

| | | | |
|---------------------|------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 1/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 | Próxima revisão: 22/06/2022 |
| | | Versão: 02 | |

SUMÁRIO

1. SIGLAS
2. OBJETIVOS
3. CONCEITOS
4. PLANO DE AÇÃO
5. REFERÊNCIAS
6. HISTÓRICO DE REVISÃO

| | | | |
|---------------------|------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 2/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 | Próxima revisão: 22/06/2022 |
| | | Versão: 02 | |

1. SIGLAS

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CGLAB : Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública

COVID-19: Doença causada pelo novo coronavírus 2019

EPI: equipamento de proteção individual

FR: frequência respiratoria

IgM: imunoglobulina M

IgG: imunoglobulina G

irpm: incursões respiratórias por minuto

LACEN: Laboratório Central de Saúde Pública Noel Nutels

MERS ou MERS-CoV - Síndrome Respiratória do Oriente Médio causada pelo Coronavírus

NO: Norma Operacional

OMS: Organização Mundial da Saúde

PGA: procedimentos geradores de aerossol

POP: Procedimento Operacional Padrão

PS: profissionais de saúde

RT-PCR: Real time - Polymerase Chain Reaction

SARS/SRAG: Síndrome Respiratória Aguda Grave

SARS-CoV: coronavírus 2002-2004

SARS-CoV-2: novo coronavírus 2019

SatO2: saturação de oxigênio

TC: tomografia computadorizada

2. OBJETIVOS

Este documento visa estabelecer o fluxograma de diagnóstico e medidas de prevenção de transmissão cruzada frente ao atendimento de possíveis casos suspeitos e/ou confirmados de SARS-CoV-2 no HUGG, assim como as medidas preventivas que visam proteger os nossos profissionais de saúde, colaboradores e demais pacientes na instituição.

| | | | |
|---------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 3/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 Versão: 02 | Próxima revisão: 22/06/2022 |

3. CONCEITOS

3.1. INTRODUÇÃO

Os coronavírus são uma grande família viral, conhecidos desde meados de 1960, que causam infecções respiratórias em seres humanos e em animais. Esses vírus receberam esse nome devido às espículas na sua superfície, que lembram uma coroa.

Até o início deste século havia quatro subtipos de coronavírus responsáveis por doenças respiratórias leves a moderadas em humanos, semelhantes a um resfriado comum. Em 2003 foi descrito um quinto subtipo de coronavírus, o SARS-CoV, responsável pela Síndrome Respiratória Aguda Grave (em inglês *Severe Acute Respiratory Syndrome*), e em 2012 um sexto subtipo, o MERS-CoV, responsável pela Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS).

O SARS-CoV-2 é uma nova cepa (sétima) de coronavírus que não havia sido previamente identificada em seres humanos. Surtos ou epidemias de novos vírus entre humanos são um desafio, principalmente quando pouco se sabe sobre as características do vírus, como ocorre sua transmissão, como tratá-lo e o quanto grave podem ser as infecções causadas por este vírus.

Essa cepa de coronavírus foi inicialmente identificada na cidade de Wuhan, na China, se espalhando por todo o mundo e chegando, até o dia 21/06/2020, a mais de nove milhões de casos e mais de 470.000 óbitos no mundo, e no Brasil a mais de 1 milhão de casos confirmados, e 50.000 óbitos (letalidade de 4,7%).

Para informações atualizadas em tempo real acesse o site do Ministério da Saúde: <https://covid.saude.gov.br/>

3.2. TRANSMISSÃO

Conforme as informações atualmente disponíveis, a via de transmissão pessoa a pessoa do SARS-CoV-2 ocorre por meio de gotículas respiratórias (expelidas durante a fala, tosse ou espirro) e também pelo contato direto com pessoas infectadas ou indireto por meio das mãos, objetos ou superfícies contaminadas, de forma semelhantes com que outros patógenos respiratórios se disseminam. Além disso, tem-se estudado a possibilidade de transmissão do vírus por meio de aerossóis (partículas menores e mais leves que as gotículas), gerados durante alguns procedimentos específicos. São considerados procedimentos geradores de aerossol (PGA):

Atualmente, já está bem definido que esse vírus possui uma alta e sustentada transmissibilidade entre as pessoas. Para infecções confirmadas pelo novo coronavírus, há relatos de pessoas que podem transmitir o vírus mesmo sem apresentar sintomas (assintomáticos). Embora a magnitude da transmissão por assintomáticos seja incerta, acredita-se que 30-50% das transmissões SARS-CoV-2 ocorrem a partir de pré-sintomáticos ou oligossintomáticos. Até o momento, não há

| | | | |
|---------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 4/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 Versão: 02 | Próxima revisão: 22/06/2022 |

informação suficiente de quantos dias anteriores ao início dos sinais e sintomas que uma pessoa infectada passa a transmitir o vírus, mas há recomendação da OMS de rastrear possíveis contactantes de um caso suspeito ou confirmado até dois dias antes do início dos sintomas.

3.3. PERÍODO DE INCUBAÇÃO

O período de incubação da COVID-19, tempo entre a exposição ao vírus e o início dos sintomas, é de 5 a 6 dias, em média, porém pode ser de 0 a até 14 dias.

3.4. DIAGNÓSTICO

3.4.1. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O reconhecimento precoce e o diagnóstico rápido são essenciais para fornecer cuidados de suporte em tempo hábil e impedir a transmissão. O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como Síndrome Gripal, na qual o paciente pode apresentar febre e/ou sintomas respiratórios. Casos mais leves de infecção por coronavírus podem parecer um resfriado comum, dificultando o diagnóstico.

Até o momento, os sinais e sintomas da COVID-19 mais comuns incluem: febre (83%-99%), tosse (59-82%), astenia (44-70%), anorexia (40%), mialgia (11-35%), dispneia (31-40%), secreção respiratória (27%), perda de paladar e/ou olfato (mais de 80%), além de outros sintomas tais como coriza, dor de garganta, diarreia, e dispnéia ou dificuldade respiratória (estes últimos sendo considerados sinais de alerta). Além disso, os idosos com COVID-19 podem apresentar um quadro diferente de sinais e sintomas do apresentado pelas populações mais jovens, como por exemplo, não apresentar febre.

É importante por isso a realização da anamnese detalhada e do exame físico desses pacientes. Pacientes com dificuldade respiratória podem apresentar taquicardia, taquipneia ou cianose acompanhada de hipóxia. Em casos mais graves a infecção pode causar pneumonia, insuficiência respiratória, síndrome respiratória aguda grave e até óbito.

Dessa forma, recomenda-se que o exame físico seja composto de:

- Avaliação do padrão respiratório: tosse e/ou dispneia;
- Aferição de temperatura axilar, frequência cardíaca, frequência respiratória e oximetria de pulso;
- Ausculta pulmonar, que pode revelar estertores inspiratórios ou expiratórios, respiração brônquica ou dificuldade respiratória na presença de pneumonia;

| | | | |
|---------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 5/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 Versão: 02 | Próxima revisão: 22/06/2022 |

- Avaliação de sinais de cianose e hipóxia.

A apresentação clínica pode variar de doença leve a moderada, sem necessidade de oxigenioterapia ou internação hospitalar e que representam aproximadamente 80% dos casos sintomáticos; doença grave em torno de 15% dos casos, que incluem os pacientes com pneumonia e hipoxemia, e necessitam de hospitalização; e doença crítica com falência respiratória (necessidade de ventilação mecânica), choque séptico e disfunção múltipla de órgãos em 5%.

