



EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
SCS Quadra 9, Edifício Parque Cidade Corporate, Torre C, 1º ao 3º andares - Bairro Asa Sul
Brasília-DF, CEP 70308-200
(61) 3255-8900 - <http://www.ebserh.gov.br>

Nota Técnica - SEI nº 2/2020/SGQ/CGC/DAS-EBSERH

Processo nº 23477.000901/2020-52

INTERESSADOS: Hospitais Universitários Federais

ASSUNTO: **Orientações aos Hospitais Universitários Federais da Rede Ebserh a respeito de COVID-19**

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recebeu em 31 de dezembro de 2019 o primeiro alerta por autoridades chinesas a respeito de uma série de casos de pneumonia de origem desconhecida, iniciados na cidade de Wuhan. Autoridades chinesas de saúde anunciaram a primeira morte pelo Novo Coronavírus em 11 de janeiro de 2020. Em 13 de janeiro, a OMS notificou o primeiro caso de infecção pelo vírus de uma pessoa fora da China, na Tailândia: uma mulher com pneumonia leve que voltava de uma viagem a Wuhan. Em 20 de janeiro de 2020, foi confirmada a transmissão humana do Novo Coronavírus. Então, em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) devido ao surto pelo Novo Coronavírus (SARS-CoV-2). Em 03 de fevereiro o Ministério da Saúde declarou Emergência de Importância Nacional. O primeiro caso da doença foi confirmado no Brasil em 26 de fevereiro de 2020.

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde classificou a Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) como uma pandemia. Isso significa que o vírus está circulando em todos os continentes e há ocorrência de casos oligossintomáticos, o que dificulta a identificação. Deste modo, principalmente no hemisfério sul, onde está o Brasil, os países devem se preparar para o outono/inverno com o objetivo de evitar casos graves e óbitos.

Em 12 de março de 2020, havia 127.863 casos confirmados globalmente da COVID-19 e 4.718 mortes. A maioria dos casos foram registrados na China, sendo que 116 países fora da China já haviam sido atingidos, inclusive o Brasil.

O vírus já mostra sinais de desaceleração onde se iniciou a propagação e hoje o número de casos novos em outros países superam os casos novos na China.

O Ministério da Saúde e a EBSERH vêm recomendando há algumas semanas ações preventivas diárias para auxiliar na prevenção da propagação de vírus respiratórios. As medidas recomendadas ao longo desta Nota Técnica tem o intuito de reforçar, por meio da conscientização prévia, a necessidade de atitudes que previnam e reduzam os riscos aos colaboradores e usuários da rede EBSERH, de forma a garantir a segurança e a qualidade da assistência.

Esta Nota Técnica apresenta orientações baseadas nas informações atualmente disponíveis sobre a COVID-19 e poderão ser atualizadas à medida que mais informações forem disponibilizadas pelas autoridades competentes.

2. ANÁLISE

A. AGENTE ETIOLÓGICO

Os coronavírus são retrovírus da ordem dos *Nidovirales*, da família *Coronaviridae*. Os vírus da SARS-CoV, MERS-CoV e SARS-CoV-2 são betacoronavírus altamente patogênicos e responsáveis por causar síndromes respiratória e gastrointestinal. Os sete coronavírus que podem infectar pessoas são: 229E (alpha coronavírus), NL63 (alpha coronavírus), OC43 (beta coronavírus), HKU1 (beta coronavírus), MERS-CoV, SARS-CoV, 2019 Novel Coronavirus (Covid -19).

A infecção humana pela COVID-19 ainda não tem o espectro clínico completamente descrito. O tratamento é de suporte e inespecífico até o momento. As informações e recomendações desta Nota Técnica podem ser atualizadas em poucos dias, à medida que a pandemia aumente e que novos conhecimentos científicos são publicados.

De acordo com os dados atuais, SARS-CoV-2 é enquadrado com agente biológico classe de risco 3, ou seja, alto risco individual e moderado risco para a comunidade. Esta classe de risco inclui os agentes biológicos que possuem capacidade de transmissão, em especial por via respiratória, e que causam doenças em humanos ou animais potencialmente letais, para as quais existem usualmente medidas profiláticas ou terapêuticas. Estes representam risco se disseminados na comunidade e no meio ambiente, podendo se propagar de pessoa a pessoa, como por exemplo, *Bacillus anthracis* e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

B. RESERVATÓRIO E MODO DE TRANSMISSÃO

Os coronavírus são uma grande família de vírus comuns em muitas espécies diferentes de animais, incluindo camelos, gado, gatos e morcegos. Raramente, os coronavírus animais podem infectar pessoas, e depois se espalhar entre seres humanos como MERS-CoV e SARS-CoV.

No início, muitos dos pacientes com doenças respiratórias causadas pelo SARS-CoV-2 em Wuhan, na China, tinham alguma ligação com um grande mercado de frutos do mar e animais vivos, sugerindo a disseminação de animais para pessoas. Posteriormente, identificou-se um número crescente de pacientes que supostamente não tiveram exposição ao mercado de animais, indicando a ocorrência de disseminação de pessoa para pessoa.

Recente artigo produzido na Alemanha, e publicado no veículo oficial da associação inglesa *Healthcare Infection Society*, concluiu que outros tipos de coronavírus, SARS, MERS e HCoV, resistem até 9 dias em superfícies inertes. Contudo, os vírus podem ser eficientemente inativados por procedimentos de desinfecção de superfície com a utilização de solução alcoólica entre 62 e 71%, peróxido de hidrogênio 0,5% ou hipoclorito de sódio 0,1%.

C. TRANSMISSIBILIDADE

A transmissibilidade dos pacientes infectados por SARS-CoV é em média de 7 dias após o início dos sintomas. No entanto, dados preliminares da COVID-19 sugerem que a transmissão possa ocorrer, mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas. A capacidade de contágio (R0) é 2,74, ou seja, uma pessoa com a COVID-19 transmite o vírus para outras duas ou três pessoas. Comparativamente, na pandemia de influenza H1N1 em 2009, esta taxa foi de 1,5 e no sarampo é em torno de 15.

D. PERÍODO DE INCUBAÇÃO

Atualmente, acredita-se que os sintomas da COVID-19 podem aparecer de 2 a 14 dias após a exposição, com período médio de incubação da infecção de 5 dias.

E. SUSCETIBILIDADE E IMUNIDADE

A suscetibilidade é geral, por ser um vírus novo. Sobre a imunidade não se sabe se a infecção em humanos que não evoluíram para o óbito irá gerar imunidade contra novas infecções e se essa imunidade é duradoura por toda a vida. Ainda não existe vacina para prevenir a infecção por COVID-19.

F. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

O espectro clínico da infecção por coronavírus é muito amplo, podendo variar de um simples resfriado até uma pneumonia severa. No entanto, neste novo coronavírus não está estabelecido completamente o espectro. Segundo os dados mais atuais, os sinais e sintomas clínicos referidos são principalmente respiratórios. Os pacientes podem apresentar febre, tosse e dificuldade respiratória.

Em avaliação recente publicada na revista científica *The Lancet*, foi verificado que de 99 pacientes com pneumonia e diagnóstico laboratorial da COVID-19 internados no hospital de Wuhan houve maior taxa de hospitalização de pessoas maiores de 50 anos do sexo masculino. Os principais sintomas foram febre (83%), tosse (82%), falta de ar (31%), dor muscular (11%), confusão (9%), dor de cabeça (8%), dor de garganta (5%), rinorreia (4%), dor no peito (2%), diarreia (2%) e náusea e vômito (1%). Segundo exames de imagem, 74 pacientes (75%) apresentaram pneumonia bilateral, 14 pacientes (14%) apresentaram manchas múltiplas e opacidade em vidro fosco e 1 paciente (1%) evoluiu com pneumotórax. Também houve registros de linfopenia em outro estudo realizado com 41 pacientes diagnosticados com a COVID-19.

G. COMPLICAÇÕES

As complicações mais comuns são Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG (17-29%), lesão cardíaca aguda (12%) e infecção secundária (10%). Até o dia 04 de fevereiro de 2020, foram confirmados 20.630 casos de infecção por COVID-19 no mundo, sendo que 20.471 deles (99%) ocorreram na China continental, com uma letalidade de 2,1%, variando entre 11% e 15% entre pacientes hospitalizados.

H. DEFINIÇÕES OPERACIONAIS PARA COVID-19

CASO SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

- Situação 1 – VIAJANTE: pessoa que retornou de viagem internacional de qualquer país nos últimos 14 dias **E** apresente: febre **E** pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O₂ < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia);

OU

- Situação 2 - CONTATO PRÓXIMO: Pessoa que teve contato próximo de caso suspeito ou confirmado para COVID-19 nos últimos 14 dias **E** apresente: febre **OU** pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O₂ < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia);

CASO PROVÁVEL DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

- Situação 3 - CONTATO DOMICILIAR: pessoa que resida ou trabalhe no domicílio de caso suspeito ou confirmado para COVID-19 nos últimos 14 dias **E** apresente:
 - Febre **OU**
 - Pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O₂ < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia) **OU**
 - Outros sinais e sintomas inespecíficos como: fadiga, mialgia/artralgia, dor de cabeça, calafrios, gânglios linfáticos aumentados, diarreia, náusea, vômito, desidratação e inapetência.

CASO CONFIRMADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

- LABORATORIAL: Caso suspeito ou provável com resultado positivo em RT-PCR em tempo real, pelo protocolo Charité;
- CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO: caso suspeito ou provável com histórico de contato próximo ou domiciliar com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19, que apresente febre **OU** pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios, nos últimos 14 dias após o contato, e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.

CASO DESCARTADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19): Caso que se enquadre na definição de suspeito **E** apresente resultado laboratorial negativo para SARS-CoV2 **OU** confirmação laboratorial para outro agente etiológico.

CASO EXCLUÍDO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19): Diante do aumento de registros na base de dados do FORMSUS2, serão classificados como excluídos aqueles que apresentarem duplicidade **OU** que não se enquadram em uma das definições de caso acima.

CASO CURADO DA DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19): Diante das últimas evidências compartilhadas pela OMS e países afetados, o Ministério da Saúde define que são curados:

- Casos em isolamento domiciliar: casos confirmados que passaram por 14 dias em isolamento domiciliar, a contar da data de início dos sintomas **E** que estão assintomáticos;
- Casos em internação hospitalar: diante da avaliação médica.
- Observação: a liberação do paciente deve ser definida de acordo com o **Plano de Contingência local**, a considerar a capacidade operacional, podendo ser realizada a partir de visita domiciliar ou remota (telefone ou telemedicina).

OBSERVAÇÕES:

FEBRE:

- Considera-se febre temperatura acima de 37,8°C;
- Alerta-se que a febre pode não estar presente em alguns casos como por exemplo: em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico. Nessas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação;
- Considerar a febre relatada pelo paciente, mesmo não mensurada.

CONTATO PRÓXIMO DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DA COVID-19:

- Pessoa que teve contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos);
- Pessoa que tenha contato direto desprotegido com secreções infecciosas (por exemplo, gotículas de tosse, contato sem proteção com tecido ou lenços de papel usados e que contenham secreções);
- Pessoa que teve contato frente a frente por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 2 metros;
- 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;
- Profissional de saúde ou outra pessoa que cuide diretamente de um caso de COVID-19 ou trabalhadores de laboratório que manipulam amostras de um caso de COVID-19 sem Equipamento de Proteção Individual (EPI) recomendado, ou com uma possível violação do EPI;
- Passageiro de uma aeronave sentado no raio de dois assentos de distância (em qualquer direção) de um caso confirmado de COVID-19; seus acompanhantes ou cuidadores e os tripulantes que trabalharam na seção da aeronave em que o caso estava sentado.

