e equipamentos.



ESPECIFICAÇÕES

- Gramatura mínima de 40g e repelente a água.
- Punho (preferência) ou elástico.
- Comprimento mínimo abaixo do joelho.
- Tira abdominal saindo de frente para trás.
- Tira para amarração no pescoço.

AVENTAL DE ISOLAMENTO



ATENÇÃO

- As tiras do avental deverão ser amarradas na região do pescoço e da cintura, sempre na parte de trás, para evitar que o avental escorregue durante o cuidado;
- O avental nunca deve ser reutilizado. O profissional que permanecer durante todo o plantão prestando assistência ao paciente deve descartar o avental a cada uso no lixo infectante.



Substitua o **avental de isolamento** pelo **avental impermeável** sempre que houver risco de exposição a GRANDES volumes de fluidos e em situações que gerem aerossóis.

AVENTAL DE ISOLAMENTO



ATENÇÃO

É proibido sair do ambiente do paciente utilizando o avental.
Nunca utilize o avental no corredor ou posto de enfermagem.
Sempre retire o avental dentro do quarto/ box ou na antecâmara quando houver.





LUVAS DE PROCEDIMENTO

LUVA DE PROCEDIMENTO



INDICAÇÃO

- Para todos os profissionais que prestam assistência direta a pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19



- A luva funciona como barreira ao entrar em contato direto com o paciente, superfícies, mobiliários e equipamentos.

- A **utilização de duas luvas** com objetivo de reduzir risco de contaminação **não está indicada**, pois pode passar a falsa sensação de proteção, já que é sabido o potencial de contaminação através de microporos da superfície da luva, além de tecnicamente poder dificultar o processo de remoção. O mais importante é a higienização das mãos nos 5 momentos mesmo com o uso de luvas.

LUVA DE PROCEDIMENTO



ATENÇÃO

- As luvas deverão ser colocadas e fixadas sobre a extremidade do avental;
- Elas deverão ser retiradas antes da retirada do avental. Com o dedo indicador, puxar pela parte interna do elástico da luva retirando-a pelo avesso.



TROQUE AS LUVAS entre procedimentos em um mesmo paciente quando uma nova indicação de higiene das mãos ocorrer.

LUVA DE PROCEDIMENTO



ATENÇÃO



Lembre-se: o uso de luvas **NÃO SUBSTITUI** a higiene das mãos e os 5 momentos devem ser aplicados.

Orientações no uso de Luvas Plástica de Cano Longo – Fluxo exclusivo

✓ Indicação: banho e higiene íntima.

Antes do procedimento:



Durante ou após o procedimento:

Sempre que houver necessidade de trocar as luvas

realizar a troca das 3 luvas.

Ex.: troca de sítio anatômico; após contato com fluídos corporais etc.



O uso das luvas não substitui a higiene das mãos.



LUVA DE PROCEDIMENTO



ATENÇÃO

É proibido sair do ambiente do paciente utilizando luvas de procedimento ou a utilização de 2 luvas sobrepostas.

Nunca utilize a luva no corredor ou toque nas maçanetas das portas com as mãos enluvadas.



Lembre-se:
a luva de procedimento
sempre será o último EPI a
ser colocado e o primeiro a
ser retirado!



GORRO DESCARTÁVEL



GORRO DESCARTÁVEL

INDICAÇÃO



- Para todos os profissionais que prestam assistência direta a pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19, sempre que houver exposição a **GRANDES volumes de fluidos e em situações que gerem aerossóis.**
- **É vetado o uso de toucas de pano.**
- **É vetado o uso de toucas fora das áreas coorte.**
- Está autorizado o uso da touca entre pacientes durante o mesmo plantão em área COVID-19, contanto que a mesma esteja limpa (ANVISA).
- Descarte a touca após cada atividade assistencial de acordo com a [Sequência de Colocação e Retirada de EPI's.](#)



MÁSCARA CIRÚRGICA

No contexto da pandemia de COVID-19, máscaras possuem o intuito de:

- 1 - bloquear partículas da via aérea do usuário para o ambiente junto com microrganismos que as mesmas carregam, como vírus e bactérias.
- 2 – redução da exposição do usuário através da filtração de partículas presentes no ambiente.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/more/masking-science-sars-cov2.html>



MÁSCARA CIRÚRGICA

INDICAÇÃO



OU



- **TODOS OS profissionais** da instituição que **NÃO ESTÃO** na assistência direta a pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19 **em áreas determinadas pelo SCIH:**

- Trocar a máscara cirúrgica duas vezes ao dia - momento de refeição/descanso, ou se a máscara estiver úmida, suja ou a **cada 4 a 6 horas.***

- **Pacientes** durante o transporte para entre setores/unidades. Não deve ser utilizado por crianças menores de 2 anos, pessoas com problemas respiratórios ou insuficiência respiratória.



MÁSCARA CIRÚRGICA

ATENÇÃO

Obrigatoriamente a máscara cirúrgica deve cobrir nariz e boca. Se necessário, dê um nó nas alças das orelhas para minimizar os espaços entre a máscara e a face.



A máscara cirúrgica deve possuir 3 camadas: 2 externas impermeáveis 1 interna (elemento filtrante). Elemento filtrante deve possuir EFP >98% e BFE >95%

Parte colorida é externa por convenção, sem RISCO ao usuário caso faça o contrário



MÁSCARA CIRÚRGICA

ATENÇÃO

- A mesma máscara pode ser utilizada para o atendimento de mais de um paciente, desde que o profissional não retire ou toque na mesma com as mãos não higienizadas.
- A máscara cirúrgica deve ser trocada por profissionais, pacientes ou acompanhantes, quando apresentar sujidade, umidade ou a cada 4 a 6 horas.
- Não reutilize máscaras cirúrgicas descartáveis ou aplique quaisquer tipos de produtos pela perda de capacidade de filtração.
- **É proibido deixar a máscara cirúrgica pendurada no pescoço, orelha ou posicionada abaixo do queixo.**





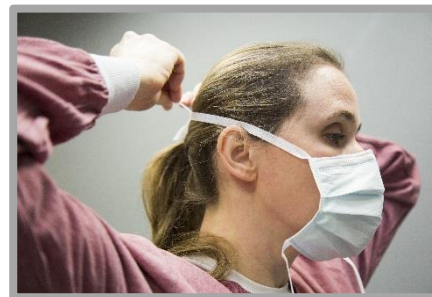
MÁSCARA CIRÚRGICA



ATENÇÃO

Sempre higienize as mãos imediatamente:

- Antes de colocá-la;
- Antes e após retirá-la.





Sequência de Colocação e Retirada de EPI's conforme a estrutura de local de trabalho

SEQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DE EPI'S (Leitos / Box **COM** Antecâmara **SEM** coorte)



ORDEM PARA COLOCAR PARAMENTAÇÃO

Antes de entrar no quarto/box com antecâmara:

- Higienizar as mãos;
- Colocar a máscara N95;
- Higienizar as mãos;
- Colocar o gorro quando indicado;
- Higienizar as mãos;
- Colocar óculos ou protetor facial quando indicado.

Na ANTECAMARA:

- Higienizar as mãos;
- Colocar avental descartável.

DENTRO do quarto/box:

- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento.

ORDEM PARA RETIRAR PARAMENTAÇÃO

DENTRO do quarto/box:

- Retirar luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos.

Na ANTECÂMARA:

- Higienizar as mãos;
- Retirar avental descartável;
- Higienizar as mãos.

FORA do quarto/box com antecâmara:

- Higienizar as mãos;
- Colocar a luva de procedimento;
- Retirar óculos ou protetor facial, realizar desinfecção rigorosa internamente e depois externamente (Utilizar detergente desinfetante - Oxivir® ou Optiger®) e limpeza da superfície da mesa de apoio se contato utilizando um novo pano;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Retirar o gorro;
- Higienizar as mãos;
- Retirar N95 e colocá-la em um saco plástico identificado;
- Higienizar as mãos.

SEQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DE EPI'S (Leitos / Box **COM** Antecâmaras **EM** coorte)



ORDEM PARA COLOCAR PARAMENTAÇÃO

Antes de entrar na UNIDADE de COORTE:

- Higienizar as mãos;
- Colocar a máscara N95;
- Higienizar as mãos.

Antes de entrar no quarto/box com antecâmara:

- Higienizar as mãos;
- Colocar o gorro quando indicado;
- Higienizar as mãos;
- Colocar óculos ou protetor facial quando indicado.

Na ANTECÂMARA:

- Higienizar as mãos;
- Colocar avental descartável.

DENTRO do quarto/box:

- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento.

ORDEM PARA RETIRAR PARAMENTAÇÃO

DENTRO do quarto/box:

- Retirar luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos.

Na ANTECÂMARA:

- Higienizar as mãos;
- Retirar avental descartável;
- Higienizar as mãos.