TABELA 1. DEFINIÇÕES DE CASOS

CASOS SUSPEITOS COVID-19

Definição 1 – SÍNDROME GRIPAL (SG)

indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou **febre¹, mesmo que relatada**, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza OU dificuldade respiratória OU, em crianças, a obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

Definição 2 – Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

Indivíduo com critérios para Síndrome Gripal e que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU Pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. Em crianças além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

CASOS CONFIRMADOS COVID-19

POR CRITÉRIO LABORATORIAL

Caso suspeito de SG ou SRAG com teste confirmatório para SARS-CoV-2:

1. Biologia molecular (RT-PCR em tempo real) com resultado detectável para SARS-CoV2.
2. Imunológico (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos): com resultado positivo para anticorpos IgM e/ou IgG contra o SARS-CoV-2 em amostra coletada após o sétimo dia de início dos sintomas.

POR CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO

Caso suspeito de SG ou SRAG com:

Histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19 e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.

| | | | |
|---------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 6/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 Versão: 02 | Próxima revisão: 22/06/2022 |

CASO DESCARTADO

Caso suspeito de SG ou SRAG com resultado laboratorial negativo para CORONAVÍRUS (SARS-COV-2 não detectável pelo método de RT-PCR em tempo real), considerando a oportunidade da coleta OU confirmação laboratorial para outro agente etiológico, conforme definição do Ministério da Saúde, embora já haja na literatura científica evidencia de é possível ter coinfeção SARS-CoV-2 e outros vírus respiratórios.

¹FEBRE (definida como temperatura axilar acima de 37,8°C) pode estar ausente em alguns casos como, por exemplo, em pacientes idosos, imunossuprimidos ou que tenham feito uso de medicamento com ação antitérmica por outro motivo. Em idosos deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

3.4.2. EXAMES COMPLEMENTARES

a) DIAGNÓSTICO LABORATORIAL INESPECÍFICO

Em todos os pacientes com doença grave (aqueles que apresentam febre alta, pneumonia ou dificuldade de respirar, e que podem ser identificadas por SatO₂ < 92% e/ou FR > 22 irpm) e/ou pacientes que possuam fatores de risco para complicações clínicas (idade ≥ 65 anos e presença de comorbidades tais como: hipertensão, diabetes, doença pulmonar prévia, doença cardiovascular, doença cerebrovascular, imunossupressão, ou câncer) recomenda-se realizar as seguintes investigações iniciais:

- Gasometria arterial (avaliar presença de hipercarbica ou acidose);
- Glicemia;
- Ureia;
- Bilirrubina total e frações;
- D-dímero;
- Hemograma completo;
- Coagulograma (TAP e TTPa);
- Proteína C reativa (se disponível, procalcitonina sérica);
- Troponina sérica; e
- Lactato desidrogenase sérica

As anormalidades laboratoriais mais comuns em pacientes com doença grave são: leucopenia, linfopenia, leucocitose e transaminases hepáticas elevadas. Outras anormalidades incluem neutrofilia, trombocitopenia e elevação de creatinina sérica.

| | | | |
|---------------------|------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 7/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 | Próxima revisão: 22/06/2022 |
| | | Versão: 02 | |

b) DIAGNÓSTICO LABORATORIAL ESPECÍFICO

Atualmente, o diagnóstico laboratorial para COVID-19 inclui as técnicas de: testes moleculares de amplificação de ácido nucleico de SARS-CoV-2 por PCR em tempo real (RT-PCR); testes imunológicos (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos); e confirmação por sequenciamento parcial ou total do genoma viral, quando necessário.

A partir do momento que evidenciou-se a transmissão local e comunitária no Rio de Janeiro, passamos a fase de mitigação da COVID-19. Ou seja, para efeito de operacionalização do diagnóstico, serão testadas para SARS-CoV-2 todos os casos de SRAG, e os casos de síndrome gripal em profissionais de saúde. Só será feito o diagnóstico específico para SARS-CoV-2 nos quadros de síndrome gripal universal por amostragem, conforme rotina de coleta já prevista pela Rede Sentinela.

a) DIAGNÓSTICO POR RT-PCR

O teste recomendado para o diagnóstico laboratorial de COVID-19 é o teste RT-PCR (Real time - Polymerase Chain Reaction), que amplifica sequências de RNA do vírus, possibilitando sua identificação. Entretanto, deve-se observar que a sensibilidade do PCR é reduzida, quando são utilizadas amostras com baixa carga viral, e que esse teste possui algumas desvantagens, tais como o tempo necessário entre a coleta e a disponibilização do resultado, a necessidade de estrutura física especializada e de equipe técnica qualificada.

A acurácia diagnóstica do PCR para o diagnóstico laboratorial de COVID-19 parece ser influenciada pelo tipo de amostra coletada para a realização do teste e do tempo de evolução do quadro. A amostra clínica preferencial para investigação laboratorial é a secreção da nasofaringe. Considerando a sazonalidade dos vírus respiratórios, esta coleta deve ser realizada até o 7º dia após o aparecimento dos primeiros sinais ou sintomas. Deve-se ressaltar que as técnicas empregadas na realização dos testes de RT-PCR também podem influenciar na acurácia diagnóstica do teste.

A investigação de infecções respiratórias a partir de pacientes com suspeita de infecção por SARS-CoV-2 devem seguir as recomendações de Biossegurança destinadas aos profissionais de saúde que trabalham com agentes infecciosos. E constitui a primeira linha de proteção, os equipamentos de proteção individual (EPI): Gorro descartável, Óculos de proteção, Máscara do tipo N95, FFP2 ou similar, Luva de procedimento, Avental de mangas compridas, e calçados fechados. Todos os procedimentos técnicos devem ser realizados de modo a minimizar a geração de aerossóis e gotículas.

Para a detecção do vírus SARS-CoV-2 por RT-PCR em tempo real, a coleta de amostras deve ser realizada quando o paciente está na fase aguda da infecção, preferencialmente do 3º ao 7º dia após o início dos sintomas, podendo ser realizada até o 10º dia. Após o 7º dia de aparecimento dos sintomas a sensibilidade de metodologia diminui significativamente, não sendo recomendável a coleta fora desse período, ficando a cargo da equipe de CCIH e vigilância epidemiológica local

| | | | |
|---------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 8/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 Versão: 02 | Próxima revisão: 22/06/2022 |

avaliar a necessidade da coleta ou não.

Após a coleta, as amostras para diagnóstico molecular (tanto de trato respiratório superior quanto inferior) devem ser mantidas refrigeradas (2-8°C) até o processamento, que não deve ultrapassar 72 horas após a coleta. Idealmente as amostras devem ser encaminhadas ao LACEN no mesmo dia da coleta. A embalagem para o transporte de amostras de casos suspeitos com infecção por SARS-CoV-2 devem seguir os regulamentos de remessa para Substância Biológica UN 3373, Categoria B, devendo ser transportadas em caixas (térmicas) de paredes rígidas, sob a temperatura adequada de refrigeração (4 °C a 8 °C) até a chegada ao LACEN.