CONTATO DOMICILIAR DE CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO COVID-19:

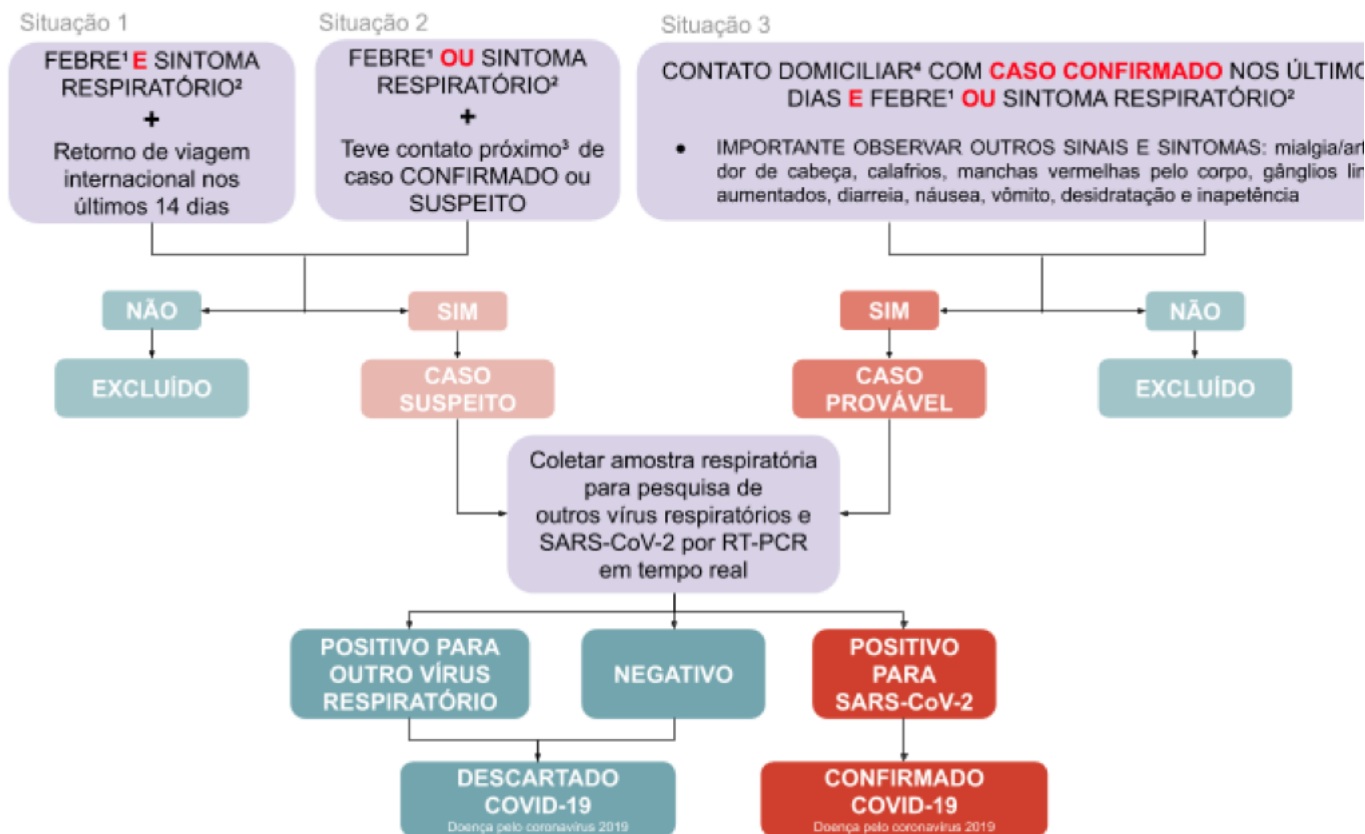
- Uma pessoa que reside na mesma casa/ambiente. Devem ser considerados os residentes da mesma casa, colegas de dormitório, creche, alojamento, etc.

A avaliação do grau de exposição do contato deve ser individualizada, considerando-se, o ambiente e o tempo de exposição

I. DEFINIÇÕES DE CASOS OPERACIONAIS PARA A VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA

Definições de caso operacionais para a vigilância em saúde pública não são definições clínicas. Os médicos podem identificar situações em que a avaliação clínica pode ser levada em consideração e a sua decisão deve ser registrada na ficha de notificação e prontuário do paciente.

FIGURA 1: Definição de casos operacionais para vigilância em saúde



Fonte: Ministério da Saúde, 2020.

J. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

As características clínicas da infecção humana pelo novo coronavírus (SARS-COV-2) não são específicas e podem ser similares àquelas causadas por outros vírus respiratórios, que também ocorrem sob a forma de surtos e, eventualmente, circulam ao mesmo tempo, tais como influenza, parainfluenza, rinovírus, vírus sincicial respiratório, adenovírus, outros coronavírus, entre outros. Portanto, recomenda-se que em todos os casos de síndrome gripal seja questionado o histórico de viagem para o exterior ou ou contato próximo com casos suspeitos ou confirmados independente de terem viajado nos últimos 14 dias. Recomenda-se descartar as doenças respiratórias mais comuns e adotar o protocolo de tratamento de influenza oportunamente para evitar casos graves e óbitos por doenças respiratórias conhecidas, quando indicado.

K. DEFINIÇÃO DE TRANSMISSÃO LOCAL E COMUNITÁRIA

TRANSMISSÃO LOCAL DO SARS-COV-2: ocorrência de caso autóctone com vínculo epidemiológico a um caso confirmado identificado.

TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA DO SARS-COV-2: ocorrência de casos autóctones sem vínculo epidemiológico a um caso confirmado, em área definida, **OU**

- Se for identificado um resultado laboratorial positivo sem relação com outros casos na iniciativa privada ou na rotina de vigilância de doenças respiratórias **OU**
- A transmissão se mantiver por 5 (cinco) ou mais cadeias de transmissão.

L. ANÁLISE LABORATORIAL

SÍNDROME GRIPAL (SG): durante a **fase de contenção**, em cidades com transmissão local da COVID-19, as amostras da vigilância de Síndrome Gripal (SG) que forem negativas para vírus Influenza e outros vírus respiratórios serão testadas para diagnóstico de SARS-CoV-2, independente de viagem internacional.

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG): a **partir do momento da constatação da transmissão local em uma cidade**, todas as amostras da vigilância universal de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) serão testadas para o diagnóstico de SARS-CoV-2.

3. RECOMENDAÇÕES

Os Hospitais Universitários Federais (HUF) da rede Ebserh deverão adotar as recomendações do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e da Organização Mundial de Saúde. Foram destacadas nesta nota assuntos tratados por diferentes instituições, que a Ebserh considera relevantes para a tomadas de decisão nos HUF. As informações são apresentadas no formato de anexos, da seguinte forma:

ANEXO 1. TRATAMENTO E ATENDIMENTO

ANEXO 2. NOTIFICAÇÃO E REGISTRO

ANEXO 3. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

ANEXO 4. ACESSO, CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E ESPERA DE ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE SAÚDE

ANEXO 5. ATENDIMENTO AMBULATORIAL OU PRONTO ATENDIMENTO

ANEXO 6. TRANSPORTE INTERINSTITUCIONAL OU ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DE URGÊNCIA

ANEXO 7. DURANTE A ASSISTÊNCIA OU INTERNAÇÃO HOSPITALAR

ANEXO 8. CAPACITAÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O USO DE EPI

ANEXO 9. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI

ANEXO 10. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

ANEXO 11. ALTA HOSPITALAR

ANEXO 12. AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DOS PROFISSIONAIS

ANEXO 13. PLANO DE CONTINGÊNCIA NACIONAL PARA INFECÇÃO HUMANA PELO NOVO CORONAVÍRUS SARS-COV-2

ANEXO 14. AUMENTO DA CAPACIDADE DE ATENDIMENTO AOS DOENTES CRÍTICOS

ANEXO 15. MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

ANEXO 16. *CHECKLIST* PARA PROFISSIONAIS QUE PRESTAM ASSISTÊNCIA A CASOS SUSPEITOS E CONFIRMADOS DA COVID-19

ANEXO 17. ACOMPANHANTES

ANEXO 18. FLUXOGRAMAS PARA ATENDIMENTO E DETECÇÃO PRECOCE DA COVID-19

4. EXPECTATIVAS

A execução das orientações abordadas nesta Nota Técnica pretende reforçar a importância das medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos, prováveis ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-COV-2), segundo as orientações divulgadas até o dia 16 de março de 2020, pelo Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Organização Mundial da Saúde, *Centers for Disease Control and Prevention* e *European Centre for Disease Prevention and Control*. Essas orientações são baseadas nas informações atualmente disponíveis sobre o novo coronavírus e podem ser atualizadas à medida que mais informações estiverem disponíveis, já que se trata de um microrganismo novo no mundo.

Cada hospital da Rede Ebserh deverá elaborar o próprio Plano de Contingência para Infecção Humana pela COVID-19 e treinar todos os envolvidos. Os planos devem ser enviados ao SGQ/CGC/DAS para monitoramento.

Além das recomendações dos Setores de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde (SGQVS) e do Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SOST), os planos deverão abordar, minimamente, os seguintes aspectos:

a) Papéis e responsabilidades de cada área ou colegiado do hospital, no tocante à execução das ações previstas no plano de contingência (prever a participação de especialistas em Terapia Intensiva);

b) Informações sobre capacidade instalada e operacional:

I - Número de ventiladores mecânicos (nº total e nº de equipamentos em condições de uso);

II - Número de painéis de gases para instalação de ventiladores mecânicos (nº total e nº de painéis adequados para uso);

III - Número de ventiladores de transporte;

IV - Número de equipamentos de anestesia;

V - Número de monitores multiparamétricos;

VI - Número de bombas de infusão;

VII - Número de camas hospitalares monitorizadas.

c) Identificação das áreas do hospital destinadas para os casos suspeitos e confirmados da COVID-19 de pacientes que não necessitarão de suporte ventilatório invasivo (especificar número de leitos que poderão ser utilizados);

d) Identificação das áreas do hospital destinadas para os casos suspeitos e confirmados da COVID-19 de pacientes que necessitarão de suporte ventilatório invasivo, além da UTI (especificar número de leitos que poderão ser utilizados);

e) Identificação dos profissionais habilitados para assistência aos pacientes em ventilação mecânica, por categoria profissional (enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, médicos, entre outros);

f) Identificação das equipes que deverão ser treinadas em cuidados intensivos, para possível atuação;

g) As estratégias para ampliação (imediata, em até 30 dias e em até 60 dias) da capacidade instalada e operacional atual para assistência aos pacientes com COVID-19, incluindo aqueles que necessitarem de suporte ventilatório invasivo. Para esse ponto, devem ser considerados os apontamentos realizados no item "Anexo 14", que trata do aumento da capacidade de atendimento aos doentes críticos;

h) As atividades eletivas que poderão ser suspensas para atendimento aos casos de COVID-19, em caso de esgotamento da capacidade instalada atual para atendimento dos pacientes, considerando as equipes que serão realocadas para o cuidado a esses pacientes;

i) O papel desempenhado pelo hospital no âmbito do plano de contingência estadual;

j) As unidades de contrarreferência para a Atenção Primária, pactuadas junto aos gestores locais, para pacientes leves ou moderados, ou em condições de alta clínica;

k) A estimativa de insumos necessários para os próximos 6 (seis) meses, incluindo os valores necessários para investimento e custeio;

l) Estruturação de Times de Resposta Rápida;

m) Previsão de capacitações em massa de cuidados a pacientes críticos;

n) Previsão de isolamento reverso, transferência ou referenciamento de pacientes imunocomprometidos;

o) Medidas que visem a redução de etapas nos processos cotidianos do hospital para tomadas de decisão nos momentos de crise;

p) Previsão dos responsáveis pelo transporte dos pacientes (admissão, exames, transferência, alta);

q) Utilização de Sistema de Classificação de Pacientes para dimensionamento diário da equipe (Escala de Fugolin);

r) Formas de comunicação com a imprensa, pacientes e familiares;

s) Previsão de necessidade de expansão dos serviços de apoio (ex.: higienização, processamento de roupas, resíduos, etc.).

t) Outros pontos importantes para funcionamento do hospital, considerando a situação de crise.