FORA do quarto/box com antecâmara

- Higienizar as mãos;
- Colocar a luva de procedimento;
- Retirar óculos ou protetor facial, realizar desinfecção rigorosa internamente e depois externamente (Utilizar detergente desinfetante - Oxivir® ou Optigerm®) e limpeza da superfície da mesa de apoio se contato utilizando um novo pano;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Retirar o gorro;
- Higienizar as mãos.

FORA da unidade de Coorte:

- Higienizar as mãos;
- Retirar N95 e colocá-la em um saco plástico identificado;
- Higienizar as mãos.

SEQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DE EPI'S (Quarto / Box **SEM** Antecâmara e **SEM** coorte)



ORDEM PARA COLOCAR PARAMENTAÇÃO

Antes de entrar no quarto/box sem antecâmara:

- Higienizar as mãos;
- Colocar a máscara N95;
- Higienizar as mãos;
- Colocar o gorro quando indicado;
- Higienizar as mãos;
- Colocar óculos ou protetor facial quando indicado;
- Higienizar as mãos;
- Colocar avental descartável.

DENTRO do quarto/box:

- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento.

ORDEM PARA RETIRAR PARAMENTAÇÃO

DENTRO do quarto/box:

- Retirar luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Retirar avental descartável;
- Higienizar as mãos.

FORA do quarto/box

- Higienizar as mãos;
- Colocar a luva de procedimento;
- Retirar óculos ou protetor facial, realizar desinfecção rigorosa internamente e depois externamente (Utilizar detergente desinfetante - Oxivir® ou Optigerm®) e limpeza da superfície da a mesa de apoio se contato utilizando um novo pano;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Retirar o gorro;
- Higienizar as mãos;
- Retirar N95 e colocá-la em um saco plástico identificado;
- Higienizar as mãos.

SEQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DE EPI'S (Quarto / Box **SEM** Antecâmara e **EM** coorte)



ORDEM PARA COLOCAR PARAMENTAÇÃO

Antes de entrar na UNIDADE de COORTE:

- Higienizar as mãos;
- Colocar a máscara N95;
- Higienizar as mãos.

Antes de entrar no quarto/box sem antecâmara:

- Higienizar as mãos;
- Colocar o gorro quando indicado;
- Higienizar as mãos;
- Colocar óculos ou protetor facial quando indicado;
- Higienizar as mãos;
- Colocar avental descartável.

DENTRO do quarto/box:

- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento.

ORDEM PARA RETIRAR PARAMENTAÇÃO

DENTRO do quarto/box sem antecâmara:

- Retirar luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Retirar avental descartável;
- Higienizar as mãos.

FORA do quarto/box sem antecâmara

- Higienizar as mãos;
- Colocar a luva de procedimento;
- Retirar óculos ou protetor facial, realizar desinfecção rigorosa internamente e depois externamente (Utilizar detergente desinfetante - Oxivir® ou LabSeptic®) e limpeza da superfície da mesa de apoio se contato utilizando um novo pano;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Retirar o gorro;
- Higienizar as mãos.

FORA da unidade de Coorte:

- Higienizar as mãos;
- Retirar N95 e colocá-la em um saco plástico identificado;
- Higienizar as mãos.



Higienize as mãos!



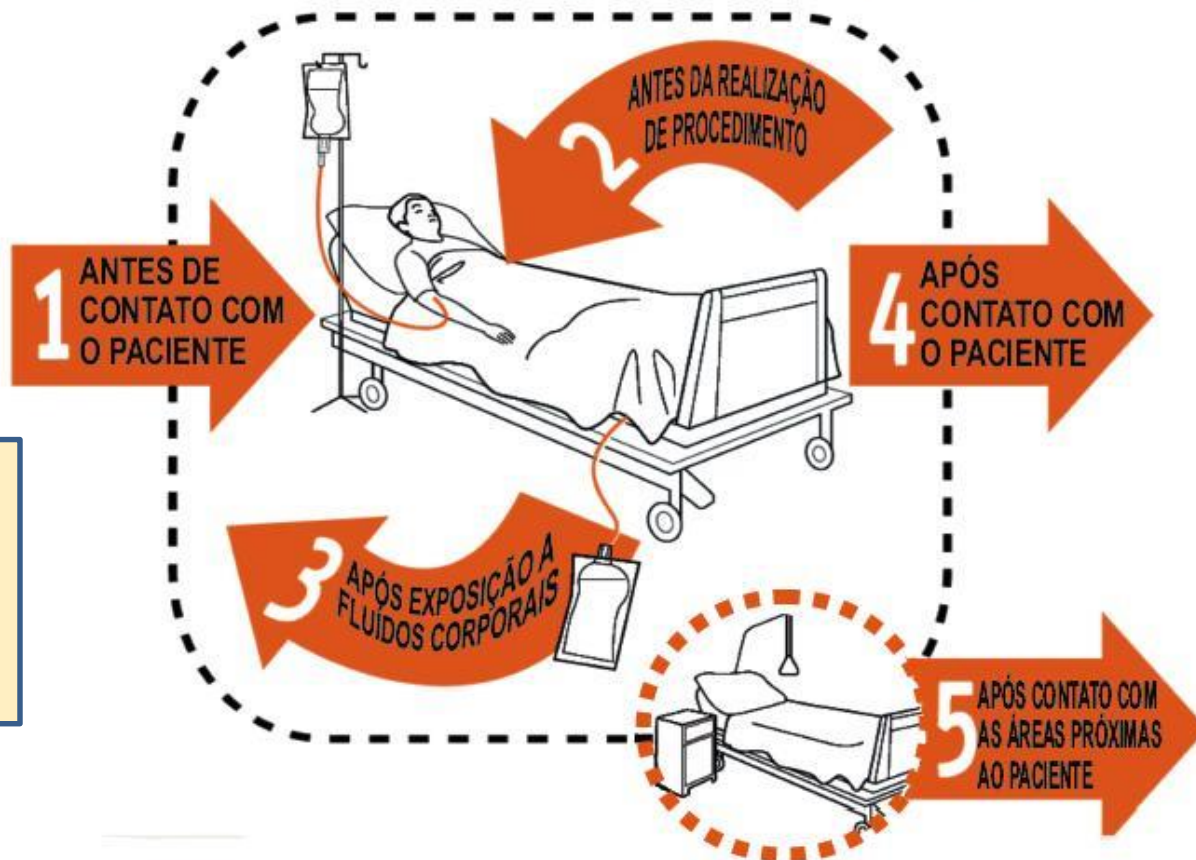
**PRODUTO DE
ESCOLHA!**



**SE AS MÃOS ESTIVEREM
VISIVELMENTE SUJAS**

Um momento de assistência pode apresentar dezenas de oportunidades para a Higiene de mãos dependendo do tipo de atividade realizada

OS 5 MOMENTOS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



Atenção aos 5 momentos mesmo com o uso de luvas





EPI's Equipe Transporte

- **Pacientes transportados em cadeira de rodas/maca/cama, que não necessitam auxílio:**
 - O profissional do transporte utilizará máscara N95 e óculos de proteção para realizar o transporte;
 - O profissional do transporte deverá levar um par de luvas de procedimento em embalagem limpa, caso necessite prestar algum auxílio durante o trajeto.

- **Pacientes transportados em cadeira de rodas/maca/cama, que necessitam auxílio:**
 - O profissional do transporte utilizará apenas máscara N95 e óculos de proteção para realizar o transporte;
 - O profissional do transporte deverá levar um par de luvas de procedimento em embalagem limpa, caso necessite prestar algum auxílio durante o trajeto;
 - Os demais profissionais da equipe assistencial envolvida no transporte do paciente COVID devem utilizar paramentação completa;
 - Para auxiliar a transferência dentro do quarto, veja a sequência de paramentação no próximos slide.

Observação: acrescentado 02 aventais descartáveis na maleta de transporte para uso em caso de necessidade.

Altas Fluxo Exclusivo: Há uma estação apoio com os seguintes itens: mesa de apoio, lixeira infectante, produto detergente desinfetante, produto alcoólico para higiene das mãos e caixa de luvas de procedimento.

Transporte Interno de pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19 – Unidades Externas



- Durante o transporte interno de paciente (ex.: UPA para Tomografia), o profissional que realiza o transporte deverá fazer a desinfecção das superfícies tocadas da maca/ cadeira de rodas (ex.: grades e manopla), retirar avental e luvas, higienizar as mãos e seguir o transporte utilizando máscara N95 e óculos de proteção.
- Em casos graves, com a identificação de risco de atendimento durante o transporte, o profissional da equipe assistencial que realiza o transporte deverá fazer a desinfecção das superfícies da maca/ cadeira de rodas, retirar avental, luvas e higienizar as mãos. Colocar avental e luvas limpas para realizar o transporte. Neste cenário, a equipe deverá ser acompanhada de um profissional sem paramentação para realizar a abertura de portas e o acionamento de elevadores.