Na impossibilidade de processamento dentro desse período, recomenda-se congelar as amostras a -70°C. Caso haja necessidade de transporte das amostras deve-se assegurar a manutenção da temperatura. É importante evitar o congelamento e descongelamento sucessivos da amostra.

O LACEN estará priorizando o processamento de amostras de pacientes internados em estado grave, óbitos e profissionais de saúde, devendo os municípios encaminhar listagem dos casos a serem priorizados para o e-mail cvesesrj@gmail.com

Seguindo as recomendações da OMS e do CDC, a Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública recomenda que haja racionalização do uso de swabs, através da utilização de dois swabs, sendo um para nasofaringe, ou seja, um swab para as duas narinas e um swab para orofaringe.

Os tipos de amostras clínicas aceitáveis e preconizadas para diagnóstico de COVID-19, conforme recomendações da OMS, são:

i. TRATO RESPIRATÓRIO SUPERIOR (SWABS DE NASOFARINGE E OROFARINGE)

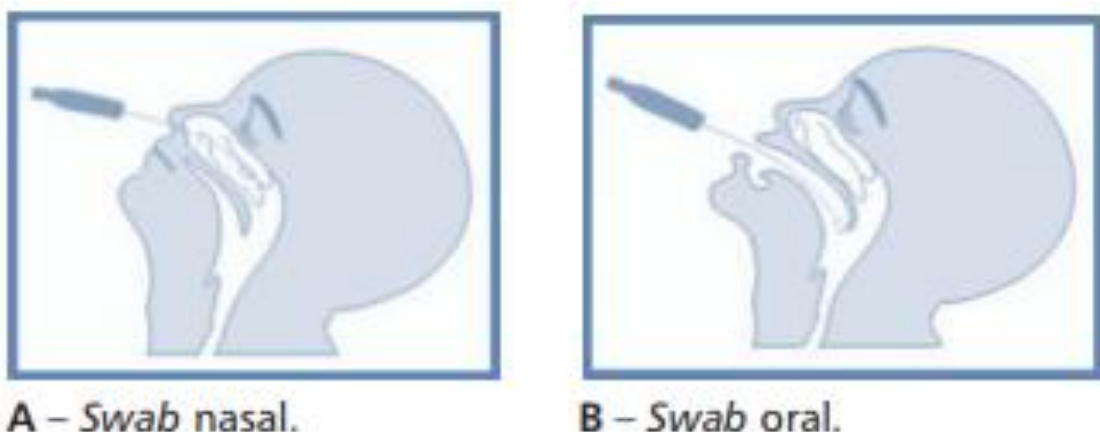


Figura 1. Técnica para a coleta de swab combinado. FONTE: Brasil, 2016

O processo de coleta é um dos pontos críticos para o resultado do exame. Uma coleta inadequada, com uso do swab na porção mais externa da cavidade nasal ou na língua, leva a obtenção de baixo ou nenhum material viral, que não será detectado mesmo por métodos tão sensíveis como métodos moleculares.

| | | | |
|---------------------|------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 9/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 | Próxima revisão: 22/06/2022 |
| | | Versão: 02 | |

Para coleta de amostras de trato respiratório superior devem ser utilizados swabs de fibra sintética (rayon) com haste de plástico. Não devem ser usados swabs de alginato de cálcio ou com hastes de madeira, pois eles podem conter substâncias que inativam alguns vírus e inibem o teste de PCR.

➤ **Passo a passo para coleta de swab nasal:**

- O profissional que realizar a coleta deve examinar a fossa nasal do paciente com o intuito de verificar a presença de secreções e a posição do corneto inferior e médio. A inspeção é feita deslocando-se a ponta do nariz para cima com o dedo polegar e inclinando-se a cabeça do paciente. Pedir para o paciente assoar (limpar) o nariz com lenço de papel descartável caso haja secreções. O objetivo do swab é colher um esfregaço de células e não secreção nasal.
- Conforme recomendação da OMS, CDC e CGLAB/SVS/MS, utilizar apenas um swab por paciente, para as duas narinas.
- Introduzir o swab em uma das narinas (cerca de 5 cm), direcionando-o para cima (direção dos olhos), com uma angulação de 30 a 45° em relação ao lábio superior e realizar movimentos rotatórios delicados, pressionando-o contra a parede lateral do nariz (em direção à orelha do paciente) para captação de células da nasofaringe e absorção da secreção respiratória. É importante certificar-se que o swab ultrapassou superiormente o corneto inferior atingindo o meato médio.
- Repetir o procedimento com o mesmo swab na outra narina.
- Remover o coletor do nariz do paciente cuidadosamente e introduzi-lo, imediatamente, no tubo com meio de transporte viral.
- Acondicionar os frascos contendo os swabs em saco plástico transparente descartável antes de acondicioná-los na caixa térmica para transporte. Após o uso, a mesma deverá sofrer desinfecção com álcool 70%

ii. TRATO RESPIRATÓRIO INFERIOR (ASPIRADO DA NASOFARINGE OU LAVADO BRONCOALVEOLAR)

Em pacientes hospitalizados o Ministério da Saúde recomenda a coleta de lavado broncoalveolar como amostra preferencial ao swab. O processo de coleta dessa amostra é menos passível de erros que a coleta de swabs favorecendo assim, resultados com maior acurácia para RT-PCR. Por se tratar de procedimento delicado, que requer utilização de equipamentos específicos a coleta deve ser realizada por médicos.

| | | | |
|---------------------|-----------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 10/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 | Próxima revisão: 22/06/2022 |
| | | Versão: 02 | |

➤ **Passo a passo para coleta de aspirado de nasofaringe**

- A coleta do ANF é um processo indolor, podendo apenas provocar lacrimejamento reflexo. O coletor descartável de muco (“bronquinho”) deve ser acoplado a uma sonda uretral nº 6 com apenas um orifício na extremidade para a obtenção da secreção.
- A aspiração pode ser realizada com bomba aspiradora portátil ou vácuo de parede hospitalar. Não utilizar uma pressão de vácuo muito forte.
- Durante a coleta, a sonda é inserida na narina até atingir a região da nasofaringe (6 a 8 cm), quando então o vácuo é aplicado aspirando a secreção para o interior do coletor. Esse procedimento deverá ocorrer em ambas as narinas, mantendo movimentação da sonda para evitar que haja pressão diretamente sobre a mucosa, evitando sangramento. Alternar a coleta nas duas fossas nasais até obter um volume suficiente, aproximadamente 1 mL de ANF. O vácuo deve ser aplicado após a sonda localizar-se na nasofaringe, tendo em vista que, se no momento da introdução da sonda houver vácuo, poderá ocorrer lesão da mucosa.
- Após obter secreção de ambas as narinas, aspirar o meio de transporte viral para o interior do coletor (“bronquinho”) com a mesma sonda. Descartar a sonda em lixo adequado e vedar o orifício do coletor com a extremidade da borracha
- Acondicionar o coletor em saco plástico transparente descartável antes de acondicioná-lo na caixa térmica para transporte. Após o uso, a mesma deverá sofrer desinfecção com álcool 70%

Observação: Os profissionais devem ficar atentos à retirada da sonda de ANF, pois a extremidade introduzida nas vias respiratórias do paciente contém material nasofaríngeo potencialmente contaminado em sua parte externa.