Espera-se também que o hospital faça a previsão de algumas rotinas adicionais necessárias para enfrentamento da situação de crise. Entre essas rotinas estão: os responsáveis pela distribuição de máscaras cirúrgicas a pacientes sintomáticos, os locais de recepção a esses pacientes, recolhimento de estoques intermediários de EPI para distribuição centralizada, fluxograma de encaminhamento para atendimento domiciliar, instituições de saúde para as quais serão direcionados os casos leves e moderados, rotina de transporte de casos

suspeitos e confirmados de COVID-19, rotina de visitas aos demais pacientes diante ao aumento de número de casos no hospital (ex: visitas a idosos, pacientes imunocomprometidos, etc.).

Hospitais da Rede Ebserh que não possuem capacidade de expansão de leitos para cuidados críticos ou semi-críticos deverão prever juntamente ao gestor local sua atuação para enfrentamento à COVID-19. Alguns dos pontos importantes que já devem ser levantados são: disponibilidade de leitos de isolamento e maneiras de otimizar a rotatividade de leitos.

Todos os documentos da gestão da qualidade, incluindo POPs, Rotinas, Protocolos, Manuais, entre outros, relacionados aos cuidados aos pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 devem estar atualizados e implementados na instituição. Todos os profissionais devem estar capacitados e os documentos disponíveis para acesso a todo o hospital. O indicador Percentual de adesão da prática de higiene de mãos por profissionais de saúde deverá ser rigorosamente monitorado e avaliado. Considerando a CCIRAS e a UTI, devem ser disponibilizados minimamente os seguintes documentos: Protocolo de isolamento; POP de higiene simples das mãos, POP de higiene das mãos com preparação alcoólica; POP de coleta de amostra para COVID-19; Protocolo de atendimento ao paciente com suspeita e confirmação do COVID-19; Fluxo de atendimento inicial ao paciente com suspeita de COVID-19 no setor de urgência e emergência; Fluxo de atendimento inicial ao paciente grave com suspeita ou confirmação de COVID-19; Fluxo de encaminhamento do caso de COVID-19 para isolamento domiciliar; Fluxo de contrarreferência de casos leves de COVID-19 para Atenção Primária; POP de limpeza hospitalar, POP de processamento de roupas, Protocolo de prevenção de infecção de corrente sanguínea; Protocolo de prevenção de infecção urinária; Protocolo de prevenção de pneumonia; Protocolo clínico gerenciado de sepse; Protocolo de intubação orotraqueal; POP transporte de paciente com suspeita ou confirmação de COVID-19; Rotina de admissão de caso de COVID-19; Rotina de disponibilização de EPI; Rotina de acompanhamento dos profissionais que atenderem a casos de COVID-19 pelo SOST.

Dúvidas dos SGQVS dos HUF devem ser direcionadas ao Serviço de Gestão da Qualidade da Ebserh Sede, por meio do endereço eletrônico: vigilancia.sede@ebserh.gov.br, ou pelo telefone (61) 3255-8535. Dúvidas dos SOST dos HUF devem ser direcionadas ao Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho da Ebserh Sede, por meio do endereço eletrônico: sostcap_dgp@ebserh.gov.br, ou pelo telefone (61) 3255-8283.

Atenciosamente,

CLÁUDIA SIQUEIRA BESCH

Médica do Trabalho

MARTA PINHEIRO LIMA

Chefe de Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho

LORENA BEZERRA CARVALHO

Enfermeira

MÁRCIA AMARAL DAL SASSO

Chefe de Serviço de Gestão da Qualidade

FÁBIO CAMPELO SANTOS DA FONSECA

Chefe de Serviço de Regulação Assistencial

RICARDO MALAGUTI

Chefe de Serviço de Gestão do Cuidado Assistencial

ROSEANE DO NASCIMENTO LIMA SANTOS

Coordenadora de Administração de Pessoal

ROSANA REIS NOTHEN

Coordenadora de Gestão Clínica

RODRIGO AUGUSTO BARBOSA

Diretor de Gestão de Pessoas

GIUSEPPE CESARE GATTO

Diretor de Atenção à Saúde

5. REFERÊNCIAS

AMIB. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Aumento da Capacidade de Atendimento aos Doentes Críticos em Situações de Desastres. Março, 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COVID-19). Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/04/2020-03-02-Boletim-Epidemiol-gico-04-corrigido.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COVID-19). Disponível em: http://maismedicos.gov.br/images/PDF/2020_03_13_Boletim-Epidemiologico-05.pdf Acesso em: 13 mar. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. Classificação de risco dos agentes biológicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério

da Saúde, 2017. 48 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes gerais para o trabalho em contenção com agentes biológicos / Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. — 3. ed. — Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 1 CD ROM : il. ; 4 3/4 64 p. : il. — (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (COVID-19). Tiragem: 1ª edição – 2020 – publicação eletrônica. Disponível em: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/05/Protocolo-de-manejo-clinico-para-o-novo-coronavirus-COVID-19.pdf> Acesso em: 11 fev. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública | COE-COVID-19. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fevereiro 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/coronavirus>

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). February 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>

ECDC. European Centre for Disease Prevention and Control. Risk assessment: Outbreak of acute respiratory syndrome associated with a novel coronavirus, Wuhan, China; third update 2020. Disponível em: www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/risk-assessment-outbreak-acute-respiratory-syndrome-associated-novel-1

ECDC. European Centre for Disease Prevention and Control. Guidelines for the use of non-pharmaceutical measures to delay and mitigate the impact of 2019-nCoV. February 2020. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/guidelines-use-non-pharmaceutical-measures-delay-and-mitigate-impact-2019-ncov>

F. Zhou et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet 2020; 395: 507–13

G. Kampf, D. Todt, S. Pfaeder, E. Steinmann Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and its inactivation with biocidal agents. J Hosp Infect (2020 Feb 6)

INFORME DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA SOBRE O NOVO CORONAVÍRUS – PERGUNTAS E RESPOSTAS PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE E PARA O PÚBLICO EM GERAL (Atualizado em 29/01/2020)

NOTA TÉCNICA Nº 04/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA 30.01.2020

Organização Mundial de Saúde. Advice on the use of masks the community, during home care and in health care settings in the context of the novel coronavirus (COVID-19) outbreak: Interim guidance. 29 de Janeiro, 2020.

Organização Mundial de Saúde. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (COVID-19) infection is suspected: Interim guidance. 28 de Janeiro, 2020.

PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE PACIENTES COM COVID-19 (Casos suspeitos/confirmados) Atualizado em 30/01/2019 2020. Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory infections in health care. 1.Guideline I.World Health Organization.

6. ANEXOS

ANEXO 1. TRATAMENTO E ATENDIMENTO

Até o momento não há medicamento específico para o tratamento da infecção humana pelo novo Coronavírus (COVID-19), no entanto, medidas de suporte devem ser implementadas. No atendimento, deve ser levado em consideração os demais diagnósticos diferenciais pertinentes e o adequado manejo clínico. Em caso de suspeita para Influenza, não retardar o início do tratamento com Oseltamivir nos pacientes com risco aumentado de complicações, conforme protocolo de tratamento de Influenza:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_tratamento_influenza_2017.pdf

O manejo clínico de síndrome respiratória pelo COVID-19 deve ser baseado no Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (COVID-19), disponível em: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/05/Protocolo-de-manejo-clinico-para-o-novo-coronavirus-COVID-19.pdf>

Para obter informações sobre ensaios clínicos específicos em andamento para o tratamento de pacientes com COVID-19, acessar: <https://www.clinicaltrials.gov/>.

ANEXO 2. NOTIFICAÇÃO E REGISTRO

A infecção humana pela COVID-19 é uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), segundo anexo II do Regulamento Sanitário Internacional. Portanto, trata-se de um evento de saúde pública de notificação imediata.

A notificação imediata deve ser realizada pelo meio de comunicação mais rápido disponível, em até 24 horas a partir do conhecimento de caso que se enquadre na definição de suspeito.

Para notificar pode-se utilizar o correio eletrônico do CIEVS (notifica@saude.gov.br), o meio telefônico local, caso a secretaria de saúde do estado ou município disponha de estrutura e fluxo e o Disque Notifica (0800-644-6645), meio telefônico nacional, 24 horas por dia durante todos os dias da semana.

O formulário constante na página eletrônica FormSUScap 2019-nCoV (<http://bit.ly/2019-ncov>), deve ser utilizado, para envio das informações padronizadas sobre casos suspeitos do novo coronavírus pelos serviços públicos e privados. Todas as informações inseridas serão disponibilizadas em tempo real para a Rede CIEVS que será responsável para encaminhar para a autoridade local responsável. Ao preencher o formulário eletrônico de notificação, baixar o arquivo em pdf da ficha de notificação e enviar eletronicamente para a autoridade local, sendo a notificação de unidade privada ou pública.

O código para registro de casos, CID-10, conforme as definições, será o U07.1. – Infecção humana pelo novo Coronavírus (COVID-19).

Ainda, os hospitais universitários federais da rede Ebserh **devem realizar a notificação no VIGIHOSP em até 24 horas** a partir do conhecimento de caso que se enquadre nas definições de caso suspeito.

FIGURA 2: Modelo de Vigilância

FASES DE RESPOSTA	MODELO DE VIGILÂNCIA	AÇÕES POR TIPO DE TRANSMISSÃO	
		Local	Comunitária
CONTENÇÃO limitar a transmissão do vírus	Identificação de casos relacionados a viagem ou contato próximo e domiciliar	Notificar FORMSUS2 e Coletar para RT-PCR	NA
	Identificação de casos na comunidade	SG (Casos negativos) e SRAG (todos) para RT-PCR	NA
MITIGAÇÃO evitar casos graves e óbitos	Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal	NA	Notificar SIVEP-GRIPE e Coletar
	Vigilância Universal de Síndrome Respiratória Grave	NA	Notificar SIVEP-GRIPE e Coletar

Fonte: Ministério da Saúde, 2020.

ANEXO 3. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

As medidas de resposta à COVID-19 incluem:

- Vigilância em saúde;
- Suporte laboratorial;
- Medidas de controle de infecção;
- Assistência à saúde;
- Assistência farmacêutica;
- Comunicação de risco; e
- Gestão.

Considerando-se as informações atuais disponíveis, é sugerido que via de transmissão pessoa a pessoa da COVID-19 ocorre por **gotículas e contato**. Qualquer pessoa em contato próximo (menos de 2 metros) com paciente suspeito ou confirmado de infecção humana pelo SARS-CoV-2, com sinais e sintomas respiratórios (tosse, espirros, etc) encontra-se em risco de exposição a gotículas potencialmente infecciosas. Há confirmação de transmissão comunitária no Brasil.

Com intuito de prevenir a propagação de quaisquer vírus respiratórios, o Ministério da Saúde recomenda medidas preventivas diárias:

- Higiene frequente das mãos com água e sabão, ou com preparação alcoólica;
- Evitar tocar olhos, nariz e boca sem higienização adequada das mãos;
- Evitar contato próximo com pessoas doentes;
- Cobrir a boca e nariz ao tossir ou espirrar, com cotovelo flexionado ou utilizando-se de um lenço descartável;
- Ficar em casa e evitar contato com pessoas quando estiver doente;
- Limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência.