Sequência de Paramentação Antes do Transporte de Pacientes



Na área coorte

- Utilizar máscara N95



Antes de entrar no quarto

- Higienizar as mãos;
- Colocar óculos de proteção;
- Higienizar as mãos;
- Colocar avental de precaução



Dentro do quarto









- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Realizar a transferência do paciente;
- Realizar a desinfecção das áreas tocadas da maca/cama/cadeira;
- **Retirar** luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- **Retirar** avental descartável;
- Higienizar as mãos;
- Realizar o transporte do paciente.







Sequência de Desparamentação Após do Transporte de Pacientes



Antes de sair do quarto, ainda paramentado:

- Retirar luvas de procedimento; 
- Higienizar as mãos; 
- Calçar **NOVAS** luvas de procedimento; 
- Realizar a limpeza e desinfecção da maca e equipamentos utilizados; 
- Retirar luvas de procedimento 
- Higienizar as mãos; 
- Retirar avental descartável; 
- Higienizar as mãos. 

Ao sair do quarto

- Higienizar as mãos; 
- Retirar óculos de proteção 
- Higienizar as mãos 
- Higienizar os óculos. 

Atenção, retirar máscara N95 apenas quando estiver fora da área de coorte;



Lembre-se de realizar a **limpeza e desinfecção** da maca e equipamentos após utilização!



Transporte de pacientes na VM ou ventilação não invasiva Suspeita ou Confirmação de COVID-19



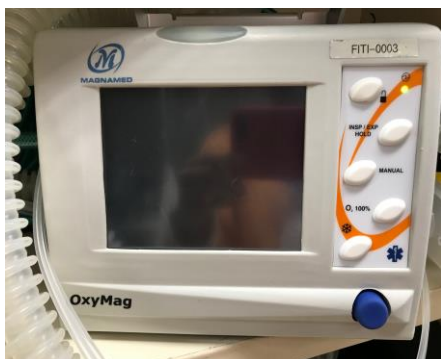
Recomendação

- Transportar os pacientes com suspeita ou confirmado de COVID-19 apenas em ventiladores com circuito de ramo duplo e filtro barreira conforme descrito na figura abaixo.

Oxymag

CORRETO

Mindray SV300

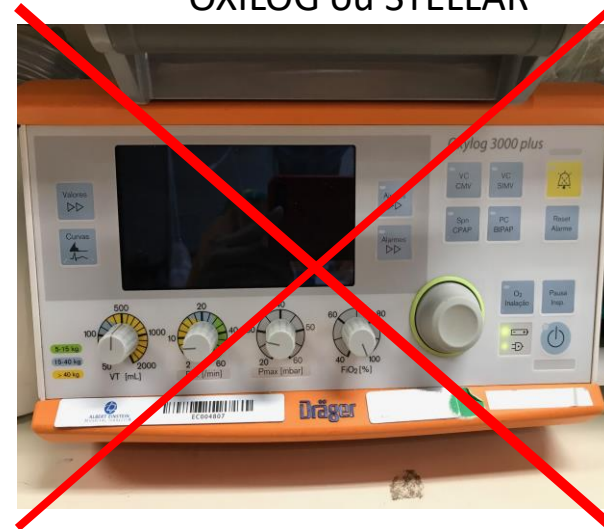


(Filtro saída expiratória)



(Filtro saída inspiratória e expiratória)

Não utilizar (COVID-19)
OXILOG ou STELLAR



Solicitar o ventilador na
UTI-A
Ramal: 76532



Transporte pacientes não COVID

Pacientes NÃO COVID – o risco de aerossolização mencionado na tabela se aplica para o momento do transporte

Suporte Ventilatório	Via aérea	Risco de Aerossolização	Paciente durante transporte	Profissional transporte	Profissional sala exame	Ambiente
Ventilação Invasiva	Intubação orotraqueal	Não	Sem máscara	Máscara cirúrgica	Máscara cirúrgica	Liberar após exames
	Intubação nasotraqueal	Não	Sem máscara	Máscara cirúrgica	Máscara cirúrgica	Liberar após exames
	Cricotireotomia	Não	Máscara cirúrgica na face	Máscara cirúrgica	Máscara cirúrgica	Liberar após exames
	Traqueostomia	Não	Máscara cirúrgica na face	Máscara cirúrgica	Máscara cirúrgica	Liberar após exames
Ventilação Não- Invasiva (VNI)	CPAP e/ ou BIPAP	Sim	Sem máscara	Máscara cirúrgica	Máscara cirúrgica	Liberar após exames
	Ventilador de ramo único / máscara ventilada					
	Traqueostomizado	Sim	Máscara cirúrgica na face	Máscara cirúrgica	Máscara cirúrgica	Liberar após exames
	Em ventilador de ramo único					
	Máscara de Venturi, Nebulização, Máscara não reinalante	Não	Sem máscara	Máscara cirúrgica	Máscara cirúrgica	Liberar após exames
Oxigenoterapia	Cateter de alto fluxo	Sim	Máscara cirúrgica na face	Máscara cirúrgica	Máscara cirúrgica	Liberar após exames
	Traqueostomizado com nebulização.		HUMIVENT na TQT com máscara cirúrgica no rosto e sobrepondo a HUMIVENT na traqueostomia	Máscara cirúrgica	Máscara cirúrgica	
	Cateter de O2	Não	Máscara cirúrgica na face	Máscara cirúrgica	Máscara cirúrgica	Liberar após exames

Transporte pacientes COVID



Pacientes COVID - o risco de aerossolização mencionado na tabela se aplica para o momento do transporte

Suporte Ventilatório	Via aérea (sistema fechado)	Risco de Aerossolização	Paciente durante transporte	Profissional transporte	Profissional na sala exame	Ambiente. Se abertura do sistema e ausência de pressão negativa, aguardar 2 horas para liberar sala
Ventilação Invasiva	Intubação orotraqueal	Não	Sem máscara	Máscara N95	Máscara N95	Liberar após exames
	Intubação nasotraqueal	Não	Sem máscara	Máscara N95	Máscara N95	Liberar após exames
	Cricotireotomia	Não	Máscara cirúrgica na face	Máscara N95	Máscara N95	Liberar após exames
	Traqueostomia	Não	Máscara cirúrgica na face	Máscara N95	Máscara N95	Liberar após exames
Ventilação Não- Invasiva (VNI)	CPAP e/ou BIPAP Somente em Ventilador de Ramo duplo e interface não ventilada	Não	Sem máscara	Máscara N95	Máscara N95	Liberar após exames
	Traqueostomizado	Não	Máscara cirúrgica na face e na traqueostomia	Máscara N95	Máscara N95	Liberar após exames
	Em ventilador de ramo único					
Suporte Ventilatório	Via aérea (sistema aberto)	Risco de Aerossolização	Paciente durante transporte	Profissional transporte	Profissional na sala exame	Ambiente
Oxigenoterapia	Máscara de Venturi, Nebulização, Máscara não reinalante (bag 100%)	Não	Sem máscara	Máscara N95	Máscara N95	Liberar após exames
	Cateter de alto fluxo	Sim	Máscara cirúrgica na face	Máscara N95	Máscara N95	Aguardar 2 horas se ausência de aparelho de pressão negativa
	Traqueostomizado com nebulização		HUMIVENT na TQT com máscara cirúrgica no rosto e sobrepondo a HUMIVENT na traqueostomia	Máscara N95	Máscara N95	
	Cateter de O2	Não	Máscara cirúrgica na face	Máscara N95	Máscara N95	Liberar após exames

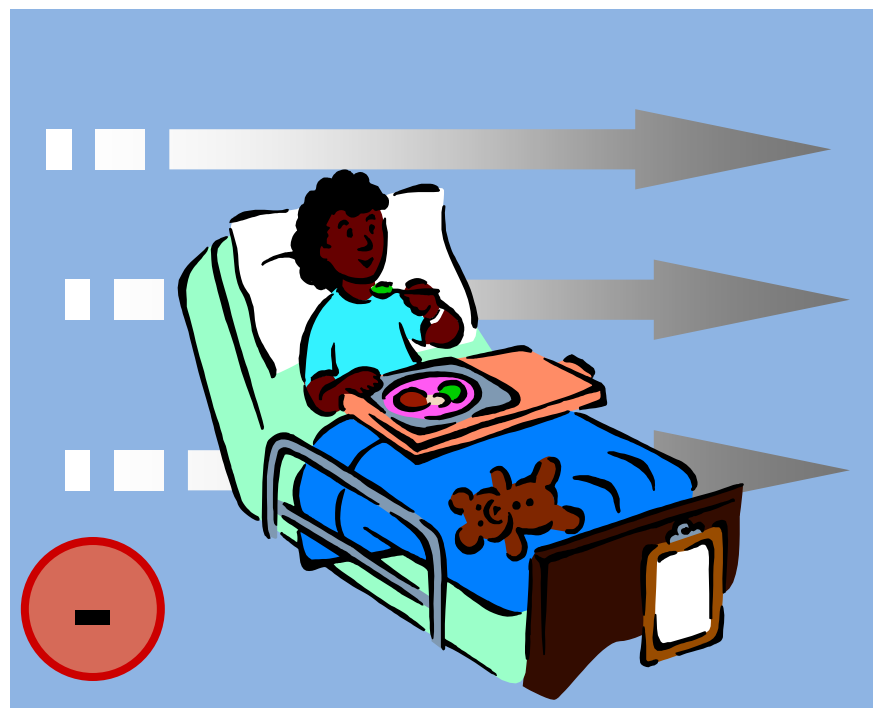
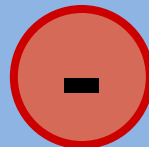
Obs : Paciente com diagnóstico de COVID em ventilação não invasiva só poderá fazer tomografia de tórax desde que seja, no "último horário", minimizando o risco de contaminação de funcionários e de outros pacientes na sala de exame.