Figura 2. Ilustração da técnica para a coleta de aspirado nasofaríngeo. FONTE: Brasil, 2016

| | | | |
|---------------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 11/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 | Próxima revisão: 22/06/2022 |
| | | Versão: 02 | |

b) DIAGNÓSTICO POR EXAMES SOROLÓGICOS

Os testes sorológicos com identificação de anticorpos IgM e IgG ao SARS-CoV-2, aplicados como testes rápidos ou processados em laboratório, não são recomendados para a confirmação diagnóstica de pacientes com sintomas de início recente, mas apenas para finalidade de vigilância por meio de estudos de inquéritos populacionais e também como auxílio diagnóstico. Embora esses testes apresentem boa acurácia diagnóstica em pacientes com tempo de evolução do quadro superior a oito dias, o tempo de janela imunológica reduz a sensibilidade do teste, quando aplicado em fases mais precoces. O papel dos testes rápidos no rastreamento de pessoas assintomáticas ou na identificação de pessoas com anticorpos IgM com o intuito de presumir imunidade adquirida permanece incerto.

Os Testes rápidos (IgM/IgG) são testes imunocromatográficos. No caso dos testes rápidos para o novo coronavírus, são dispositivos de uso profissional, manuais, de fácil execução, que não necessitam de outros equipamentos de apoio, como os que são usados em laboratórios, e que conseguem dar resultados entre 10 e 30 minutos, e podem auxiliar o mapeamento da população “imunizada” (que já teve o vírus ou foi exposta a ele).

Testes rápidos positivos indicam que você teve contato recente com o vírus (IgM) ou que você já teve Covid-19 e está se recuperando ou já se recuperou (IgG), uma vez que indicam a presença de anticorpos (defesas do organismo). Ainda assim, o teste pode ser positivo indicando que você teve contato com OUTROS coronavírus e não com o SarsCoV-2 / Covid-19 (falso positivo).

Os testes devem ser aplicados em pessoas cujos sintomas compatíveis com Síndrome Gripal tenham se iniciado há pelo menos 8 dias. Nos casos de profissionais de saúde e segurança pública, solicita-se adicionalmente que a pessoa esteja há 72h assintomático. A necessidade de atingir 72 horas de período assintomático, antes da realização do teste, se deva a evidência de redução importante da viremia após 72 horas do fim dos sintomas. Essa medida permite que o grau de transmissibilidade seja reduzido, mesmo na eventualidade de um resultado falso-negativo

c) EXAMES DE IMAGEM

Todos os exames de imagem devem ser realizados de acordo com os procedimentos locais de prevenção e controle de infecções para impedir a transmissão cruzada. Para os pacientes assintomáticos ou sintomáticos leves não se deve orientar a realização de qualquer exame de imagem.

i. Radiografia do tórax

Recomenda-se solicitar radiografia de tórax em todos os pacientes com suspeita de pneumonia. Podemos encontrar infiltrados pulmonares unilaterais em 25% e bilaterais em 75% dos pacientes.

| | | | |
|---------------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 12/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 | Próxima revisão: 22/06/2022 |
| | | Versão: 02 | |

ii. Tomografia computadorizada (TC) do tórax

Recomenda-se solicitar uma tomografia computadorizada do tórax em todos aqueles pacientes com acometimento do trato respiratório inferior (ausculta pulmonar alterada, SatO₂ < 92% e/ou FR > 22 irpm). Achados anormais de tomografia computadorizada do tórax foram relatados em até 97% dos pacientes.

A tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) do tórax não deve ser usada, isoladamente, para diagnóstico de COVID-19, nem tampouco deve ser realizada isoladamente para rastreamento da doença. Para se definir um diagnóstico de COVID-19 é preciso estar pautado nas informações clínico-epidemiológicas associado aos exames RT-PCR e/ou sorologia quando disponíveis e validados. O exame de TCAR pode ser auxiliar nesta definição diagnóstica, porém precisa ser cuidadosamente correlacionado com os dados clínicos e laboratoriais.

Para os pacientes sintomáticos moderados que não tenham acesso a testes laboratoriais ou com PCR negativo, o papel da tomografia computadorizada ainda não está bem definido, porém poderá ser realizado conforme orientação clínica. Nos pacientes hospitalizados, sintomáticos, com quadro moderado ou grave, a tomografia computadorizada pode ser indicada, especialmente para avaliar suspeita de complicações como tromboembolia pulmonar, sobreposição de infecção bacteriana entre outros, além de auxiliar no descarte de outros diagnósticos diferenciais.

Quando indicada, o protocolo é uma tomografia de alta resolução, preferencialmente com protocolo de baixa dose. O uso de meio de contraste endovenoso não está indicado, devendo ser reservado para situações específicas, após avaliação do médico radiologista.

Os achados de exames sistemáticos de TC para pacientes com suspeita de infecção por COVID-19 ou nos casos confirmados não influenciam desfechos. Até o momento, não há estudos que sustentem os achados tomográficos como preditores de evolução clínica.

A TC não deve ser usada como controle de tratamento, exceto em casos suspeitos de complicações, como mencionado acima. Ambos, PCR e tomografia computadorizada, não tem valor preditivo negativo suficientemente elevado para retirar pacientes suspeitos de isolamento.

Os achados tomográficos dependem da fase da doença. Contados a partir do início dos sintomas, os achados serão mais frequentes nas fases intermediária (3 a 6 dias) e tardia (a partir de 7 dias), sendo este um dos fatores que explicam a variabilidade da sensibilidade relatada até aqui, entre 60 a 96%.

Sugere-se que os relatórios de exames de imagem, coloquem em sua conclusão se os achados são sugestivos de processo infeccioso ou não; é recomendado que os relatórios de exames de imagem, em pacientes com suspeita de infecção pelo SARS-Cov-2, apresentem na sua conclusão uma das seguintes alternativas:

- Achados sugestivos de processo infeccioso de etiologia viral;
- Achados indeterminados para processo infeccioso de etiologia viral;
- Achados não habituais em processo infeccioso de etiologia viral.

| | | | |
|---------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 13/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 Versão: 02 | Próxima revisão: 22/06/2022 |

TABELA 2. ACHADOS TOMOGRÁFICOS NAS DIFERENTES FASES DA COVID-19.

| Fase inicial (1-2 dias) | Fase intermediária (3-6 dias) | Fase tardia (7-14) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - Podem ser normais em 40-50%. - Opacidades focais com atenuação em vidro fosco ou consolidações em cerca de 17% dos casos; - Opacidades multifocais bilaterais (cerca de 28%); - As lesões pulmonares têm distribuição periférica em cerca de 22% dos casos. | <ul style="list-style-type: none"> - TC pode ser normal entre 10 a 25% dos casos; - Consolidação em cerca de 55% dos casos; - Acometimento é bilateral, em sua maioria (cerca de 76%), com distribuição periférica (64%); - Opacidades reticulares em aproximadamente 9% dos casos. | <ul style="list-style-type: none"> - TC pode ser normal em até 5% dos casos; - Consolidação ocorre em até 60% dos casos; - O envolvimento é bilateral em cerca de 88%, com distribuição periférica em 72%; - Opacidades reticulares em 20-48%. - Padrão de pavimentação em mosaico em 5 a 35% dos casos (“crazy paving”). |

4. PLANO DE AÇÃO

4.1. MANEJO DE CASOS SUSPEITOS E CONFIRMADOS

4.1.1. MEDIDAS DE PREVENÇÃO, ISOLAMENTO E CONTROLE

- a) **Na admissão, na triagem, na espera e atendimento ambulatorial, durante toda a assistência prestada.**

Ao agendar consultas ambulatoriais a distância (por telefone, por exemplo), questione se os pacientes apresentam sintomas de infecção respiratória (tais como: tosse, coriza, dificuldade para respirar). Esses pacientes devem ser orientados, caso seja possível, a adiar a consulta para depois da melhora dos sintomas ou procurar um serviço de emergência se apresentar sinais de alerta. Também deve ser orientado que todo paciente deve ir ao serviço usando máscara e permanecer com esta durante a permanência no serviço de saúde.