ANEXO 4. ACESSO, CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E ESPERA DE ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE SAÚDE

Prioritariamente, os hospitais da Rede Ebserh deverão receber pacientes em estado crítico, com etiologia suspeita e/ou confirmada para COVID-19, mediante encaminhamento pela Central de Regulação local ou outro órgão regulador instituído pelo gestor local.

Nos casos em que houver entrada de pacientes por demanda espontânea ou em que o hospital esteja designado como referência para atendimento hospitalar a pacientes com COVID-19, o estabelecimento deverá adotar as medidas necessárias para admissão ou contrarreferenciamento do paciente, conforme designado nos Planos de Contingência locais.

Cada estabelecimento deverá adotar medidas para garantir que todos os casos suspeitos ou confirmado de infecção pelo SARS-CoV-2 ou outra infecção respiratória (por exemplo, febre e tosse) sigam os procedimentos de higiene respiratória, etiqueta da tosse e higiene das mãos durante todo o período que permanecerem na unidade.

Devem ser utilizados alertas visuais (por exemplo, cartazes, placas e pôsteres) na entrada dos serviços de saúde e em locais estratégicos (por exemplo, áreas de espera, elevadores e lanchonetes) para fornecer aos pacientes e acompanhantes/visitantes as instruções sobre higiene das mãos, higiene respiratória e etiqueta da tosse. Todos os pacientes que forem atendidos no serviços de saúde devem ser submetidos a classificação de risco imediata que reconheça precocemente um caso suspeito. Pacientes com sintomas respiratórios (por exemplo, febre e tosse) não devem aguardar atendimento entre outros pacientes, devendo ser encaminhados para um espaço segregado e bem ventilado, com fácil acesso a suprimentos de higiene respiratória, higiene das mãos e ofertada máscaras cirúrgicas.

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, apresenta diversos benefícios para os hospitais que a utilizam tais como:

- Garantir atendimento imediato do paciente com grau de risco elevado;
- Comunicar aos pacientes que não correm risco imediato o tempo estimado para atendimento;
- Estimular o trabalho colaborativo por meio da avaliação conjunta multiprofissional;
- Promover a discussão da ambiência e melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde e;
- Possibilitar o fortalecimento da pactuação das redes internas e externas de atendimento assistencial.

Nesse sentido, a classificação de risco poderá ser utilizada nos Serviços de Urgência e Emergência dos Hospitais da Rede Ebserh no intuito de auxiliar na identificação de casos graves, ofertando o cuidado adequado a esses pacientes conforme o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde.

De maneira adicional, a classificação de risco pode se constituir como ferramenta de apoio para identificação e redirecionamento, de maneira articulada com a regulação da atenção e do acesso, de casos leves e moderados para os demais pontos de atenção da rede organizados para esse fim, respeitando os fluxos e papéis definidos no âmbito dos planos de contingência locais.

Nesse período, com o aumento do número de pacientes com sintomas respiratórios é importante que os casos mais leves sejam atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (posto de saúde). Medida que irá prevenir o contato de casos entre pessoas em um ambiente hospitalar. É fundamental que os gestores promovam uma ampla comunicação com a sociedade orientando onde procurar a unidade de saúde em cada bairro ou município. O Plano de Contingência local deve prever os locais de atendimento de casos leves e moderados.

De acordo com o que se sabe até o momento, as seguintes orientações devem ser seguidas pelos serviços de saúde:

1. Garantir a classificação de risco e o isolamento rápidos de pacientes com sintomas suspeitos de infecção pelo COVID-19 ou outra infecção respiratória (por exemplo, febre e tosse):
 - Implementar procedimentos que detectem pacientes sob investigação para a COVID-19 antes da admissão do paciente (cadastramento, classificação de risco ou registro do paciente), visando a que todos os pacientes sejam questionados sobre a presença de sintomas de uma infecção respiratória e histórico de viagens internacionais ou contato com possíveis pacientes com a COVID-19.
 - Orientar adequadamente e o mais rapidamente possível sobre a realização da higiene respiratória e etiqueta da tosse (exemplo, disponibilização de máscara cirúrgica para o paciente).
 - Isolar o caso suspeito ou confirmado em uma sala especificamente destinada para pacientes com suspeita da COVID-19.
2. Fornecer suprimentos e infraestrutura para a higiene das mãos (como água e sabão e/ou álcool em gel), nas entradas dos serviços de saúde, salas de espera de pacientes e outros locais com grande circulação de pessoas.
3. Orientar sobre a necessidade da higiene das mãos frequente e adequada.
4. Orientar pacientes e profissionais de saúde a evitarem tocar olhos, nariz e boca.
5. Realizar limpeza e desinfecção de objetos e superfícies tocados com frequência por pacientes e equipes assistenciais.
6. Orientar profissionais de saúde para que evitem tocar superfícies próximas ao paciente (ex. mobiliário e equipamentos para a saúde) e aquelas fora do ambiente próximo ao paciente, com luvas ou outros EPI contaminados ou com as mãos contaminadas.
7. Orientar profissionais de saúde e profissionais de apoio a utilizarem equipamentos de proteção individual (EPI) durante a assistência direta aos pacientes, assim como quando tenham contato com o superfícies e materiais/produtos utilizados por eles e/ou por seus acompanhantes/visitantes.

Atenção: Não se deve circular pelo serviço de saúde utilizando os EPI. Estes devem ser imediatamente removidos após a saída do quarto, enfermaria ou área de isolamento.

ANEXO 5. ATENDIMENTO AMBULATORIAL OU PRONTO ATENDIMENTO

Instruir os pacientes e acompanhantes a informar, imediatamente à chegada ao serviço, se tiverem sintomas de alguma infecção respiratória (por exemplo, tosse, coriza, febre, dificuldade para respirar) e orientar sobre as ações preventivas apropriadas, por exemplo, usar máscara cirúrgica a partir da entrada do serviço. Para indivíduo que não pode tolerar uma máscara cirúrgica devido, por exemplo, à secreção excessiva ou falta de ar, deve-se orientá-lo a aplicar rigorosamente a higiene respiratória, ou seja, cobrir a boca e o nariz quando tossir ou espirrar com papel descartável e realizar a higiene das mãos.

Se um caso suspeito ou confirmado de infecção humana pela COVID-19 chegar via transporte móvel de urgência os profissionais que realizaram o atendimento pré-hospitalar devem comunicar sobre os sintomas para os serviços de atendimento ambulatorial ou de pronto atendimento.

As seguintes medidas devem ser seguidas pelos serviços de saúde que prestam atendimento ambulatorial ou de pronto atendimento aos casos suspeitos ou confirmados pelo novo coronavírus (COVID-19):

- Estabelecer critérios de classificação de risco para identificação e pronto atendimento dos casos;
- Orientar os profissionais de saúde quanto às medidas de precaução a serem adotadas;
- Disponibilizar máscara cirúrgica para os pacientes sintomáticos respiratórios e acompanhantes;
- Prover condições para higiene das mãos a todos pacientes e acompanhantes;
- Casos suspeitos da COVID-19 devem permanecer em área separada dos demais pacientes até a consulta ou encaminhamento para outra instituição de saúde;
- Orientar a todos pacientes com sintomas respiratórios a adotarem as medidas de etiqueta respiratória, que são:

- Ao tossir ou espirrar, cobrir o nariz e a boca com cotovelo flexionado ou lenço de papel;

- Utilizar lenço descartável para higiene nasal (descartar imediatamente após o uso e realizar a higiene das mãos);

- Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca.

- Realizar a higiene das mãos;
- Prover lenço descartável para higiene nasal na sala de espera;
- Prover lixeira com acionamento por pedal para o descarte de lenços;
- Prover dispensadores com preparações alcoólicas para a higiene das mãos (sob as formas gel ou solução) nas salas de espera e estimular a higiene das mãos após contato com secreções respiratórias;
- Prover condições para higiene simples das mãos: lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel toalha, papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual;
- Manter os ambientes ventilados;
- Eliminar ou restringir o uso de itens compartilhados por pacientes como canetas, pranchetas e telefones;
- Realizar a limpeza e desinfecção das superfícies do consultório e de outros ambientes utilizados pelo paciente;
- Realizar a limpeza e desinfecção de equipamentos e produtos para saúde que tenha sido utilizado na assistência ao paciente;
- Se houver necessidade de encaminhamento do paciente para outro serviço de saúde, sempre notificar previamente o serviço referenciado, adotando as medidas preventivas necessárias.

ANEXO 6. TRANSPORTE INTERINSTITUCIONAL OU ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DE URGÊNCIA

- Os pacientes sintomáticos respiratórios devem utilizar máscara cirúrgica a todo momento;
- Promover a melhor ventilação possível do veículo para aumentar a troca de ar durante o transporte;
- Os profissionais devem utilizar EPI quando em contato com caso suspeito;
- Realizar higiene das mãos com preparação alcoólica frequentemente;
- Limpar e desinfetar todas as superfícies internas do veículo após a realização do transporte. A desinfecção pode ser feita com álcool a 70%, hipoclorito de sódio ou outro desinfetante indicado para este fim e seguindo procedimento operacional padrão definido para a atividade de limpeza e desinfecção do veículo e seus equipamentos;
- Sempre notificar previamente o serviço de saúde para onde o caso suspeito ou confirmado será encaminhado.

ANEXO 7. DURANTE A ASSISTÊNCIA OU INTERNAÇÃO HOSPITALAR

A COVID-19 é transmitida pelo contato direto, principalmente por meio de gotículas respiratórias e pelo contato indireto por meio das mãos, objetos ou superfícies contaminadas, de forma semelhante a outros patógenos respiratórios. Desta forma, devem ser seguidas as orientações de Precauções Padrão, por Gotícula e Contato durante a assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados. No entanto, em situações e em ambientes que se realizem procedimentos **potencialmente geradores de aerossóis** em pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 acrescentar Precauções por Aerossóis.

- Os pacientes com sintomas de infecções respiratórias devem utilizar máscara cirúrgica desde a chegada ao serviço de saúde, na chegada ao local de isolamento e durante a circulação dentro do serviço (transporte dos pacientes de uma área/setor para outro);
- Utilizar precauções padrão para todos os pacientes: as precauções padrão assumem que todas as pessoas estão potencialmente infectadas ou colonizadas por um patógeno que pode ser transmitido no ambiente de assistência à saúde e devem ser implementadas para todos os casos suspeitos ou confirmados;
- Garantir a classificação de risco, reconhecimento precoce e controle da fonte (isolar pacientes com suspeita de COVID-19);
- Implementar precauções adicionais (para gotículas e contato) para casos suspeitos e confirmados de COVID-19;
- Implementar **precauções para aerossóis em situações especiais**:

- Procedimentos que induzem a tosse, intubação ou aspiração traqueal, ventilação não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, indução de escarro, coletas de amostras nasotraqueais.

- Os procedimentos que podem gerar aerossóis (coleta de amostra por ANF) devem ser realizados preferencialmente em uma unidade de isolamento respiratório com pressão negativa e filtro HEPA (High Efficiency Particulate Arrestance). Na ausência desse tipo de unidade, deve-se colocar o paciente em um quarto com portas fechadas e restringir o número de profissionais durante estes procedimentos. Além disso, deve-se orientar a obrigatoriedade do uso da máscara de proteção respiratória (respirador particulado) com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até 0,3µ (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3) pelos profissionais de saúde, acrescentado dos outros EPI.