Alocação do Paciente



- Pacientes com confirmação de síndrome respiratória por COVID 19 devem ser internados em quartos de pressão negativa.

**Corredor/
Porta**



PACIENTES COVID-19 POSITIVO



Com Pressão Negativa

- Ligar e conferir o funcionamento da pressão negativa.
 - **Realizar o controle da pressão e registrar o valor 1x/dia no prontuário eletrônico.**
 - Abrir chamado imediatamente para a manutenção caso seja encontrado qualquer irregularidade. A pressão negativa deve estar menor que - 2,5 Pa. Também não deve estar muito baixa num valor menor que - 10,0 Pa:
- Ex:
- 3,0 Pa = correto
 - 2,1 Pa = incorreto
 - 10,3 Pa = incorreto
- Caso um paciente em precauções aérea seja **transferido ou receba alta**, manter a **pressão negativa ligada**, não retirar da porta do quarto a placa de identificação para precauções aérea até que seja realizada a higiene terminal e o profissional da higiene deve utilizar máscara do tipo respirador - N95 (PFF2).

Sem pressão Negativa

- **Paciente sem máscara ou com máscara sem supervisão:** Após a transferência ou alta do paciente em precaução, deve-se aguardar **2 horas** até liberar este quarto/leito para outro paciente. Durante este período, a higiene do quarto pode ser realizada e o profissional da higiene deve utilizar máscara do tipo respirador - N95 (PFF2).
- **MDA: Caso seja realizado o exame de 2 ou mais pacientes positivos confirmados de maneira sequencial, não é necessário aguardar 2 horas entre estes. Aguardar 2 horas para a sequencia da rotina padrão de pacientes não suspeitos.**
- **Paciente com máscara supervisionado durante todo o tempo de permanência:** o local poderá ser liberado para o próximo atendimento (exemplos: consultório, triagem, salas de exame, etc.) após a limpeza concorrente do ambiente e equipamentos pela enfermagem.



Limpeza e desinfecção de superfícies, equipamentos e materiais



Rotina de limpeza e desinfecção de superfícies, equipamentos e materiais

Superfícies:

A enfermagem deve realizar limpeza e desinfecção das grades da cama/maca e dos equipamentos presentes dentro do quarto/box (bomba de infusão, bomba de dieta, monitor, etc.) uma vez a cada 6h. Em consultórios e MDA's, entre cada atendimento. Nunca utilizar álcool em gel para a limpeza de superfícies.

Equipamentos e materiais compartilhados :

Realizar limpeza e desinfecção a cada uso (Ex. oxímetro portátil, aparelho de glicemia, balança, aparelhos de exercício respiratório, cuffômetro, etc).



Utilizar produto detergente desinfetante (Oxivir® ou OptigerM®) para limpeza e desinfecção de superfícies e equipamentos

Computador portátil:

Realizar limpeza e desinfecção imediatamente após seu uso (entre pacientes).





Processamento de roupas e resíduos

Processamento de roupas

- Não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes de casos suspeitos ou confirmados para COVID-19, podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas provenientes de outros pacientes em geral.
- Porém ressaltam-se as seguintes orientações:
 - Na retirada da roupa suja deve haver o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as medidas de precauções.

Resíduos

- O resíduo é enquadrado como agente biológico classe de risco 3 e devem ser enquadrados na categoria A1. Disponibilizar lixeira infectante de pedal com tampa.
- Unidades exclusivamente administrativas, lixeira comum com tampa de pedal para descarte de máscaras cirúrgicas.



Encaminhamento de pertences e bagagens

Encaminhamento de Pertences de Pacientes - COVID



Responsável	Atividade	Agente
Unidade de internação (CMC)	Entrar em contato com a segurança patrimonial no Ramal: 71111 Informar: andar, bloco, unidade	Técnico Administrativo da unidade (CMC)
Unidade de internação (CMC) A separação e acondicionamento dos pertences deverá ser realizado por 02 profissionais da enfermagem	Profissional 1: Realizar a paramentação completa para COVID (máscara N95, óculos, avental e luvas). Separar os pertences a serem entregues para a família. Acondicionar todos os pertences em saco plástico transparente (tamanho correspondente ao item). Colar a etiqueta de identificação do paciente na face externa do saco plástico .	Enfermagem da unidade de internação (CMC)
Unidade de internação (CMC)	Profissional 2 entrar paramentado com máscara N95 e óculos de proteção, sem tocar em nada. Abrir um saco plástico transparente e a enfermagem 1, introduzir os pertences já acondicionados no saco primário. Sair do quarto do paciente com os pertences sem tocar em nada. Obs: Em casos de itens grandes ou grande quantidade de pertences entrar com carrinho para apoiar os sacos e impedir o contato com o ambiente.	Enfermagem da unidade de internação (CMC)

Encaminhamento de Pertences de Pacientes - COVID



Responsável	Atividade	Agente
Unidade de internação (CMC)	Entregar para o Profissional da Segurança Patrimonial.	Enfermagem da unidade de internação (CMC)
Unidades de Pacientes Graves (DPG)	Nas transferências entre as unidades de pacientes graves, todos os pertences devem ser encaminhados juntamente com o paciente.	Enfermagem da Unidade
Unidades Ambulatoriais (PA, ambulatório e consultórios) Profissional da unidade e Paciente com máscara cirúrgica	Entrar em contato com a segurança patrimonial no Ramal: 71111. Informar: andar, bloco, unidade.	Técnico Administrativo da Unidade
Segurança Patrimonial (Em qualquer um dos casos acima inclusive Óbito)	Recebe o chamado e encaminha o agente para retirada do material na unidade solicitante.	Profissional da Segurança Patrimonial

Encaminhamento de Pertences de Pacientes - COVID



Responsável	Atividade	Agente
Segurança Patrimonial	<p>Retira um saco plástico transparente na Central de Segurança.</p> <p>Paramentar-se com máscara N95 antes de entrar no setor de coorte de COVID-19. Abre o saco plástico para o paciente ou a enfermagem inserir os pertences (paciente/enfermagem não devem tocar no saco). No protocolo de recebimento, a enfermagem deve preencher o nome do/a Agente de segurança que retirou os pertences. Protocolo vai junto dentro do saco retirado. Agente de Segurança lacra o saco e encaminha para a sala definida. Enfermagem identifica no prontuário eletrônico (CERNER) o responsável pelo paciente fornece os dados para que a Segurança Patrimonial entre em contato para a retirada dos pertences pelos familiares. Agente de Segurança higieniza as mãos.</p>	Profissional da Segurança Patrimonial

A guarda de pertences está a cargo da Segurança Patrimonial em local próprio, numa sala de acesso restrito localizada na rota da escada de incêndio do bloco B/C – Social. Funcionamento: Retirada do pertence pela Segurança Patrimonial bem como a devolução será de Segunda a Domingo das 07h00 às 17h00.



Encaminhamento de bagagem - COVID

Responsável	Atividade	Agente
Governança	<p>Retirada de bagagem em área COVID:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Colaborador utiliza a paramentação completa, para organizar as bagagens no carro;2. Retirar as luvas de procedimento, higienizar as mãos;3. Calçar novas luvas de procedimento e realizar a higiene do carro de transporte nas superfícies de maior toque, antes do transporte, com panos embebidos em pronto detergente desinfetante;4. Realizar o transporte da bagagem para o novo quarto. <p>Entrega de bagagem no novo quarto:</p> <p>Se área de coorte – fluxo exclusivo Covid:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Colaborador utiliza máscara N95 e óculos. <p>Caso paciente esteja no leito e seja necessário prestar auxílio:</p> <ol style="list-style-type: none">a. Solicitar apoio à enfermagem oub. Paramentar-se com avental e luvas. <p>Se área sem coorte – fluxo normal:</p> <p>Não é necessária utilização de EPIs</p>	Mensageiro



Visitas e Acompanhantes

Visitantes e acompanhantes COVID-19 prévio:
Utilizar os mesmos critérios utilizados para os
pacientes internados



Visitas e acompanhantes áreas COVID-19

Enfermarias e e DPG

Visitas restritas. Serão programadas a cada 7 dias (via Psicologia).
Tratar apenas excepcionalidades com a unidade assistencial.