Na chegada ao serviço de saúde, instruir os pacientes e acompanhantes a informar se estão com sintomas de infecção respiratória (por exemplo, tosse, coriza, dificuldade para respirar). Nesses casos, devem ser tomadas as ações preventivas apropriadas, por exemplo, o uso da máscara cirúrgica a partir da entrada do serviço, se puder ser tolerada. Caso o indivíduo não possa tolerar o uso da máscara cirúrgica devido, por exemplo, à presença de secreção excessiva ou falta de ar, deve-se orientá-lo a realizar rigorosamente a higiene respiratória/etiqueta da tosse, ou seja, cobrir

| | | | |
|---------------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 14/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 | Próxima revisão: 22/06/2022 |
| | | Versão: 02 | |

a boca e o nariz quando tossir ou espirrar com papel descartável e realizar a higiene das mãos com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica para as mãos.

É recomendado o uso de alertas visuais (cartazes, placas e pôsteres etc.) na entrada dos serviços de saúde e em locais estratégicos (áreas de espera, elevadores, lanchonetes etc.) com informações sobre: principais sinais e sintomas da COVID-19; forma correta para a higiene das mãos com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica para as mãos a 70% e sobre higiene respiratória/etiqueta da tosse.

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

- Implementar procedimentos de triagem para detectar pacientes com suspeita de infecção pelo SARS-CoV-2, antes mesmo do registro do paciente: garantir que todos os pacientes sejam questionados sobre a presença de sintomas de uma infecção respiratória ou contato com possíveis pacientes com o novo coronavírus.
- Garantir o isolamento rápido de pacientes com sintomas de infecção pelo SARSCoV-2 ou outra infecção respiratória (por exemplo, tosse e dificuldade para respirar).
- Garantir que pacientes com sintomas suspeitos de infecção pelo SARS-CoV-2 ou outra infecção respiratória não fiquem esperando atendimento entre os outros pacientes. Identifique um espaço separado e bem ventilado que permita que os pacientes sintomáticos em espera fiquem afastados (pelo menos 1 metro de distância entre cada pessoa) e com fácil acesso a suprimentos de higiene respiratória e higiene das mãos. Estes pacientes devem permanecer nessa área separada até a consulta ou encaminhamento para o hospital (caso seja necessária a remoção do paciente).
- Fornecer suprimentos e orientações para higiene respiratória/etiqueta da tosse. Prover máscara cirúrgica, para pacientes com sintomas de infecção respiratória (tosse, espirros, secreção nasal, etc), caso o paciente não estiver usando máscara cirúrgica ou se estiver usando uma máscara cirúrgica suja ou úmida. Os acompanhantes e pacientes sintomáticos devem utilizar a máscara cirúrgica durante toda a sua permanência na unidade e estas devem ser trocadas sempre que estiverem sujas ou úmidas.
- Prover lenço descartável para higiene nasal na sala de espera. Prover lixeira com acionamento por pedal para o descarte de lenços de papel.
- Prover dispensadores com preparações alcoólicas para a higiene das mãos 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.
- Orientar os pacientes a adotar as medidas de higiene respiratória/etiqueta da tosse:
 - o Se tossir ou espirrar, cobrir o nariz e a boca com cotovelo flexionado ou lenço de papel;

| | | | |
|---------------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 15/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 | Próxima revisão: 22/06/2022 |
| | | Versão: 02 | |

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

o Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca;

o Realizar a higiene das mãos com água e sabonete OU preparação alcoólica .

- Orientar os pacientes/acompanhantes e profissionais de saúde e apoio sobre a necessidade da higiene das mãos com água e sabonete líquido (40-60 segundos) OU preparação alcoólica a 70% (20-30 segundos).
- Orientar que pacientes/acompanhantes e profissionais de saúde e apoio evitem tocar olhos, nariz e boca com as mãos não higienizadas.
- Reforçar a necessidade de intensificação da limpeza e desinfecção de objetos e superfícies, principalmente as mais tocadas como maçanetas, interruptores de luz, corrimões, botões dos elevadores, etc.
- Orientar os profissionais de saúde a evitar tocar superfícies próximas ao paciente (ex. mobiliário e equipamentos para a saúde) e aquelas fora do ambiente próximo ao paciente, com luvas ou outros EPI contaminados ou com as mãos contaminadas.
- Manter os ambientes ventilados (ar condicionado com exaustão, que garanta as trocas de ar ou manter as janelas abertas).
- Eliminar ou restringir o uso de itens compartilhados por pacientes como canetas, pranchetas e telefones.
- Realizar a limpeza e desinfecção de equipamentos e produtos para saúde que tenham sido utilizados na assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus
- Orientar os profissionais de saúde e de apoio quanto às medidas de precaução a serem adotadas.
- Orientar os profissionais de saúde e de apoio a utilizarem Equipamentos de Proteção Individual (EPI), caso entrem na área de isolamento, prestem assistência ou realizem atividades a menos de 1 metro dos pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus.
- Os serviços de saúde devem implementar políticas, que não sejam punitivas, para permitir que o profissional de saúde que apresente sintomas de infecção respiratória seja afastado do trabalho, em isolamento domiciliar, seguindo as recomendações publicadas pelo Ministério da Saúde.
- Se houver necessidade de encaminhamento do paciente para outro serviço de saúde, sempre notificar previamente o serviço referenciado.

Observação 1: A máscara de tecido NÃO é um EPI, por isso ela NÃO deve ser usada por profissionais de saúde ou de apoio quando se deveria usar a máscara cirúrgica (durante a assistência ou contato direto, a menos de 1 metro de pacientes), ou quando se deveria usar a

| | | | |
|---------------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 16/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 | Próxima revisão: 22/06/2022 |
| | | Versão: 02 | |

máscara N95/PFF2 ou equivalente (durante a realização de procedimentos potencialmente geradores de aerossóis).

Observação 2: Os EPI devem ser imediatamente removidos após a saída do quarto, enfermaria, box ou área de isolamento. Porém, caso o profissional de saúde saia de um quarto, enfermaria ou área de isolamento para atendimento de outro paciente com suspeita ou confirmação de infecção pelo SARS-CoV-2, na mesma área/setor de isolamento, logo em seguida, não haveria necessidade de trocar gorro (quando necessário utilizar), óculos ou protetor facial e máscara. Neste caso, ele deve trocar somente avental e luvas, além de realizar a higiene das mãos

b) Durante a assistência hospitalar

Além das precauções padrão, devem ser implementadas por todos os serviços de saúde durante a assistência ao paciente suspeito ou confirmado para COVID-19:

- Precauções para contato

- **Precauções para gotículas** (partículas com tamanho maior que 5 µm e podem atingir a via respiratória alta, ou seja, mucosa das fossas nasais e mucosa da cavidade bucal).