Poderão ser utilizados os seguintes tipos de isolamento para os casos suspeitos ou confirmados de COVID-19:

1. ISOLAMENTO EM QUARTO PRIVATIVO

O isolamento dos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 deve ser realizado, preferencialmente em um quarto privativo com porta fechada e bem ventilado.

2. ISOLAMENTO POR COORTE

Considerando a possibilidade de aumento do número de casos, se o hospital não possuir quartos privativos disponíveis em número suficiente para atendimento de todos os casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo COVID-19, deve ser estabelecido o isolamento por coorte, ou seja, separar em uma mesma enfermaria ou área os pacientes com infecção COVID-19.

É fundamental que seja mantida uma distância mínima de 1 metro entre os leitos dos pacientes.

Restringir ao máximo o número de acessos a esta área, inclusive visitantes, com o objetivo de se conseguir um maior controle da movimentação de pessoas, evitando-se o tráfego indesejado e o cruzamento desnecessário de pessoas e serviços diferenciados.

Os profissionais de saúde que atuam na assistência direta aos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 devem ser organizados para trabalharem somente na área de isolamento por coorte.

Para maiores detalhes utilizar o Fluxograma de Atendimento de caso suspeito de COVID-19.

3. OUTRAS ORIENTAÇÕES

Os serviços de saúde devem manter um registro de todas as pessoas que prestaram assistência direta ou entram nos quartos ou na área de assistência desses pacientes;

O quarto, enfermaria ou área de isolamento deve ter a entrada sinalizada com alerta referindo Precaução por Contato, Gotícula e Aerossol (ou precaução indicada pela CCIRAS), a fim de evitar a passagem de pacientes e visitantes de outras áreas ou de profissionais que estejam trabalhando em outros locais do serviço de saúde. O acesso deve ser restrito aos profissionais envolvidos na assistência direta ao paciente.

Imediatamente antes da entrada do quarto, enfermaria ou área de isolamento devem ser disponibilizados:

- Condições para higiene das mãos: dispensador de preparação alcoólica (gel ou solução a 70%), lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel toalha, papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual;
- O EPI apropriado, conforme descrito neste documento;
- O Mobiliário para guarda de EPI.

Os serviços de saúde devem elaborar e disponibilizar de forma escrita normas e rotinas dos procedimentos envolvidos na assistência aos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, tais como: fluxo dos pacientes dentro do serviço de saúde, POP de colocação e retirada de EPI, POP de remoção e processamento de roupas/artigos e produtos utilizados na assistência, rotina e POP de limpeza e desinfecção de superfícies, rotinas e POP para remoção dos resíduos, POP de higiene de mãos simples, POP de higiene de mãos com preparação alcoólica, entre outros;

Os profissionais envolvidos na assistência aos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 devem ser capacitados quanto às medidas de prevenção que devem ser adotadas;

Os documentos de gestão da qualidade devem estar publicados na Intranet do hospital e/ou disponíveis para acesso para todos os profissionais da instituição;

Deve ser limitada a visitação a pacientes com suspeita de COVID-19. A presença de acompanhante para esses pacientes não é recomendada;

Deve ser restringida a entrada de acompanhantes/visitantes com doença respiratória aguda;

Deve ser restringida a atuação de profissionais da saúde com doença respiratória aguda;

Deverá ser escalado profissionais para atenderem casos suspeitos ou confirmados que já recebam o adicional de risco por agente biológico de grau máximo;

Pacientes e visitantes devem ser orientados a minimizar o risco de transmissão da doença, adotando ações já descritas neste documento;

Sempre que possível, equipamentos, produtos para saúde ou artigos utilizados na assistência aos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 devem ser de uso exclusivo, como no caso de estetoscópios, esfigmomanômetro e termômetros. Caso não seja possível o seu uso exclusivo, todos os produtos utilizados nestes pacientes devem ser limpos e desinfetados ou esterilizados antes de serem utilizados em outros pacientes;

Os pacientes devem ser orientados a não compartilhar pratos, copos, talheres, toalhas, roupas de cama ou outros itens com outras pessoas;

Não é recomendado o uso rotineiro de respirador, máscaras N95 e PFF2 fora dos locais de trabalho, fora da assistência em saúde e em setores dos hospitais em que não exista risco de contato com casos suspeitos ou confirmados de COVID-19. Na maioria das vezes, a disseminação de vírus respiratórios de pessoa para pessoa ocorre entre contatos próximos.

4. DURAÇÃO DAS PRECAUÇÕES E ISOLAMENTO

Até que haja informações disponíveis sobre a disseminação viral após melhora clínica, a descontinuação das precauções e isolamento deve ser determinada caso a caso, em conjunto com as autoridades de saúde locais, estaduais e federais.

Os fatores que devem ser considerados incluem: presença de sintomas relacionados de COVID-19, data em que os sintomas foram resolvidos, outras condições que exigiram precauções específicas (por exemplo, tuberculose), outras informações laboratoriais que refletem o estado clínico, alternativas ao isolamento hospitalar, como a possibilidade de recuperação segura em casa.

Para os pacientes imunocomprometidos ou que necessitem de internação prolongada por outras comorbidades, recomenda-se avaliar a possibilidade de repetir o PCR (teste molecular) antes de eventual liberação de isolamento, independente da ausência de febre e sintomas hospitalares, devido a possibilidade de excreção prolongada.

No momento não há informações sobre o tempo de permanência do vírus em cadáveres, portanto os cuidados em relação aos corpos e aos caixões devem ser os mesmos que em relação aos pacientes infectados.

Cada caso deve ser analisado pela equipe do CCIRAS do hospital.

5. PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS

A realização de coleta de amostra respiratória está indicada sempre que o paciente atenda a definição de caso suspeito de COVID-19 em serviços de saúde públicos e privados.

O profissional de saúde responsável pela coleta de amostras respiratórias deverá utilizar os seguintes EPI:

- Gorro descartável
- Óculos de proteção ou protetor facial
- Máscara do tipo N95, PFF2 ou equivalente
- Avental de mangas compridas
- Luva de procedimento

Recomenda-se a coleta de amostras de uma das seguintes possibilidades: amostra de aspirado nasofaríngeo (ANF), Swabs combinado (nasal/oral) e amostra de secreção respiratória inferior: escarro, lavado traqueal ou lavado bronco alveolar.

As amostras devem ser mantidas refrigeradas (4-8°C) e devem ser processadas dentro de 24 a 72 horas da coleta até chegar ao LACEN ou ao laboratório privado. Após esse período, recomenda-se congelar as amostras a -70°C até o envio ao laboratório, assegurando a manutenção da temperatura.

Para maiores detalhes acesse o Boletim Epidemiológico COE 02/Fev.2020 (<https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/10/Boletim-epidemiologico-SVS-10fev20-corrigido2.pdf>), item Vigilância Laboratorial.

ANEXO 8. CAPACITAÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O USO DE EPI

A Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho - SOST deve certificar-se de que os profissionais de saúde foram instruídos, treinados e tenham praticado o uso apropriado dos EPI antes de cuidar de um caso suspeito ou confirmado de COVID-19, incluindo atenção ao uso correto de EPI, teste de vedação da máscara N95 (quando for necessário o seu uso) e a prevenção de contaminação de roupas, pele e ambiente durante o processo de remoção de tais equipamentos.

Para auxílio do esclarecimento sobre a realização de procedimentos relacionados a Precauções Padrão, de Contato, por Gotículas e por Aerossol, incluindo higienização das mãos com água e sabão, solução alcoólica, colocação e retirada de EPI, sugere-se a visualização do material demonstrativo da Anvisa no link: https://www.youtube.com/watch?v=G_tU7nvD5BI&feature=youtu.be

ANEXO 9. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI

Considera-se equipamento de Proteção Individual – EPI todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo colaborador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho. Cabe ao colaborador usar o EPI apenas para a finalidade a que se destina; responsabilizar-se pela guarda e conservação; comunicar o empregador qualquer alteração que o torne impróprio para uso.

Os hospitais universitários federais da Rede Ebserh, na condução dos casos suspeitos, prováveis e confirmados, devem utilizar os EPI de acordo com o **Quadro 1** e considerar:

1. CAPOTE/AVENTAL

O capote ou avental deve ser de mangas longas, punho de malha ou elástico e abertura posterior. Além disso, deve ser confeccionado de material de boa qualidade, não alergênico, resistente, proporcionar barreira antimicrobiana efetiva e permitir a execução de atividades com conforto.

Recomenda-se a utilização de capote/avental impermeável quando houver intenção ou risco de contato do profissional com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções de forma a reduzir a possibilidade de transmissão de doenças infecciosas para o profissional, assim como, de paciente para paciente por meio do profissional.

O capote ou avental sujo deve ser removido e descartado após a realização do procedimento e antes de sair do quarto do paciente ou da área de assistência. Após a remoção do capote deve-se proceder a higiene das mãos para evitar a transmissão dos vírus para o profissional, pacientes e ambiente.

2. MÁSCARA CIRÚRGICA

Deve ser utilizada para evitar a contaminação da boca e nariz do profissional por gotículas respiratórias, quando o mesmo atuar a uma distância inferior a 2 metros do paciente suspeito, provável ou confirmado de COVID-19:

- Coloque a máscara cuidadosamente para cobrir a boca e o nariz e amarre com segurança adaptando ao rosto para minimizar os espaços entre a face e a máscara;
- Enquanto estiver em uso, evite tocar na máscara;
- Remova a máscara usando a técnica apropriada (ou seja, não toque na frente, mas remova sempre por trás);
- Após a remoção ou sempre que tocar inadvertidamente em uma máscara usada, deve-se realizar a higiene das mãos;
- Substitua as máscaras por uma nova máscara limpa e seca assim que tornar-se úmida;
- Não reutilize máscaras descartáveis.

Observação: Máscaras de tecido não são recomendadas, sob qualquer circunstância.

3. RESPIRADOR PARTICULADO

Quando o profissional atuar em ambientes de isolamento por coorte e em procedimentos com risco de geração de aerossol nos pacientes com infecção suspeita ou confirmada de COVID-19 deve utilizar a máscara de proteção respiratória (respirador particulado) com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até 0,3 micra (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3). São exemplos de procedimentos com risco de geração de aerossóis: intubação ou aspiração traqueal, ventilação não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coletas de secreções nasotraqueais e broncoscopias.

A máscara de proteção respiratória deverá estar apropriadamente ajustada à face. A forma de uso, manipulação e armazenamento deve seguir as recomendações do fabricante e nunca deve ser compartilhada entre profissionais, de acordo com as orientações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

- Etapas para Colocação da Máscara de Proteção Respiratória no Rosto:

1º Segurar o respirador com a pinça nasal próxima à ponta dos dedos deixando as alças pendentes;

2º Encaixar o respirador sob o queixo;

3º Posicionar um tirante na nuca e o outro sobre a cabeça;

4º Ajustar a pinça nasal no nariz;

5º Verificar a vedação pelo teste de pressão positiva.

- Verificação de Vedação pelo Teste de Pressão Positiva:

Cobrir o respirador com as mãos em concha sem forçar a máscara sobre o rosto e soprar suavemente. Ficar atento a vazamentos eventuais. Se houver vazamentos o respirador está mal colocado ou o tamanho é inadequado. A vedação é considerada satisfatória quando o usuário sentir ligeira pressão dentro da máscara e não conseguir detectar nenhuma fuga de ar na zona de vedação com o rosto.

- Etapas para a Retirada do respirador do rosto:

Estas orientações são específicas para patologias que requerem precauções de contato:

1º Segurar e remover o elástico inferior;

2º Segurar e remover o elástico superior;

3º Remover o respirador segurando-o pelos elásticos, sem tocar em sua parte frontal externa, descartando-o.