Não há horário pré-definido para visitaçã

Até 2 pessoas simultaneamente.

Uso obrigatório de máscara N95.

Acompanhantes permitidos – Alta dependência, psiquiátricos e situações previstas por lei.



Visitas e acompanhantes para pacientes COVID-19 – orientações gerais

- Não recomendamos que o acompanhamento dos pacientes ocorra por gestantes, idosos acima 65 anos, crianças, [imunodeprimidos](#), pessoas com febre ou sintomas respiratórios, histórico de contato prévio com paciente confirmado positivo ou pacientes com PCR para COVID-19 positivo.
- A mensuração da temperatura em um questionário serão aplicados diariamente aos acompanhantes pela equipe assistencial.
- A rotatividade de acompanhantes é totalmente indesejada, sendo recomendada a permanência em períodos mínimos de 12 horas.
- Incentivamos que nesse período ocorra a utilização de formas virtuais de contato com nossos pacientes, por Skype, WhatsApp, link ou outras modalidades.
- Casos de exceção serão avaliados pelos líderes das áreas.
- O acompanhante e o visitante deverão utilizar a máscara N95 conforme orientação da equipe local e aderir integralmente à rotina de higienização das mãos recomendada. Não é necessário o uso de avental.

Acompanhantes de pacientes internados em precaução ou não para COVID-19



Busca ativa diária por acompanhante sintomático

Profissional assistencial realiza a mensuração da temperatura dos acompanhantes e questiona se:

- Febre ou sintomas respiratório como tosse, coriza, dor de garganta e falta de ar;
- Conjuntivite (olhos vermelhos);
- Diarreia;
- Manchas vermelhas pelo corpo;

OU

- Contato com caso suspeito/confirmado para Covid-19;
- Viagem nos últimos 14 dias para o EXTERIOR.

Não
(para todas as perguntas)

Utilizar todo o tempo a máscara cirúrgica dentro da instituição e realizar higiene das mãos.
Dentro dos quartos associar o uso do avental e máscara N95 em casos suspeitos ou confirmados por COVID-19.

Sim
(para qualquer uma das perguntas)

Orientar quanto ao uso da máscara cirúrgica e procurar atendimento médico se sintomas.
Proibida a permanência do acompanhante



Orientações pós alta

Orientações para isolamento domiciliar de pacientes suspeitos ou confirmados



- Permanecer em isolamento domiciliar voluntário (em casa) pelo tempo recomendado pelos órgãos governamentais (a partir da data do início de sintomas ou do resultado positivo como nos pacientes assintomáticos) e paciente 24 horas sem uso de antitérmicos e melhora dos sintomas. Em casos de pacientes graves ou imunodeprimidos; consultar o Infectologista.
- Monitorização dos sinais e sintomas. Se possível monitore sua saturação de oxigênio com um oxímetro portátil.
- Mantenha o ambiente da casa com ventilação natural.
- Mantenha distância dos demais familiares, permanecendo em ambiente privativo.
- Evitar contato com pessoas de grupos de risco para complicações para a COVID-19.
- Utilizar a máscara cirúrgica descartável ou de pano durante este período enquanto estiver sintomático respiratório na presença de outras pessoas, as quais devem ser trocadas quando estiverem úmidas.
- Dar preferência pela máscara cirúrgica (troca a cada 4 a 6 horas ou antes se úmida ou suja); caso indisponível utilizar máscara de pano com dupla ou tripla camada (troca a cada 3 horas ou antes se úmida ou suja).
- Não frequentar a escola, local de trabalho ou locais públicos e só sair de casa em situações de emergência durante o isolamento utilizando máscara cirúrgica ou de pano.
- Etiqueta respiratória: Cobrir o nariz e a boca com lenço descartável ao tossir ou espirrar.

Orientações para isolamento domiciliar de pacientes suspeitos ou confirmados



- Higienizar frequentemente as mãos friccionando com água e sabonete ou álcool em gel 70%.
- Não tocar boca, olhos e nariz sem higienizar as mãos.
- Não compartilhar alimentos, copos, toalhas e objetos de uso pessoal.
- Talheres, pratos e copos devem ser limpos com água e sabão ou detergente comum após o uso e podem ser reutilizados.
- Limpar e desinfetar as superfícies frequentemente tocadas, como mesa de cabeceira, cama e outros móveis do quarto do paciente diariamente com desinfetante doméstico comum.
- Limpar e desinfetar as superfícies do banheiro pelo menos uma vez ao dia com desinfetante doméstico comum.
- Roupas limpas e sujas, roupas de cama, toalhas de banho e de mão do paciente devem ser lavadas com água e sabão comum. Não sacudir a roupa suja.
- Lixo: máscaras e outros resíduos gerados pelo paciente durante o seu cuidado devem ser colocadas em lixeira com tampa com saco de lixo no quarto da pessoa doente antes do descarte com outros resíduos domésticos. Após retirar o lixo, higienize as mãos imediatamente após.
- Após critério de cura, indivíduos imunodeprimidos com fatores de risco para complicação pós COVID-19 ou que não estejam com a vacinação completa deverão considerar o uso de máscara quando estiverem em locais fechados com aglomeração.

Sinais de alerta que demandam reavaliação médica após alta



- Febre por mais de 4 dias ou ressurgimento da febre após período afebril.
- Dificuldade para respirar.
- Dor no tórax.
- Confusão mental ou sonolência excessiva.
- Prostração, queda do estado geral ou sinais de piora.
- Saturação de oxigênio <94% quando oxímetro disponível.

Orientações para comunicantes e viajantes - população em geral



- Indivíduos que podem ter sido expostos a casos suspeitos ou confirmados (incluindo cuidadores e contato domiciliar, ou do trabalho) devem ser aconselhados a monitorar a sua saúde por 10 dias, a partir do último dia do contato.
- Indivíduos provenientes de viagens internacionais ou nacionais, principalmente daqueles com alta taxa de circulação do vírus devem monitorar sua saúde por 10 dias.
- Utilize máscara cobrindo o nariz e a boca; pratique o distanciamento social; higienize suas mãos; evitar tocar nariz, olhos e boca quando não higienizadas; aplique a etiqueta respiratória quando for tossir ou espirrar; tenha álcool em gel 70% com você; higienize suas mãos após tocar nas superfícies. Faça suas refeições com distanciamento das pessoas que não morem com você. Quando factível, solicite que em veículos como táxis as janelas fiquem abertas e a ventilação/ar condicionado nunca no modo recirculação e este fluxo de ar nunca direcionado para a face dos passageiros.
- Antes de viajar, consulte as regras relacionadas ao controle da COVID-19 do local de destino.



Situações especiais

Doação de sangue



Pós COVID-19

- Candidatos que apresentaram diagnóstico ou suspeita de coronavírus estão aptos a doar 10 dias após a completa recuperação.
- Candidatos assintomáticos com teste positivo estão aptos a doar após 10 dias da data de realização do teste.
- Candidatos que tiveram contato com casos positivos de contaminação por coronavírus estão aptos a doar após 7 dias do último contato.
- Candidatos que fizeram isolamento voluntário ou por orientação médica estão aptos a doar após o término do tempo de indicação de isolamento.

Pós vacina

- 48 horas após cada dose (vacina Coronavac, da Sinovac/Butantan);
- 7 dias após cada dose (vacina da Oxford/AstraZeneca/Fiocruz);
- 7 dias após cada dose (vacina da Pfizer/BioNtec/Fosun Pharma);
- 7 dias após cada dose (vacina da Janssen-Cilag);
- 7 dias após cada dose (vacina Sputnik V, da Gamaleya National Center);
- 48 horas após cada dose (vacina Covaxin, da Bharat Biotech);
- 7 dias após cada dose (vacina da Moderna/Instituto Nacional de Alergia e Doenças Infecciosas).



Óbito



ALBERT EINSTEIN

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Orientação: Óbitos durante Pandemia COVID-19

O Departamento de Práticas Médicas do Hospital Albert Einstein, vem por meio desta, atualizar as orientações quanto a preenchimento de Declaração de Óbito, durante a Pandemia COVID-19, baseado nas premissas da Secretaria de Estado de Saúde, do Governo de São Paulo.

SITUAÇÃO 1: Óbito confirmado COVID (+) B34.2

Casos confirmados devem seguir a Declaração de Óbito (DO), preenchida como bem definido, seguindo as Orientações do Preenchimento da DO .

SITUAÇÃO 2: Óbito com suspeita de COVID-19 (em investigação, mas ainda não confirmado)

Casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave sem diagnóstico etiológico e casos suspeitos de COVID-19 com investigação em andamento devem colher swab nasal/orofaríngeo post-mortem (até 24h após o óbito) caso não tenha material colhido em vida e preencher a Declaração de Óbito como **“MORTE A ESCLARECER – aguarda exames”**.