- **Precauções para aerossóis em algumas situações específicas** (os aerossóis são partículas menores e mais leves que as gotículas, que permanecem suspensas no ar por longos períodos de tempo e, quando inaladas, podem penetrar mais profundamente no trato respiratório).

Para maiores detalhes sobre as medidas de precaução, a paramentação e desparamentação de EPIs no contexto da COVID-19, consulte o documento específico sobre o assunto: **POP.CIH.004 PROTOCOLO PARAMENTAÇÃO NO CONTEXTO DA COVID-19**

As situações específicas quando a precaução por aerossol está indicada é durante a realização de procedimentos geradores de aerossol (PGA) ou em unidades de tratamento intensivo em regime de coorte de pacientes COVID-19 onde esses procedimentos acontecem frequentemente; por isso a precaução por aerossol é recomendada nesses setores para todos os trabalhadores de saúde do setor, incluindo equipes de apoio.

São considerados procedimentos geradores de aerossol, dentre outros:

- Escarro induzido
- Broncoscopia
- Traqueostomia
- intubação endotraqueal
- Aspiração aberta de vias aéreas
- Coleta de amostras naso/orofaringe/traqueais
- Administração de medicamentos via nebulização

| | | | |
|---------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 17/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 Versão: 02 | Próxima revisão: 22/06/2022 |

- Ventilação manual antes da intubação
- Desconectar o paciente do circuito do respirador
- Movimentar paciente para posição de prona
- Ventilação não-invasiva com pressão positiva
- Ressuscitação cardiopulmonar

Observação: 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 em todos os atendimentos, independente do diagnóstico do paciente, mediante o risco de exposição a sangue e outros fluidos ou secreções corporais

Lembramos que a máscara (cirúrgica ou N95) deve ser descartada após cada turno de trabalho ou imediatamente após o uso no caso de intubação orotraqueal ou broncoscopia.

Os casos leves ou que não necessitem de internação hospitalar devem ser acompanhados pelo serviço de saúde do município de residência, devendo ser instituídas as medidas de precaução domiciliar, tais como os descritos no item **4.3 BUSCA ATIVA DE CONTACTANTES** abaixo.

Destaca-se que em todo o atendimento ao caso suspeito ou confirmado de SARS-CoV-2 é de EXTREMA importância a adesão a higienização das mãos nos cinco momentos preconizados pela OMS, a saber: antes do contato com o paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após risco de exposição a fluidos corporais, após o contato com o paciente e após o contato com as áreas próximas ao paciente. Lembra-se também que a higienização das mãos pode ser feita com formulação alcoólica ou água e sabonete líquido. **Para maiores detalhes, consulte o documento específico sobre o assunto: POP.CIH.001 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**

i. Implementação de coortes

Considerando a possibilidade do aumento do número de casos de pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2, se o serviço de saúde não possuir quartos privativos disponíveis em número suficiente para o atendimento de todos os casos, deve ser estabelecida a acomodação dos pacientes em coorte, ou seja, separar esses pacientes em uma mesma enfermaria ou área. Essa coorte pode ser realizada em todas as unidades ou setores que forem receber pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2.

É fundamental que seja mantida uma distância mínima de 1 metro entre os leitos dos pacientes e deve haver uma preocupação de se restringir ao máximo o número de acessos a essa área de coorte, 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.

Os profissionais de saúde que atuam na assistência direta aos pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2 e profissionais de apoio devem ser organizados para trabalharem somente na área de coorte, durante todo o seu turno de trabalho, não devendo circular por outras áreas de assistência e nem prestar assistência a outros pacientes (coorte de profissionais).

| | | | |
|---------------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 18/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 | Próxima revisão: 22/06/2022 |
| | | Versão: 02 | |

É recomendado que os serviços de saúde mantenham um registro de todas as pessoas que prestam assistência direta ou entram nos quartos ou áreas de assistência dos pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2.

O quarto, enfermaria ou área isolamento ou área de coorte deve permanecer com a porta fechada, ter a entrada sinalizada com alerta referindo as precauções para gotículas/aerossóis e contato, a fim de evitar a entrada/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. O quarto também deve estar sinalizado quanto às medidas de precaução a serem adotadas: padrão, gotículas e contato ou aerossóis (em condições específicas, já mencionadas).

Para maiores detalhes, consulte o documento específico sobre o assunto: **POP.CIH.008 ISOLAMENTO DE PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19**

ii. Orientações gerais

Os profissionais envolvidos na assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2 devem ser capacitados quanto às medidas de prevenção que devem ser adotadas.

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

- Condições para higiene das mãos: dispensador de preparação alcoólica a 70% e lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel toalha, papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual.
- EPI apropriado (para que sejam mantidas as precauções padrão, de contato e por gotículas e/ou aerossol conforme discutido anteriormente).
- Mobiliário para guarda e descarte de EPI.

Além disso:

- Deve ser restringida a entrada de visitantes.
- Recomenda-se que profissionais da saúde não devem atuar nos serviços de saúde se estiverem com sintomas de doença respiratória aguda. Eles devem ser avaliados e receber orientações para a realização de exames, afastamento e condições para o retorno às atividades.
- Pacientes e acompanhantes/visitantes devem ser orientados a minimizar o risco de transmissão da doença, adotando ações preventivas já descritas neste documento, principalmente o uso de máscaras e a higiene das mãos.
- Os pacientes com sintomas respiratórios devem utilizar máscara cirúrgica durante a circulação dentro do serviço (transporte dos pacientes de uma área/setor para outro).
- Sempre que possível, equipamentos, produtos para saúde utilizados na assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2 devem ser de uso exclusivo, como no caso

| | | | |
|---------------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 19/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 | Próxima revisão: 22/06/2022 |
| | | Versão: 02 | |

de estetoscópios, esfigmomanômetro e termômetros. Caso não seja possível, todos os produtos para saúde 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.

4.1.2. DURAÇÃO DAS PRECAUÇÕES E ISOLAMENTO

Até que haja informações disponíveis sobre a disseminação viral após melhora clínica do paciente, a descontinuação das precauções e isolamento deve ser determinada caso a caso, observando-se as orientações da CCIH mediante dados clínicos e laboratoriais. Se possível, casos COVID-19 positivos devem ser mantidos em isolamento até o final da internação. Caso seja necessário suspender as precauções, os fatores que devem ser considerados para a descontinuação das precauções e isolamento podem incluir: presença de sintomas relacionados à infecção pelo SARS-CoV-2, data em que os sintomas cessaram, outras condições que exigiriam precauções específicas (por exemplo tuberculose), outras informações laboratoriais que reflitam o estado clínico do paciente, alternativas ao isolamento hospitalar, exame sequencial de RT-PCR para SARS-CoV-2 negativo (se disponível), bem como a possibilidade de recuperação segura em casa.

4.1.3. MANEJO CLÍNICO E TRATAMENTO

Não há até o momento nenhum antiviral específico recomendado para o tratamento de infecções por 2019 n-CoV. Pessoas infectadas com este vírus devem receber tratamento para auxiliar no alívio de sintomas. Para casos graves, o tratamento deve incluir suporte de terapia intensiva.