4. PROTETOR OCULAR OU PROTETOR DE FACE

Os óculos de proteção ou protetores faciais (que cubra a frente e os lados do rosto) devem ser utilizados quando o profissional for atuar a distância igual ou inferior a 2 metros de paciente suspeito ou confirmado de COVID-19. Também recomenda-se a utilização deste EPI quando houver risco de exposição do profissional a respingo de sangue, secreções corporais e excreções.

Os óculos de proteção ou protetores faciais devem ser exclusivos de cada profissional responsável pela assistência, devendo, após o uso, sofrer processo de limpeza com água e sabão/detergente e desinfecção. Sugere-se para a desinfecção com hipoclorito de sódio ou outro desinfetante recomendado pelo fabricante do equipamento de proteção.

5. LUVAS

As luvas de procedimentos não cirúrgicos devem ser utilizadas quando houver intenção ou risco de contato das mãos do profissional com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, mucosas, pele (íntegra ou não íntegra) e artigos ou equipamentos contaminados, de forma a reduzir a possibilidade de transmissão de SARS-CoV-2 para o profissional, assim como, de paciente para paciente por meio das mãos do profissional.

Quando o procedimento a ser realizado no paciente exigir técnica asséptica, devem ser utilizadas luvas estéreis (de procedimento cirúrgico).

As recomendações quanto ao uso de luvas por profissionais de saúde são:

- Troque as luvas sempre que for entrar em contato com outro paciente;
- Troque também durante o contato com o paciente, se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro limpo, ou quando esta estiver danificada;
- Nunca toque desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas;
- Não lave ou use novamente o mesmo par de luvas (as luvas não devem ser reutilizadas);
- O uso de luvas não substitui a higiene das mãos;
- Proceda à higiene das mãos imediatamente após a retirada das luvas;
- Observe a técnica correta de remoção de luvas para evitar a contaminação das mãos:
 1. Retire as luvas puxando a primeira pelo lado externo do punho com os dedos da mão oposta.
 2. Segure a luva removida com a outra mão enluvada.
 3. Toque a parte interna do punho da mão enluvada com o dedo indicador oposto (sem luvas) e retire a outra luva.

6. ORDEM DE COLOCAÇÃO DOS EPI:

1. Coloque o avental ou capote;
2. Coloque a máscara cirúrgica ou respirador;
3. Coloque os óculos de proteção ou máscara facial;
4. Coloque gorros, caso sejam necessários de acordo com procedimentos a serem realizados;
5. Coloque as luvas de procedimento ou estéril, de acordo com procedimentos a serem realizados, cobrindo os punhos do avental ou capote;

7. ORDEM DE RETIRADA DOS EPI:

6. Caso haja algum EPI com sujidade aparente ou altamente contaminado, inicie a remoção por este dispositivo;
7. Remova o capote e as luvas;
8. Higienize as mãos;
9. Remova o gorro, caso o tenha utilizado;
10. Remova os óculos de proteção ou máscara facial;
11. Remova a máscara cirúrgica ou respirador tocando-a apenas na parte posterior;
12. Higienize as mãos novamente.

QUADRO 1: EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) NO CONTEXTO DO COVID-19

QUADRO RESUMIDO DE ORIENTAÇÕES PARA ASSISTÊNCIA A CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE COVID-2019
PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS E ACOMPANHANTES:
<ul style="list-style-type: none"> - usar máscara cirúrgica sempre que tolerada até internação em quarto privativo; - usar lenços de papel (tosse, espirros, secreção nasal); - receber orientações de etiqueta respiratória; - higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido ou preparação alcoólica.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE:
<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos; - gorros, de acordo com procedimento; - óculos de proteção ou protetor facial; - máscara¹; - avental ou capote de mangas longas; - luvas de procedimento; - sapatos fechados <p>1. Os profissionais de saúde deverão utilizar máscaras N95, PFF2, ou equivalente, em ambientes e/ou em ambientes de realização de procedimentos geradores de aerossóis como por exemplo, intubação ou aspiração traqueal, ventilação não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coletas de amostras nasotraqueais. Para os demais ambientes e procedimentos assistenciais, utilizar máscara cirúrgica.</p>
PROFISSIONAIS DE APOIO (limpeza, nutrição, manutenção, etc), CASO PARTICIPEM DA ASSISTÊNCIA DIRETA AO CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO:
<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos; - óculos de proteção ou protetor facial; - máscara cirúrgica; - avental ou capote de mangas longas; - luvas de procedimento ou luvas de limpeza pesada; - botas ou sapatos fechados
PROFISSIONAIS DE LABORATÓRIO – Biossegurança:
<ul style="list-style-type: none"> - CSB II, 2B ou III - higiene das mãos; - avental ou capote; - luvas de procedimento; - gorro; - propé ou sapatilha
RECEPCIONISTAS, VIGILANTES OU OUTROS, CASO PARTICIPEM DO ACOLHIMENTO DOS PACIENTES NO SERVIÇO DE SAÚDE (entrevista presencial sem contato direto com pacientes):
<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos; - máscara cirúrgica; - aconselha-se manter distância superior a 2 metros

ANEXO 10. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Os profissionais de saúde devem realizar higiene de mãos, de acordo com os 5 momentos objetivando a segurança dos pacientes, evitando contaminação cruzada, e a segurança dos próprios colaboradores, evitando a auto-inoculação e contaminação de superfícies:

1. OS 5 MOMENTOS

1º Antes de tocar o paciente.

2º Antes de realizar procedimento limpo/asséptico: antes de manusear um dispositivo invasivo, independentemente do uso ou não de luvas. Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro, durante o atendimento do mesmo paciente.

3º Após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções: após contato com fluidos corporais ou excretas, membranas, mucosas, pele não íntegra ou curativo. Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente. Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas.

4º Após tocar o paciente: após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas.

5º Após tocar superfícies próximas ao paciente: após contato com superfícies e objetos inanimados (incluindo equipamentos para saúde) nas proximidades do paciente. Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas.

As mãos dos profissionais que atuam em serviços de saúde devem ser higienizadas utilizando-se água e sabonete líquido ou preparação alcoólica.

2. HIGIENE DAS MÃOS COM ÁGUA E SABONETE LÍQUIDO

A higiene das mãos com água e sabonete líquido é essencial quando as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou outros fluidos corporais e deve ser realizada

- Retirar acessórios (anéis, pulseiras, relógio), uma vez que sob estes objetos acumulam-se microrganismos não removidos com a lavagem das mãos.
- Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se na pia.

- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).

- Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si.

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

- Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais.

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

- Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando- se movimento circular e vice-versa.
- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa.
- Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.
- Secar as mãos com papel toalha descartável. No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha.
- Duração do procedimento: 40 a 60 segundos.

3. HIGIENE DAS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCOÓLICA

Deve-se higienizar as mãos com preparação alcoólica (sob as formas gel ou solução) quando estas NÃO estiverem visivelmente sujas.

- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente do produto para cobrir todas as superfícies das mãos.
- Friccionar as palmas das mãos entre si.
- Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.
- Friccionar as palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.
- Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos e vice-versa.
- Friccionar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa.
- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fazendo um movimento circular e vice-versa.
- Friccionar até secar espontaneamente. Não utilizar papel toalha.
- Duração do procedimento: 20 a 30 segundos.

ANEXO 11. ALTA HOSPITALAR

Os pacientes podem receber alta do serviço de saúde sempre que indicado clinicamente. O isolamento deve ser mantido em domicílio se o paciente voltar para casa antes de tomada a decisão de interromper as precauções baseadas na transmissão. A decisão da alta hospitalar do paciente para casa deve ser tomada em conjunto com a equipe médica do paciente, setor de vigilância em saúde do hospital e os departamentos de saúde pública locais ou estaduais, familiares e paciente, e deve incluir considerações sobre: a adequação do lar e a capacidade do paciente de aderir às recomendações de isolamento domiciliar e risco potencial de transmissão aos membros da família com condições imunocomprometidas.

Pacientes com comorbidades ou pertencentes a grupo de risco devem permanecer hospitalizados com avaliação clínica por pelo menos 24 horas para posterior encaminhamento domiciliar caso seja este o fluxo hospitalar de atendimento adotado.

ANEXO 12. AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DOS PROFISSIONAIS

Os serviços de saúde devem manter um registro de todas as pessoas que prestarem assistência direta ou entrarem nos quartos ou na área de assistência de pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19.

O SOST filiado à rede EBSEH deve considerar, de acordo com a avaliação do médico do trabalho ou médico examinador por este designado, como inaptidão relativa ou absoluta para o trabalho com estes pacientes, seja assistência direta ou atividades de apoio relacionadas, quando o colaborador tiver idade igual ou superior a 60 anos ou apresentar comorbidades como obesidade, câncer, diabetes, infecção pelo HIV, cardiopatia, asma (principalmente em uso de medicação), pneumopatias, hepatopatias, desordens hematológicas, nefropatias, neuropatias, transplantados, lesões em membros superiores, entre outras possíveis patologias.

Gestantes, imunodeficientes e profissionais da saúde com doença respiratória agudas não devem assistir pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19 de forma absoluta.

Os funcionários que apresentarem potencial exposição ao COVID-19, como em viagens, contato com familiares ou após assistência a pacientes com COVID-19 sem uso adequado dos EPIs, deverão ser avaliados, conforme tabela abaixo, para recomendações e restrições:

	Viagem ¹	Contato ² Domiciliar ou não Laboral	Contato ³ em Serviço de Saúde	Recomendações e Restrições
Alto e Médio Risco:	Viagem ¹ internacional; Em um avião, sentar-se a uma distância máxima de 2 metros de um paciente confirmado e sintomático com COVID-19	Viver numa mesma casa ou cuidar de um paciente com COVID-19 confirmado ² , mesmo que utilizando as recomendações de higiene	Profissional não utilizar máscara ou óculos protetor/protetor facial ⁴ ao ter contato ³ com paciente com COVID-19	Afastamento das atividades laborais por 7 dias em casos de viagens internacionais; Afastamento das atividades laborais por 14 dias nos casos de contato; Monitoramento ⁵ e evitar frequentar ambientes públicos por 14 dias; Distanciamento social, ou seja, manter 2 metros de distância de outra pessoa e evitar frequentar locais públicos por 14 dias.
Baixo Risco:	Em um avião, sentar-se a uma distância superior a 2 metros e inferior a de 3 fileiras de um paciente confirmado e sintomático com COVID-19	Ficar num mesmo ambiente (p. ex., classe de aula, sala de espera) com um paciente confirmado ² e sintomático a uma distância maior que 2 metros	Profissional não utilizar capote ou luva ao ter contato ³ com paciente com COVID-19	Monitoramento ⁵ por 14 dias; Distanciamento social, ou seja, manter 2 metros de distância de outras pessoas e evitar frequentar locais públicos com aglomerações, quando possível.
Sem risco identificável:	Apenas transitar em um aeroporto; ou Permanecer ou passar por uma pessoa com COVID-19 de maneira breve e/ou a uma distância maior que 2 metros.	Contato do contato, ou seja, pessoa que entrou em contato com pessoa assintomática com potencial exposição ao SARS-CoV-2	Profissional sem contato direto ou que não entra em ambientes de assistência e que adere as recomendações de segurança	Distanciamento social, ou seja, manter 2 metros de distância de outras pessoas e evitar frequentar locais públicos com aglomerações, quando possível.

1. As restrições relacionadas a viagens internacionais, ou seja, se o profissional fizer uma viagem internacional, necessidade de afastá-lo das atividades laborais por 7 dias.