SITUAÇÃO 3: Demais Casos

A. Se as informações disponíveis no prontuário e as informações fornecidas por familiares possibilitarem a identificação da causa de óbito (ainda que em quadro sindrômico), o médico deverá preencher a DO com estas informações.

B. Em situações que as informações do item A não permitirem, minimamente, a definição de uma causa, a DO deve ser preenchida como **“Morte Indeterminada – aplicada autópsia verbal”**. Aplica-se o questionário de autópsia verbal que deverá ser impresso e preenchido manualmente.





ALBERT EINSTEIN

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Orientação: Óbitos durante Pandemia COVID-19

Modelo da Secretaria do Estado de Saúde para preenchimento do Atestado de Óbito, com CIDs referência para COVID e Doença Respiratória Aguda

Exemplos do Preenchimento do Bloco V da Declaração de Óbito:

V	Condições e causas do óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
		37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorada 9 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39 Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
		40 CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID
		PARTE I Doença ou estado mórtido que causou diretamente a morte.	a COVID -19		10 dias B34.2
		CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórtidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	b		
			c		
			d		
		PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.	b Hipertensão Arterial Sistêmica		10 anos I10
			c Diabetes Mellitus		7 anos E14.9

V	Condições e causas do óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
		37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorada 9 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39 Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
		40 CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID
		PARTE I Doença ou estado mórtido que causou diretamente a morte.	a Doença respiratória aguda		4 dias U04.9
		CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórtidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	b COVID -19		10 dias B34.2
			c		
			d		
		PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.	b Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica		10 anos J44.9
			c Doença Cardíaca Hipertensiva		15anos I11.9

Não realizar necropsias em morte natural ou encaminhar para o SVO





Sem diagnóstico com coleta de PCR para COVID-19

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37) A morte ocorreu

1 Na gravidez 3 No abortamento 5 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação

2 No parto 4 AM 42 dias após o término da gestação 6 Não ocorreu nestes períodos

ASSISTÊNCIA MÉDICA

38) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?

1 Sim 2 Não 3 Ignorado

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:

39) Necrópsia?

1 Sim 2 Não 3 Ignorado

40) CAUSAS DA MORTE

PARTE I

Doença ou estado morbido que causou diretamente a morte.

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

a *Insuficiência respiratória a esclarecer*

Devido ao como consequência de:

b *Aguardando exames laboratoriais Swab Naso/Orofaríngeo*

Devido ao como consequência de:

c

Devido ao como consequência de:

d

PARTE II

Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entram, porém, no código acima.

Diabetes Mellitus II

Hipertensão Arterial

Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID

- Check-List

- ✓ Checar se há exame de COVID-19 em andamento
- ✓ Se não houver: Coletar SWAB nasal/orofaríngeo post-mortem (até 24 horas)
- ✓ Preencher a D.O. com as informações coletadas do quadro sintômico da anamnese ou da autópsia verbal e escrever “Aguarda exames”

Corpo deve ser encaminhado pois a secretaria de saúde, checará o resultado.

Sem diagnóstico e sem coleta de PCR para COVID-19

V Condições e causas do óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL <input checked="" type="checkbox"/> 37) A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 6 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		ASSISTÊNCIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> 38) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: <input checked="" type="checkbox"/> 39) Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado
	40) CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID	
	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entram, porém, na cadeia acima.			
	a	<i>Insuficiência Respiratória a esclarecer</i>		
	b	<i>Aplicada autópsia verbal</i>		
	c			
	d			
		<i>Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica</i>	<i>4 anos</i>	
		<i>Doença Cardíaca Hipertensiva</i>	<i>10 anos</i>	

- Check-List

- ✓ Aplicar o questionário de autópsia verbal em formulário impresso (Manual)
- ✓ Preencher a D.O. com as informações coletadas do quadro sindrômico da anamnese e da autópsia verbal e, escrever “aplicado autópsia verbal”
- ✓ Sempre incluir as comorbidades na PARTE II do Bloco V !!!





Manejo Óbito

- Não há necessidade de esperar o resultado do PCR COVID para fazer a declaração de óbito, se o resultado sair antes do encaminhamento da declaração de óbito, corrigir o atestado.
- Sempre colher PCR para COVID-19 mesmo no cadáver (se suspeita).
- Óbito: unidade ou pronto atendimento, equipe assistencial seguirá com o preparo do corpo conforme documentação Preparo do Corpo Pós-Morte (PR.ASS.ENFE. 1559.12).
- **Religião judaica: podem ser tamponados com algodão, descartar todos os dispositivos e cateteres seguindo a nossa política de descarte de resíduos, manter apenas lençóis com sangue (se houver) dentro do saco junto ao corpo. Verificar fluxo.**
- Acionar hospitalidade - colaborador seguirá para o andar onde estava internado o paciente, para fornecer as orientações aos familiares.

Fluxo de direcionamento do corpo ao Morgue em caso de pacientes suspeitos ou confirmados COVID-19

- Acondicionar o corpo do paciente após o tamponamento em pano seguido de saco de óbito com zíper.

Descrição
SACO OBITO GRANDE C/ZIPER FRONTAL 90 X 210 X 0,2CM
SACO OBITO MEDIO C/ZIPER FRONTAL 60 X 150 X 0,15CM
SACO OBITO PEQUENO C/ZIPER FRONTAL 50 X 100 X 0,12CM

- Identificação dos avisos de óbito (1ª via no corpo do paciente, 2ª via no saco externo, 3ª via no prontuário). Tag “COVID-19 agente biológico classe de risco 3” na parte externa.
- Realizar a desinfecção do saco externo com álcool 70% ou detergente desinfetante.
- Realizar a limpeza e desinfecção da maca do transporte.
- Ao chegar no local do morgue, manter o corpo por até 4 horas fora da câmara fria sobre a maca, aguardando o serviço funerário. Se a estimativa do serviço for superior a este prazo, o corpo (envolto no saco) deverá ser acomodado na câmara fria.



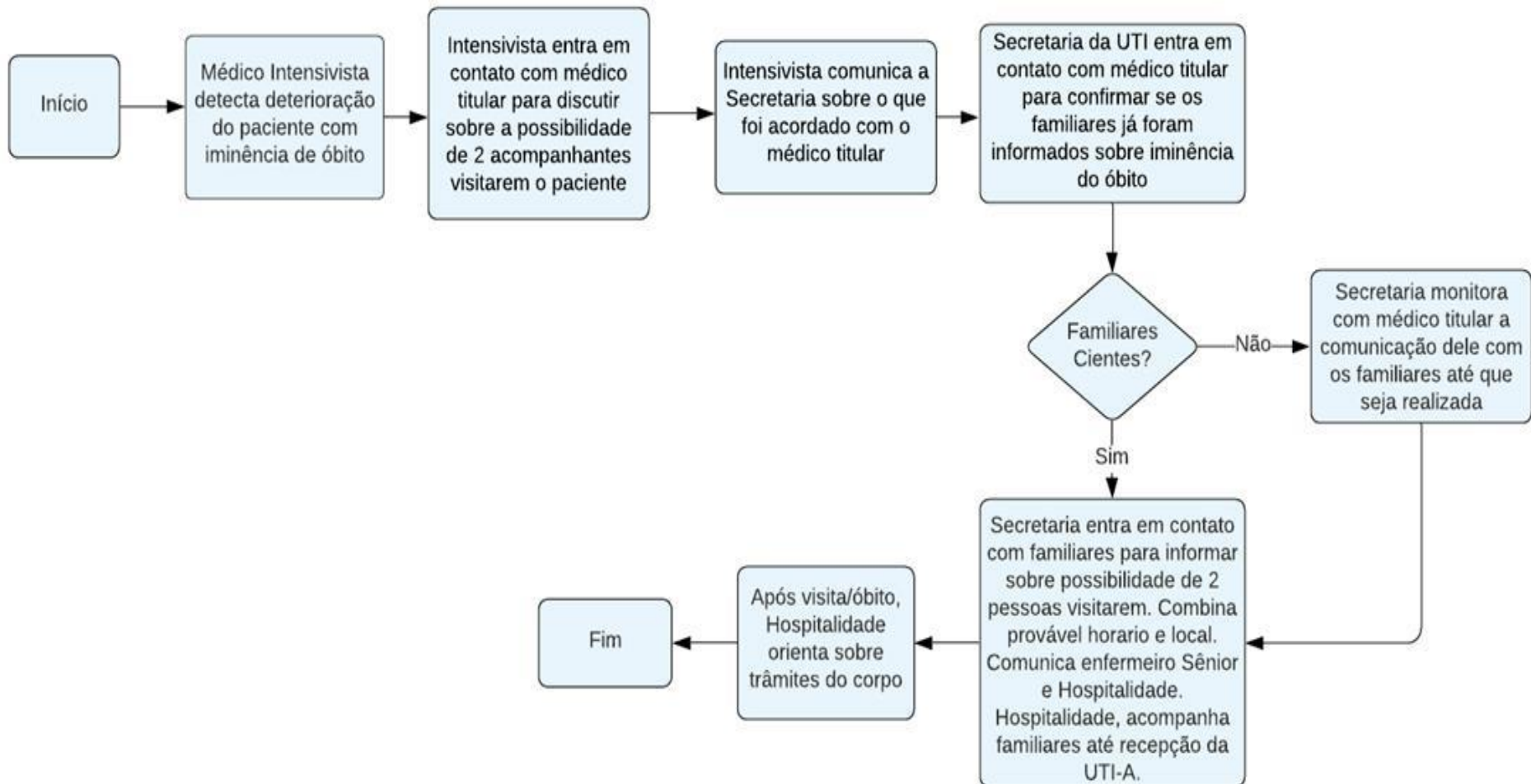
Óbito de pacientes fora do período de transmissibilidade do SARS-CoV-2 - sepultamento