No **QUADRO 1** segue o sumário das recomendações do tratamento farmacológico da COVID-19 feito em consenso entre a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), da Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) e da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT).

| | | | |
|---------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 20/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 Versão: 02 | Próxima revisão: 22/06/2022 |

| Intervenção | Benefício ¹ | Risco ² | Custo ³ | Acesso ⁴ | Evidência ⁵ | Recomendação |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------|--------------------|---------------------|------------------------|----------------------------------|
| Tratamento farmacológico da COVID-19 | | | | | | |
| Hidroxicloroquina (ou Cloroquina) | o | ++ | \$ | ✓✓ | ++00 baixa | ↓ Contra o uso de rotina (fraca) |
| Hidroxicloroquina (ou Cloroquina) + Azitromicina | o | ++ | \$ | ✓✓ | +000 muito baixa | ↓ Contra o uso de rotina (fraca) |
| Lopinavir/ritonavir | o | + | \$ | ✓ | ++00 baixa | ↓ Contra o uso de rotina (fraca) |
| Oseltamivir | o | o | \$ | ✓✓ | +000 muito baixa | ↓↓ Contra o uso (forte) |
| Tocilizumabe | o | + | \$\$\$ | ✓ | +000 muito baixa | ↓ Contra o uso de rotina (fraca) |
| Glicocorticosteroides | o | ++ | \$ | ✓✓ | +000 muito baixa | ↓ Contra o uso de rotina (fraca) |
| Heparina em doses de anticoagulação | o | ++ | \$\$ ⁶ | ✓✓ | +000 muito baixa | ↓ Contra o uso de rotina (fraca) |
| Condições associadas à COVID-19 | | | | | | |
| Oseltamivir (suspeita de influenza em quadros graves ou fatores de risco) | + | o | \$ | ✓✓ | +000 muito baixa | ↑ A favor do uso (fraca) |
| Heparina em doses de profilaxia (hospitalizados) | + | o | \$ | ✓✓ | +000 muito baixa | ↑↑ A favor do uso (forte) |
| Antibacterianos (profilático) | o | o | \$ | ✓✓ | +000 muito baixa | ↓ Contra o uso (fraca) |
| Antibacterianos (suspeita de infecção bacteriana) | ++ | o | \$ | ✓✓ | Não avaliada | ↑↑ A favor do uso |

QUADRO 1. Diretrizes para o Tratamento Farmacológico da COVID-19: AMIB, SBI e SBPT.

1 Benefício clínico – o: pequeno ou negligenciável; +: moderado; ++: importante

2 Risco – o: pequeno ou negligenciável; +: moderado; ++: importante

3 Custos diretos – \$: custos baixos; \$\$: custos moderados; \$\$\$: custos elevados. Avaliação qualitativa, considerando sistema público e saúde suplementar, com base em preços aferidos pelo Painel de Preços do Ministério da Economia, Banco de Preços em Saúde, tabela CMED e preços habituais praticados em mercado.

4 Acesso - x: indisponível; ✓: disponibilidade limitada no contexto brasileiro, seja do insumo, seja de profissionais com experiência no seu uso; ✓✓: boa disponibilidade no contexto brasileiro

5 Evidência avaliada de acordo com o GRADE. Níveis de confiança na evidência: ++++ alto; +++o moderado; ++oo baixo; +ooo muito baixo

6 Para custos, considerada anticoagulação terapêutica com heparina de baixo peso molecular, implicando em maiores custos.

Durante o manejo destes pacientes, devem-se levar em consideração os demais diagnósticos diferenciais pertinentes e o adequado manejo clínico.

Se não for possível afastar infecção bacteriana comunitária associada, após a coleta de hemoculturas, deve-se seguir o protocolo de tratamento de pneumonia da instituição: amoxicilina-clavulanato ou ceftriaxona associados a um macrolídeo (azitromicina ou claritromicina). Ressalta-se que a radiografia de tórax comum com evidência de pneumonia associada ao quadro clínico é suficiente para se pensar nesse diagnóstico, sem necessidade na maioria dos casos de complementar com tomografia computadorizada.

| | | | |
|---------------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 21/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 | Próxima revisão: 22/06/2022 |
| | | Versão: 02 | |

Em pacientes com SRAG e dificuldade respiratória, hipoxemia ou choque, deve-se iniciar oxigenoterapia suplementar imediatamente visando atingir SpO₂ ≥90% em adultos não gestantes e SpO₂ ≥92-95% em gestantes. Crianças com sinais clínicos de emergência (respiração obstruída ou ausente, dificuldade respiratória grave, cianose central, choque, coma ou convulsões) devem receber oxigenoterapia durante a ressuscitação para atingir SpO₂ ≥94%.

Destaca-se que pacientes com SRAG devem ser tratados com cautela com fluidos intravenosos, pois a ressuscitação agressiva pode piorar a oxigenação, especialmente em locais onde a disponibilidade de ventilação mecânica é limitada.

4.2. NOTIFICAÇÃO DE CASOS

Os casos suspeitos, prováveis e confirmados deverão ser notificados de forma imediata pelo profissional de saúde responsável pelo primeiro atendimento preenchendo a Ficha de notificação para casos suspeitos de Novo Coronavírus (SARS-CoV-2).

A ficha deverá ser entregue a Unidade de Vigilância em Saúde (UVS/NVH) do HUGG de acordo com fluxo estabelecido pelo UVS/NVH, que por sua vez notificará o Serviço de Vigilância local.

Nos dias úteis após às 17h, e nos finais de semana e feriados a notificação deverá ser feita diretamente ao plantão do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CIEVS-Rio) através do celular (21) 98000-7575. Os casos que atenderem a definição de caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) deverão também ser notificados na ficha própria.

Para que seja realizada a coleta do exame diagnóstico específico para SARS-CoV-2, o profissional de saúde também deverá preencher a ficha "REQUISICÃO DE EXAME - BIOLOGIA MÉDICA - SISTEMA GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL (GAL)" indispensável para cadastro do exame no sistema GAL pelo laboratório do HUGG e envio da amostra coletada para o LACEN. A coleta do exame para diagnóstico específico será feita pelo médico que estiver assistindo o paciente durante a semana em horário comercial.

4.3. BUSCA ATIVA DE CONTACTANTES

Deverá ser realizada a busca ativa de contatos próximos (familiares, colegas de trabalho, entre outros, conforme investigação) devendo ser orientados sobre a possibilidade de manifestação de sintomas. Orientar aos contactantes que se manifestarem sintomas procurem imediatamente o serviço de saúde.

| | | | |
|---------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 22/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 Versão: 02 | Próxima revisão: 22/06/2022 |

4.4. RASTREAMENTO/MONITORAMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAUDE

Profissionais de saúde que atuam diretamente na assistência de pacientes suspeitos ou confirmado de COVID-19 devem ser monitorados diariamente em relação a sintomas da doença. Seguindo orientação do CDC, os profissionais de saúde devem ser encorajados a auto-aferição de febre duas vezes ao dia, assim como ficarem alertas quanto ao surgimento de sintomas de COVID-19 (como tosse, falta de ar, dispneia, dor de garganta, mialgia, mal estar).

Idealmente esse monitoramento deve ser supervisionado ativamente pelas autoridades sanitárias e de saúde, mas esta supervisão pode ser delegada também ao estabelecimento de saúde. Sugere-se inclusive que essa análise de temperatura corporal e inquérito de sintomas seja feita diariamente antes do início do turno de trabalho destes profissionais.