2. Nos casos de contato com pacientes com suspeita de COVID-19, mas ainda aguardando resultado de exames laboratoriais confirmatórios, o profissional deverá realizar monitoramento (5) por até 72 horas. Se os resultados dos exames laboratoriais forem positivos ou demorem mais de 72 horas, classificar o contato do profissional entre as categorias de alto/médio ou baixo risco para recomendações e restrições.

3. Contato, para exposições ocupacionais de profissionais de saúde, é definido como: a) ficar a distância máxima de 2 metros de um paciente com COVID-19 por período igual ou superior a 15 minutos (como assistir ou permanecer em um ambiente a uma distância menor que 2 metros); ou b) ter contato direto, sem uso de EPI, com secreções ou excreções de paciente com COVID-19. Nos casos de contato com pacientes com suspeita de COVID-19, mas ainda aguardando resultado de exames laboratoriais confirmatórios, o profissional deverá

realizar monitoramento (5) por até 72 horas. Se os resultados dos exames laboratoriais forem positivos ou demorarem mais de 72 horas, classificar o contato do profissional entre as categorias de alto/médio ou baixo risco para recomendações e restrições.

4. Caso o paciente com COVID-19 estivesse utilizando máscara cirúrgica, ou seja, houve controle da fonte, a não utilização de óculos de proteção/protetor facial pelo profissional pode ser considerada como baixo risco (considerando que o profissional estivesse utilizando máscara adequadamente). Porém, se o paciente com COVID-19 estivesse sem máscara cirúrgica, o não uso de óculos de proteção pelo profissional classifica a exposição como médio risco.

5. Manter-se alerta quanto sintomas como dor de garganta, tosse ou dificuldade respiratória e aferir a temperatura corporal 2 vezes ao dia. Contactar, remotamente, a SOST ou CCIH/Vigilância do HU filiado a rede Ebserh o mais rapidamente possível nos casos de febre ou sintomas respiratórios.

Como medida de prevenção da propagação da infecção, a rede Ebserh, durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do COVID-19, os fluxos de comprovação de afastamento a serem adotados por todos os empregados, quando motivado por suspeita ou comprovação de COVID-19 ou potencial exposição ao SARS-CoV-2 deverão ter comunicação exclusivamente remota, por meio de abertura de processo SEI individual (processo sigiloso) em prazo de 3 dias úteis após a emissão do(s) documento(s):

- a)

Atestado Médico, preferencialmente com CID 10 ou descrição por extenso de infecção comprovada ou suspeita de SARS-CoV-2, ou Relatório/Parecer/Laudo Médico ou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com prescrição de medidas de isolamento ou quarentena domiciliar;
- b)

Resultado de exame laboratorial (prova ou contraprova) pessoal ou de familiar que resida em mesmo domicílio ou que o colaborador esteja cuidando;
- c)

Notificação Compulsória pessoal ou de familiar que resida em mesmo domicílio ou que o colaborador esteja cuidando;
- d)

Comprovação de regresso de outro país nos últimos 7 dias, como passagem aérea ou passaporte que comprove a entrada/saída do país;
- e)

Nome completo, SIAPE, telefone (preferencialmente celular pessoal com whatsapp), email, setor e chefia imediata.

A chefia imediata, em conjunto com o SOST, deverá avaliar o(s) documento(s) e emitir manifestação no processo SEI informando se houve homologação de atestado, afastamento das atividades laborais ou liberação para atividade externa. Após o término do afastamento, o colaborador deverá comparecer ao SOST para entrega do(s) documento(s) original(is) em até 72 horas e passar por avaliação da equipe da saúde.

Ainda visando dirimir a propagação local do SARS-CoV-2, as DivGPs poderão permitir a remarcação de férias mediante solicitação do empregado, anuência da chefia imediata, conquanto não haja prejuízos à empresa e dos serviços prestados, mesmo que fora do prazo estabelecido de 60 dias, durante o Período de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional ou quaisquer outro determinado pela Diretoria de Gestão de Pessoas (DGP).

ANEXO 13. PLANO DE CONTINGÊNCIA NACIONAL PARA INFECÇÃO HUMANA PELO NOVO CORONAVÍRUS SARS-COV-2

O Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo COVID-19 é composto por três níveis de resposta: Alerta, Perigo Iminente e Emergência em Saúde Pública. Cada nível é baseado na avaliação do risco do novo Coronavírus afetar o Brasil e seu impacto para a saúde pública. O Brasil já está no nível de resposta emergência de saúde pública de importância nacional (EPIN), que é dividido em duas fases:

Fase de contenção: quando a introdução da doença no país é uma questão de tempo. Por isso, todas as ações e medidas são adotadas para identificar oportunamente e evitar a dispersão do vírus, ou seja, as estratégias devem ser voltadas para evitar que o vírus seja transmitido de pessoa a pessoa, de modo sustentado.

Fase de mitigação: tem início a partir do registro de 100 casos positivos do novo coronavírus. As ações e medidas devem ser adotadas para evitar a ocorrência de casos graves e óbitos. Assim, medidas de atenção hospitalar para os casos graves e medidas restritivas individuais de isolamento e quarentena domiciliar para os casos leves, devem ser adotadas para evitar óbitos e o agravamento dos casos.

ANEXO 14. AUMENTO DA CAPACIDADE DE ATENDIMENTO AOS DOENTES CRÍTICOS

Durante uma situação de desastre devemos pensar nas seguintes questões chaves para aumento de capacidade de atendimento de doentes críticos (3 E's):

- Espaço: local, quantos pacientes e onde podemos melhor atender fora da UTI?
- Equipamentos: Quais e quantos?
- Equipe: quantitativo dos diferentes profissionais e EPI, escalas de trabalho.

A literatura sugere que as UTI possuam plano de contingência para aumento rápido da capacidade de atendimento por pelo menos 100% da capacidade habitual usando recursos locais, regionais e nacionais.

1. ESPAÇO:

Na situação de desastres os muitos pacientes podem necessitar de cuidados críticos fora da UTI. Áreas do hospital com capacidade de monitorização como unidade de recuperação pós-anestésica, unidades cardio-coronarianas devem ser os locais preferenciais para alocação de doentes críticos. Estas e outras unidades podem servir como UTI temporária e receber preferencialmente pacientes menos críticos (sem ventilação mecânica invasiva, suporte com drogas vasoativas ou monitorização neurointensiva por exemplo). Também como forma de aumentar espaço é sugerido a avaliação de possibilidade de suspensão/postergação de procedimentos cirúrgicos eletivos. As instituições devem ter planos de contingência para transformar leitos comuns em leitos de cuidados críticos, com estimativa de pessoal para essa cobertura.

2. EQUIPAMENTOS:

A aquisição rápida e em tempo hábil de grande número de equipamentos de UTI como respiradores, monitores e equipamentos de infusão contínua de medicações é muito pouco provável durante uma situação de pandemia com grande necessidade de UTI. Os equipamentos em estoque com os fornecedores não são em quantidade suficiente para todos. Equipamentos de ventilação mecânica não convencionais como os ventiladores para transporte de doentes e equipamentos de anestesia podem ser usados nas situações de grande demanda para suporte ventilatório de doente crítico. É importante realizar o levantamento prévio em todos os setores do hospital com todos os equipamentos de ventilação e monitorização disponíveis, em uso ou não. Durante uma situação de atendimento de doentes graves em massa, os cuidados com pacientes críticos que ocorreriam em uma situação dentro do habitual podem não ser possíveis ou pertinentes. O recurso limitado deve ser direcionado ao maior número possível de pacientes com probabilidade de benefício.

3. EQUIPE:

É um ponto característico da UTI a necessidade de equipe multiprofissional numerosa e altamente capacitada. Durante uma situação de uma epidemia pode ocorrer um grande aumento da necessidade destes profissionais e por um período prolongado, de semanas a meses. É recomendado que seja providenciado uma alternativa pelo hospital para cuidar dos familiares dos profissionais em situações de desastres. Além destas estratégias usualmente numa situação de catástrofe as férias ou licenças e folgas devem ser adiadas para outro momento. Além disso, medidas de restrição da circulação de pessoal sanitário como suspensão de eventos científicos, congressos e proibição de viagens, visando maximizar a disponibilidade de recursos humanos e minimizar o risco de contaminação. Outro recurso para uma situação de desastres é o aumento temporário de número de pacientes por profissional de saúde, estratificando para isto os pacientes de menor gravidade sempre que possível. Numa situação de pandemia onde o número de doentes críticos supera em muito a capacidade do profissional, pode ser necessário o recrutamento de profissionais de outras áreas para cuidado de pacientes críticos. Estes profissionais podem proporcionar cuidados não críticos principalmente, e sempre sob uma forma coordenada. Estas equipes devem ser coordenadas por um intensivista e por profissionais de enfermagem capacitados em terapia intensiva. O treinamento em tempo real durante uma catástrofe deve ser considerado para ampliar a capacidade de cuidado rapidamente, destacando os profissionais com esta habilidade. Na figura abaixo uma sugestão de distribuição dos profissionais pela força tarefa da epidemia Influenza de Ontário:

Os cuidados críticos habituais podem ser impossíveis em uma situação de catástrofe por diversos motivos, e o cuidado com suporte ventilatório e hemodinâmico básicos proporcionado de maneira adequada para o maior número de vítimas possíveis pode contribuir para a adequada utilização do escasso recurso de suporte ao doente crítico.

A tabela abaixo sugere as principais medidas para aumentar a capacidade da UTI distribuídas de acordo com a fase do evento:

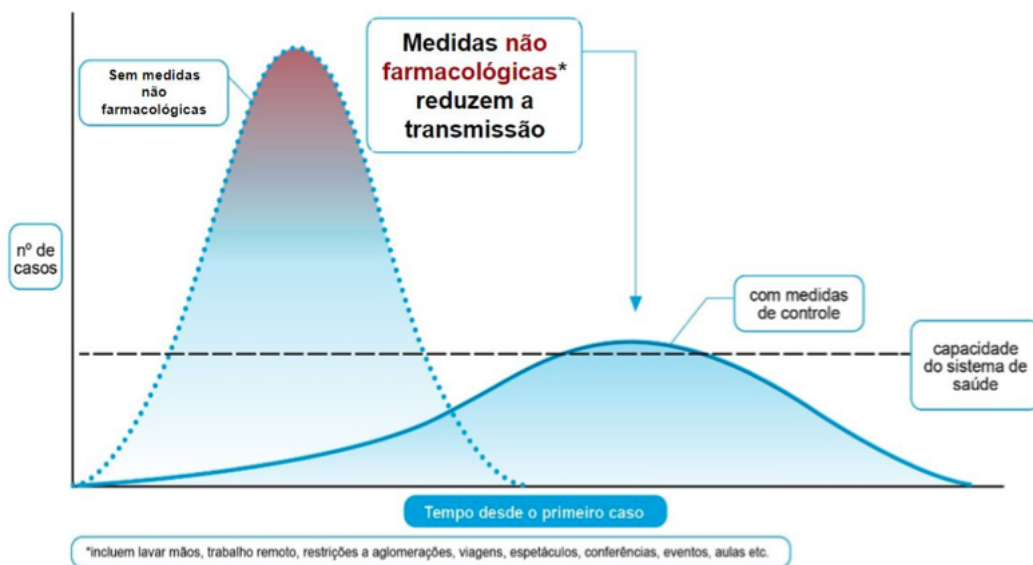
FASE DO EVENTO	PROVIDÊNCIAS
PREPARAÇÃO	Mapear todos profissionais com treinamento em UTI

	Definir as habilidades necessárias da equipe Reorganizar a divisão de trabalhos e tarefas, de acordo com habilidades necessárias Treinamento de outros membros da equipe do hospital Treinamento para procedimentos básicos de situação de cuidados intensivos de massa em situações de contingência Treinamento para interação com sistema de comando da situação
FASE AGUDA	Convocar profissionais afastados Limitação de atividades não-urgentes (procedimentos eletivos) e Realocação da equipe para cuidados intensivos Aumento da jornada de trabalho
FASE CRÔNICA	Evitar fadiga providenciando repouso adequado Proporcionar apoio e suporte para manter saúde mental da equipe

ANEXO 15. MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

As medidas não farmacológicas visam reduzir a transmissibilidade do vírus na comunidade e portanto retardar a progressão da epidemia. Ações como essa, além de reduzirem o número de casos, tem o potencial de reduzir o impacto para os serviços de saúde, por reduzir o pico epidêmico. Em estudos de modelagem matemática estima-se que uma redução de cerca de 50% dos contatos entre as pessoas teriam impacto significativo no número total de casos, uma vez que reduziram o R0 do COVID-19 para próximo de 1 (um). Além disso, as medidas não farmacológicas atrasam o pico da epidemia e reduzem a altura do pico, permitindo, dessa forma, uma melhor distribuição dos casos ao longo do tempo e o esgotamento dos serviços de saúde.