- Os indivíduos que vieram a óbito após o período de isolamento (conforme orientações contidas no *Guia de Vigilância Epidemiológica Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019* e suas atualizações, além das recomendações da equipe médica assistente do caso), são considerados não infectantes.
- Os procedimentos relacionados ao sepultamento, aos embalsamamentos, aos traslados desses corpos NÃO serão incluídos no contexto destas orientações. Com isso, esses corpos poderão ser velados em maior período de tempo, assim como é permitida a realização da cerimônia com a urna aberta.
- Os procedimentos com o TRASLADO de corpos desses indivíduos e que receberam tratamento de FORMOLIZAÇÃO poderão ser realizados, considerando a hora da ocorrência do óbito até o local de sepultamento, em um intervalo máximo de 48 horas:
- O método de FORMOLIZAÇÃO NÃO é obrigatório para corpos que serão sepultados em até 24 horas, a contar da hora do óbito.
- Deve constar no atestado a informação:
 - COVID-19 fora do período de transmissibilidade.
 - Relatório médico.
 - Exames de PCR negativos se disponíveis nos casos dos pacientes com imunodepressão. Fique atento aos critérios de [Suspensão da Precaução](#).





Fluxo de visitas pré-óbito



Nos casos de visitas de religiosos, enfermagem realiza a orientação da paramentação e desparamentação, assim como orienta a higiene de materiais.



Colaboradores





Fluxograma colaboradores com síndrome gripal

Saúde Ocupacional



- Acesse os fluxogramas e orientações de atendimento dos colaboradores com Síndrome Gripal na Intranet:
<https://sou.einstein.br/documentos/content-detail/61e01f529b4d47001d5cbf50>
- É preciso do login e senha Einstein para o acesso.
Caminho – RH e administrativo – Saúde Corporativa – Doenças Epidêmicas – Cuidado com os colaboradores – COVID-19 e influenza.



Fluxograma – Apoio em suspeita de surto de COVID-19 entre colaboradores



Definição de surto: presença de 3 casos confirmados (PCR positivo para SARS-CoV 2 entre colaboradores da mesma área de trabalho ou turno em período inferior a 14 dias

Surto de COVID-19 entre colaboradores em área

Gestor da área Notifica SCIH através do ramal 72646 ou email 90@SBIBAE.onmicrosoft.com

Colaboradores com sintomas devem coletar PCR-SARS CoV-2 nas clínicas (seguir fluxo colaborador)

Colaboradores sem sintomas devem permanecer em suas funções apenas sendo orientado medidas de prevenção à COVID-19 (uso de máscara, higiene de mãos, limpeza do ambiente e distanciamento)

Se necessário, gestor solicita Visita de Segurança para equipe do Gerenciamento de risco para investigar o setor e propor medidas adicionais se indicado.



Vacinação COVID-19

notificação de reação adversa

Vacina COVID-19 – Notificação reação adversa pós vacina



Doença de Creutzfeldt Jakob - Doenças Priônicas

Doenças Exantemáticas: Sarampo e Rubéola

Encefalite

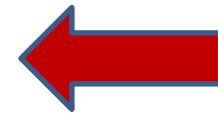
Esquistossomose

Eventos Adversos Pós-Vacinação contra COVID-19

Febre Amarela

Febre Maculosa / Rickettsioses

Febre pelo Zika vírus



Ficha presente no Sou Einstein – SCIH

- Médico ou profissional da saúde preenche a ficha presente no Sou Einstein ou Medical Suite, com o máximo de informações e encaminha a ficha preenchida ou via email ao SCIH.
- **A falta de informações como nome da vacina, lote, local da aplicação, tempo de surgimento de sintomas inviabiliza a inserção do dado no sistema de notificação e o paciente não poderá realizar a troca de tipo de vacina caso haja uma reação importante após a aplicação da primeira dose.**



Diretrizes gerais de ambientes para controle e prevenção da COVID-19

Produtos Disponíveis



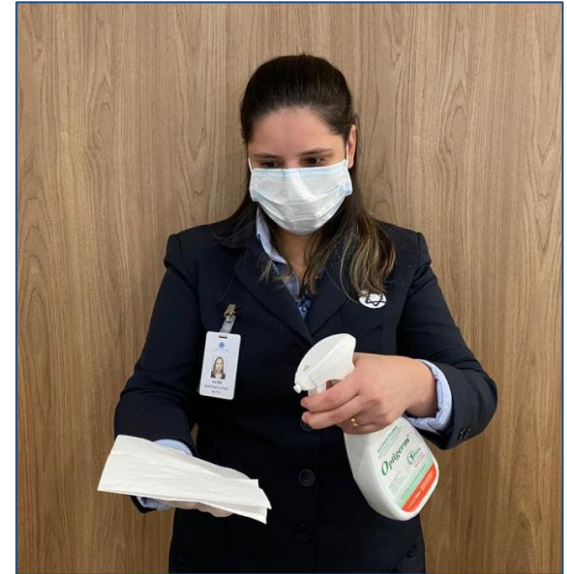
Produto		Categoria	Código
Álcool 70%		Desinfetante	301638
LabSeptic		Detergente desinfetante pronto uso	219420
Panos descartáveis		-----	300953
Oxivir - lenços		Detergente desinfetante pronto uso	211196
Peroxy 4D – lenços Exclusivo áreas administrativas		Detergente desinfetante pronto uso	311230



Cuidados de Utilização

Produtos detergente desinfetante pronto uso em borrifador

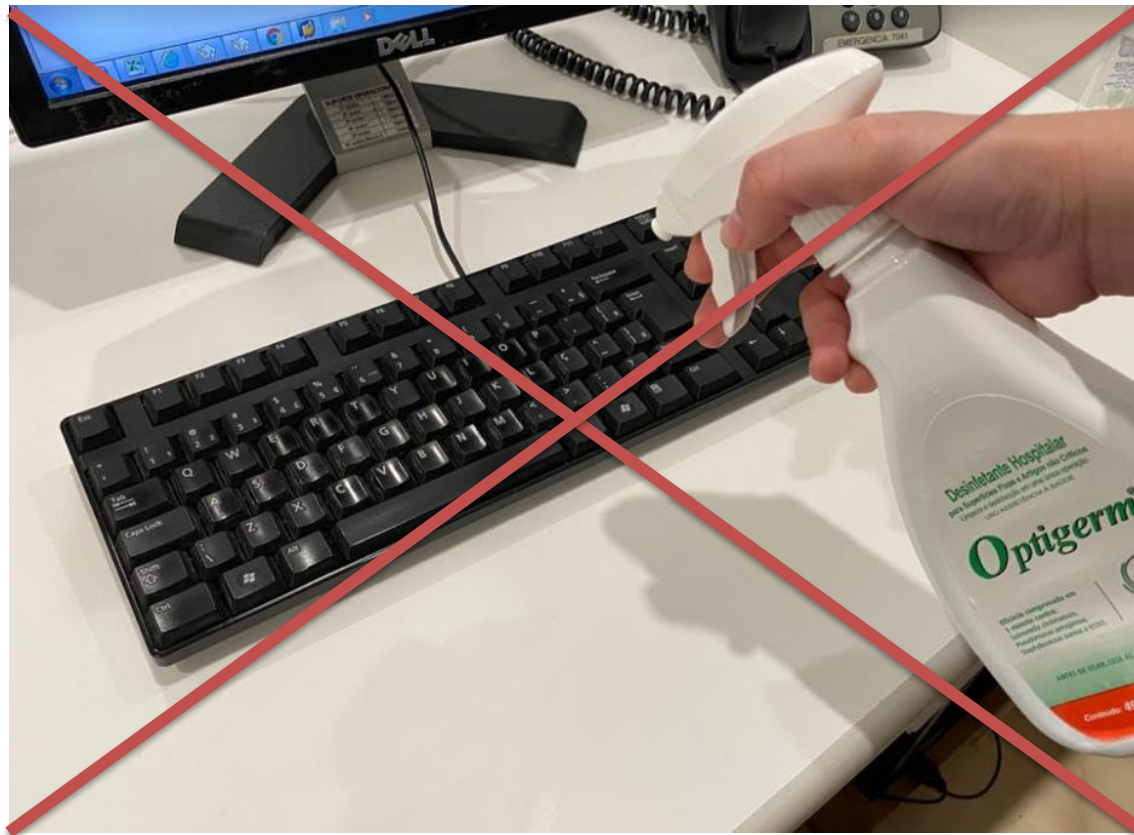
- Higienizar as mãos e calçar luva na mão que terá contato com o produto.
- Aplicar o produto sobre o pano descartável, deixando-o bem umedecido.
- Nunca aplicar o produto diretamente em equipamentos ou superfícies.
- Passar o pano umedecido sobre as superfícies realizando fricção vigorosa. Passar o pano em sentido único, trocando as faces do pano.
- Deixar secar. Não enxaguar.
- Retirar a luva e higienizar as mãos.





Cuidados de Utilização

Produtos detergente desinfetante pronto uso em borrifador



ATENÇÃO

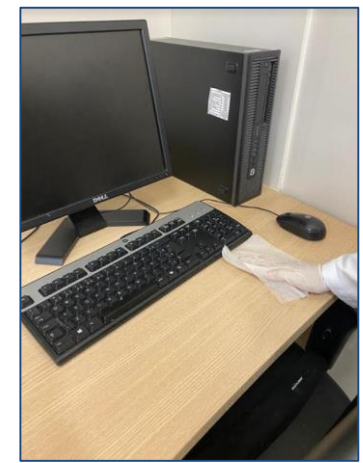
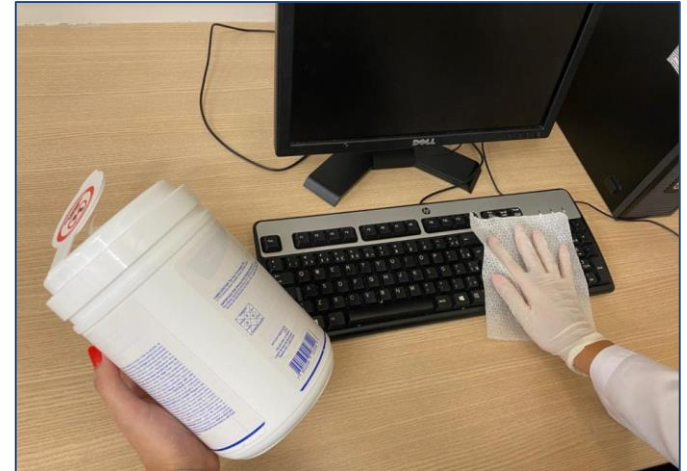
Não Borrifar Diretamente no Teclado / Tela



Cuidados de Utilização

Produtos detergente desinfetante - lenços

- Higienizar as mãos e calçar luva na mão que terá contato com o produto.
- Passar o lenço umedecido sobre as superfícies realizando fricção vigorosa. Passar o lenço em sentido único, trocando as faces do lenço.
- Deixar secar. Não enxaguar.
- Retirar a luva e higienizar as mãos.





Posto de Enfermagem

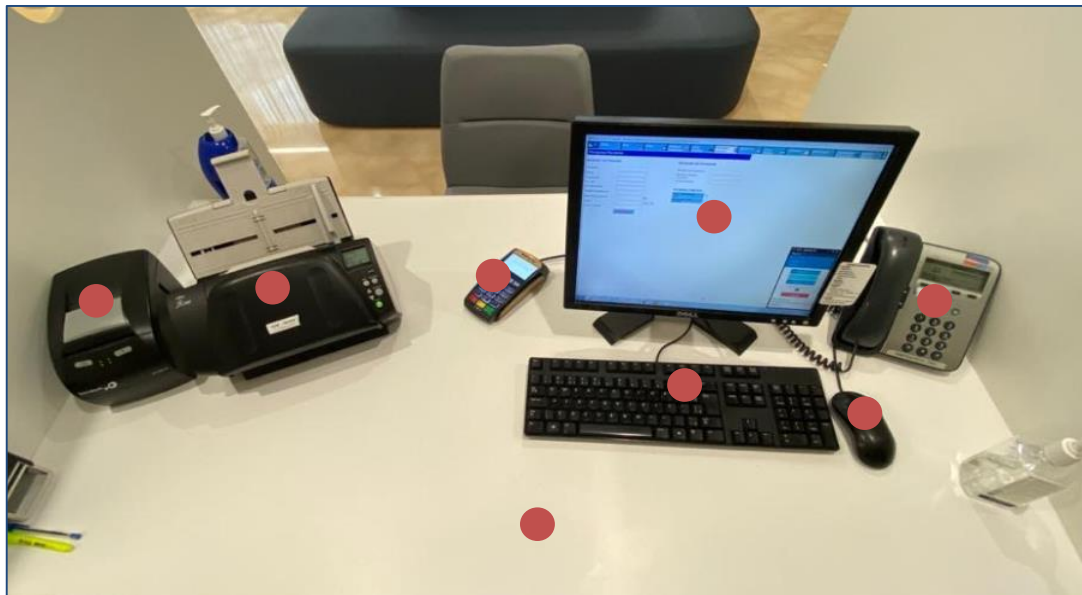
- Manter limpo e organizado;
- Realizar limpeza/desinfecção das bancadas, telefones e computadores uma vez por plantão;
- Utilizar produto detergente desinfetante pronto uso.



Recepções e Guichês Administrativos



- Oferecer a máscara cirúrgica para todos os que estiverem com máscara de pano ou máscara N95 com válvula expiratória ou cirúrgica com mais de 4 horas de uso;
- Disponibilizar pump de álcool em todos os guichês;
- Solicitar que o paciente higienize as mãos antes e depois de utilizar a máquina de cartão;
- Limpeza da estação de trabalho pelo profissional administrativo (computador, bancada, telefone, máquina de cartão, etc.) ao final do expediente ou quando deixar o posto de trabalho para refeições/descanso.
- Utilizar produto detergente desinfetante pronto uso.



Salas Administrativas



- Manter o ambiente limpo e organizado;
- Manter álcool gel para a higiene das mãos entre as estações de trabalho (código do álcool gel para higiene das mãos: 107617),
- Realizar limpeza/desinfecção das bancadas, telefones e computadores no início do expediente;
- Utilizar produto detergente desinfetante pronto uso.



Ambientação de áreas comuns hospitalares e ambulatoriais



- Reposicionar cadeiras e poltronas (distanciamento mínimo de 1 metro);
- Cadeiras e poltronas com material impermeável, de fácil limpeza;
- Aumentar a frequência de limpeza do ambiente pela equipe de higiene (poltronas, totens de senha, botões de elevadores, etc.), ou seja, superfícies de maior toque;
- Garantir o abastecimento do kit de tosse com etiqueta (máscara, álcool e papel toalha);
- Garantir a disponibilização das máscaras cirúrgicas no totem de senhas.



Reabilitação de pacientes pós COVID-19

Consulte o Pathway

Aonde encontro atualização sobre o tema? Sou Einstein



Notificação Compulsória - Fichas Precauções Doenças epidêmicas Editar

Compartilhamento Interno Não seguindo Compartilhar

+ Novo Detalhes da página Análises

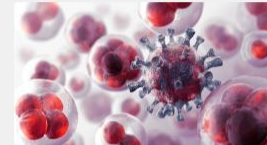
Publicada em 01/06/2023 Editar



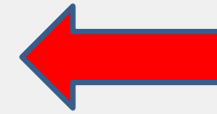
Precauções



Notificação Compulsória - Fichas



Manejos - Doenças Epidêmicas



Acompanhe os resultados do HIAE

O que são Bundles?

Os Bundles são pacotes de Boas Práticas composto de medidas e estratégias de evidência científica presentes nos guidelines nacionais e internacionais que visam a diminuição das Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde (IRAS).

Quais são os Bundles monitorados? Prevenção das principais infecções relacionadas aos dispositivos invasivos: ICS relacionada a CVC, ITU relacionada a CVD e pneumonia relacionada a VM (PAV)

Aonde encontro atualização sobre o tema?

Medical Suite – livre acesso



← → ↻ medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Paginas/doencas-epidemicas.aspx 🔍 ↗

wpvda17/reports/p... HIAE - Microbiologia COSEMS/SP - Cons... Dashboard_ATB - S... CDC Coronavirus Diseas... PubMed Banco Centro Cirur... Nova guia

Home Acesse seu e-mail

MEDICAL SUITE

Prática Médica Serviços Apoio Comercial Educação Médica Pesquisa Diretoria Clínica

Prática Médica

Você está em: [Medical Suite](#) » [Prática Médica](#) » Doenças Epidêmicas – Diretrizes de Atendimento

Doenças Epidêmicas – Diretrizes de Atendimento

COVID-19 Manejo COVID-19

Monkeypox

Meningite - Prevenção

Acesso rápido

- Fale com o Relacionamento
- Fale com a TI
- Manual Farmacêutico
- Fale com o SCIH
- Acesso Prontuário Digital
- Resultado de exames