FIGURA 3: Impacto pretendido das medidas não farmacológicas em uma epidemia ou pandemia de COVID-19



Fonte: Ministério da Saúde, 2020.

ANEXO 16. CHECKLIST PARA PROFISSIONAIS QUE PRESTAM ASSISTÊNCIA A CASOS SUSPEITOS E CONFIRMADOS DA COVID-19

(Tradução e adaptação do documento: *Healthcare Personnel Preparedness Checklist for COVID-19 - Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*)

A lista a seguir destaca passos fundamentais para os profissionais de saúde em preparação para o transporte, chegada e atendimento de pacientes potencialmente infectados com COVID-19.

1. Mantenha-se atualizado a respeito das últimas informações sobre sinais e sintomas, testes de diagnóstico e definições de casos para COVID-19. (<https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/coronavirus>; <http://intranet.ebserh.gov.br/novo-coronavirus>)

2. Analise os protocolos de prevenção e controle de infecção humana por COVID-19 de acordo com essa Nota Técnica e atualizações do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e da Organização Mundial de Saúde. Adote as recomendações a seguir:

- Implementar rotina escrita para avaliação e classificação de risco de pacientes com sintomas respiratórios agudos;
- Implementar rotina escrita de isolamento de pacientes;
- Observar sinalização e correta aplicação de Precauções padrão, de contato, de gotículas e de aerossóis;
- Conhecer os EPI necessários para cada tipo de isolamento preconizado;
- Restringir visitas e acompanhantes a casos suspeitos e confirmados;
- Implementar medidas de controle para os pacientes (por exemplo, colocação de máscaras cirúrgicas em pacientes suspeitos);
- Reforçar conceitos relacionados aos procedimentos geradores de aerossol;
- Estar alerta para diagnosticar pacientes que preenchem as definições de caso suspeito durante admissão e durante o tratamento;
- Conhecer as ações necessárias para notificação e registro de um potencial caso suspeito de COVID-19;
- Registrar exposição ocupacional a casos suspeitos;
- Saber quem, quando e como procurar uma avaliação de saúde ocupacional após uma exposição desprotegida (ou seja, em que não aconteceu o uso recomendado do EPI) a um paciente suspeito ou confirmado de COVID-19;
- Restringir o número de profissionais em contato com casos suspeitos e confirmados durante o tratamento;
- Informar ao SOST diariamente os profissionais que prestaram assistência a casos suspeitos e confirmados conhecidos;
- Permanecer em casa, e notificar os serviços de saúde ocupacional, se estiver doente;
- Orientar a comunidade em como entrar em contato e receber informações a respeito do COVID-19.

ANEXO 17. ACOMPANHANTES

Fica restrito a 1 (um) visitante e 1 (um) acompanhante por paciente, para os casos previstos em lei, para toda instituição, no período da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional. Os turnos deverão ser de 12 horas, minimamente.

Os acompanhantes e visitantes devem ter entre 18 e 60 anos. Os casos excepcionais deverão ser avaliados pelo Superintendente ou profissional designado por ele.

ANEXO 18. FLUXOGRAMAS PARA ATENDIMENTO E DETECÇÃO PRECOCE DA COVID-19

FIGURA 4: Fluxograma para atendimento e detecção precoce da COVID-19 em pronto atendimento UPA 24 horas e unidade hospitalar não definida como referência proposto pelo Ministério da Saúde

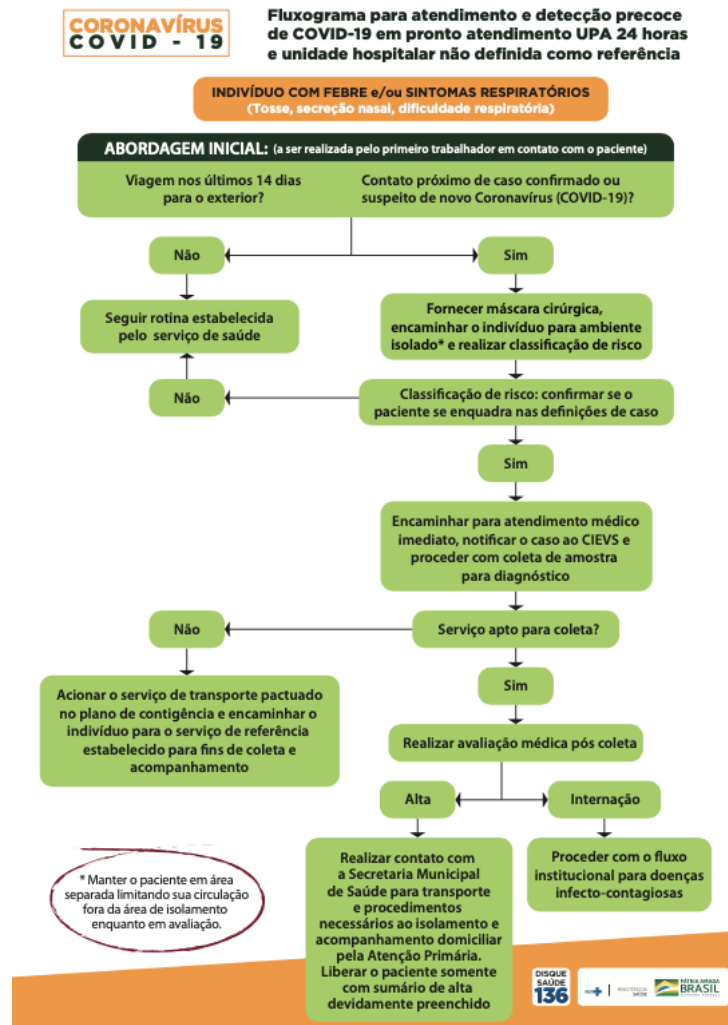


FIGURA 5: Fluxograma para atendimento e detecção precoce de COVID-19 em hospital de referência para indivíduos por demanda espontânea proposto pelo Ministério da Saúde

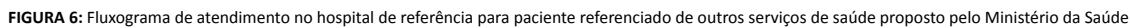
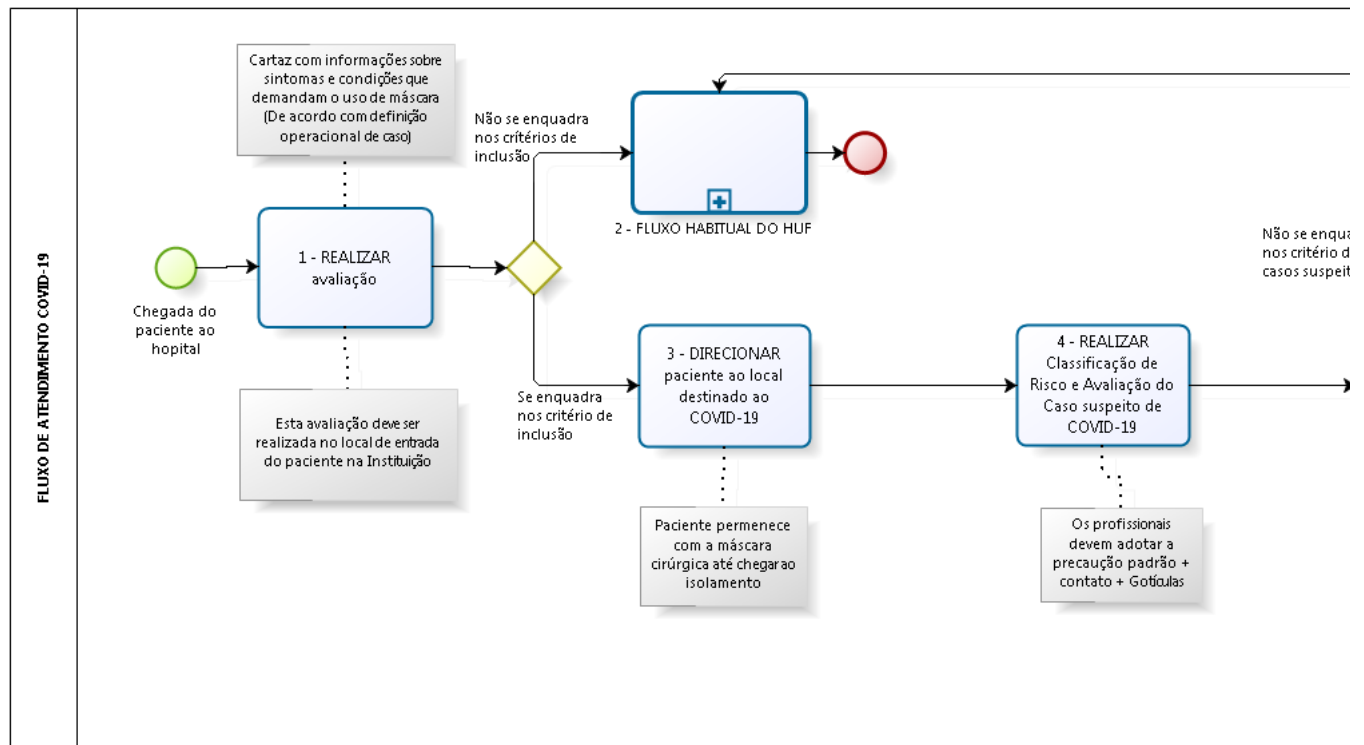


FIGURA 7: Fluxograma de atendimento de casos de COVID-19 proposto para rede Ebserh



Documento assinado eletronicamente por **Lorena Bezerra Carvalho, Enfermeiro(a)**, em 17/03/2020, às 16:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcia Amaral Dal Sasso, Chefe de Serviço**, em 17/03/2020, às 16:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ricardo Malaguti, Chefe de Serviço**, em 17/03/2020, às 16:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fabio Campelo Santos da Fonseca, Chefe de Serviço**, em 17/03/2020, às 16:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marta Pinheiro Lima, Chefe de Serviço**, em 17/03/2020, às 16:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Siqueira Besch, Médico(a) do Trabalho**, em 17/03/2020, às 16:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Giuseppe Cesare Gatto, Diretor(a)**, em 17/03/2020, às 16:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rosana Reis Nothen, Coordenador(a)**, em 17/03/2020, às 17:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Roseane do Nascimento Lima Santos, Coordenador(a)**, em 17/03/2020, às 17:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rodrigo Augusto Barbosa, Diretor(a)**, em 17/03/2020, às 18:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5699726** e o código CRC **CB8F4FAF**.

Referência: Processo nº 23477.000901/2020-52 SEI nº 5699726