Os profissionais de saúde assintomáticos que atuam na assistência direta de pacientes com COVID-19 (suspeito ou confirmado) devem ser testados (RT-PCR ou teste sorológico), preferencialmente 1 vez a cada 3 semanas. No caso de positivo, recomenda-se que os contactantes domiciliares dos mesmos sejam testados (PCR ou teste sorológico). Todos aqueles que testarem positivos devem ser aconselhados quanto a sintomas e medidas de isolamento domiciliar.

No caso de profissional de saúde sabidamente contactante domiciliar assintomático de paciente suspeito ou confirmado de SG:

- se caso do domicílio realizou teste (RT-PCR ou sorológico) e o teste foi positivo: o profissional de saúde mantém 14 dias de afastamento, a contar do início dos sintomas do caso.
- se caso do domicílio realizou teste (RT-PCR ou sorológico) e o teste foi negativo: retorno imediato ao trabalho, desde que assintomático.
- se caso do domicílio não realizou teste (RT-PCR ou sorológico): o profissional de saúde mantém afastamento por 7 dias e retorna se mantiver assintomático após este período.

No caso de profissional de saúde com suspeita de síndrome gripal (febre acompanhada de tosse ou dor de garganta ou dificuldade respiratória). Deve afastar-se do trabalho imediatamente. O retorno ao trabalho deve atender a uma das condições a seguir:

- Teste disponível (RT-PCR ou sorológico): retorna ao trabalho se o teste for negativo.
- Teste indisponível (RT-PCR ou sorológico): retorna ao trabalho se estiver com um mínimo de 72 horas assintomático E mínimo de 7 dias após o início dos sintomas.

4.5. CRITERIOS DE ALTA DO ISOLAMENTO

4.5.1. PACIENTE SUSPEITO/CONFIRMADO PARA COVID-19 HOSPITALIZADO

| | | | |
|---------------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 23/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 | Próxima revisão: 22/06/2022 |
| | | Versão: 02 | |

No caso de paciente suspeito/confirmado com COVID19 hospitalizado que receba alta hospitalar antes do período recomendado de isolamento (14 dias do início dos sintomas), este deverá manter isolamento domiciliar até que se complete o período. A pessoa sintomática ou seu responsável deverá informar ao profissional médico o nome completo das demais pessoas que residam no mesmo endereço, assinando um termo de declaração contendo a relação dos contatos domiciliares, sujeitando-se à responsabilização civil e criminal pela prestação de informações falsas. Caso o contato inicie com sintomas e seja confirmada SG, deverão ser iniciadas as precauções de isolamento para o novo paciente, o caso deverá ser notificado, e o período de 14 dias deve ser reiniciado.

No caso de paciente suspeito/confirmado com COVID19 hospitalizado por período mais prolongado, deve-se preferencialmente manter o paciente em isolamento/precauções de contato e respiratórias durante toda a internação hospitalar, pelo alto risco de transmissão intra-hospitalar. Porém, se no decorrer da internação, novas informações modificarem a suspeita para outros diagnósticos, a recomendação de precauções deverá ser adaptada ao diagnóstico atualizado. Nestes casos, pode ser usada uma estratégia baseada em teste ou uma estratégia não baseada em teste (ou seja, estratégia de tempo desde o início da doença e tempo desde a recuperação).

a) Estratégia baseada em teste para pacientes:

- Resolução da febre sem o uso de antitérmicos E
- Melhora dos sintomas respiratórios (por exemplo, tosse, falta de ar) E
- Resultados negativos de ensaio molecular COVID-19 certificado no país, para uso em emergências para detecção de RNA SARS-CoV2 de pelo menos duas amostras de swab nasofaríngeo consecutivas coletadas com intervalo de ≥ 24 horas. Isso pode ser ajustado para uma amostra dependendo das disponibilidades de insumos

b) Estratégia NÃO baseada em teste para pacientes:

- Pelo menos 3 dias (72 horas) se passaram desde a recuperação definida como resolução da febre sem o uso de antitérmicos e melhora dos sintomas respiratórios (por exemplo, tosse, falta de ar) E
- Pelo menos 14 dias se passaram desde que os sintomas apareceram pela primeira vez.

Observação 1: Pacientes hospitalizados com casos moderados/graves e/ou imunocomprometido s podem ter períodos maiores de detecção de SARSCoV-2 RNA.

Observação 2: O atendimento aos critérios para descontinuação das precauções baseadas na transmissão não é um pré-requisito para a alta.

| | | | |
|---------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 24/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 Versão: 02 | Próxima revisão: 22/06/2022 |

4.5.2. CONSIDERAÇÕES SOBRE ALTA DO ISOLAMENTO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM COVID-19

Para profissionais da saúde retornarem ao trabalho, podemos usar uma estratégia baseada em teste ou uma estratégia não baseada em teste (ou seja, estratégia de tempo desde o início da doença e tempo desde a recuperação) para sua alta do isolamento.

- Na estratégia baseada em teste, o profissional deve ficar ausente do trabalho até que tenha ocorrido resolução da febre sem o uso de antitérmicos E tenha ocorrido melhora dos sintomas respiratórios (por exemplo, tosse, falta de ar) E o resultado de pelo menos um ensaio molecular para COVID-19 em amostra de swab nasofaríngeo seja negativo.

- Na estratégia não baseada em teste, o profissional deve ficar ausente do trabalho até que pelo menos 3 dias (72 horas) tenham se passado desde a recuperação da febre sem o uso de antitérmico E tenha ocorrido melhora dos sintomas respiratórios (por exemplo, tosse, falta de ar) E pelo menos 14 dias se passaram desde que os sintomas apareceram pela primeira vez.

Observação: Em caso de mão de obra escassa, deve ser considerado avaliar o retorno ao trabalho a partir de 7 dias do início dos sintomas, desde que a recomendação de melhora da febre e sintomas respiratórios tenha sido cumprida. Porém neste caso, ao retornar, o profissional deve utilizar máscara cirúrgica durante toda sua permanência no serviço de saúde, até que o prazo de 14 dias desde o início dos sintomas tenha sido cumprido

4.6. PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA A SAÚDE

Não há uma orientação especial quanto ao processamento de equipamentos, produtos para saúde ou artigos utilizados na assistência a casos suspeitos ou confirmados do novo coronavírus (SARS-CoV-2). O processamento deve ser realizado de acordo com as características, finalidade de uso e orientação dos fabricantes e dos métodos escolhidos.

Equipamentos, produtos para saúde ou artigos para saúde utilizados em qualquer paciente devem ser recolhidos e transportados de forma a prevenir a possibilidade de contaminação de pele, mucosas e roupas ou a transferência de microrganismos para outros indivíduos ou ambientes. Por isso é importante frisar a necessidade da adoção das medidas de precaução na manipulação desses materiais.

4.7. LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES

Não há uma recomendação diferenciada para a limpeza e desinfecção de superfícies em contato com casos suspeitos ou confirmados pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Recomenda-se que a limpeza das áreas de isolamento seja concorrente, imediata ou terminal. A limpeza concorrente é aquela realizada diariamente; a limpeza terminal é aquela realizada após a alta, óbito ou

| | | | |
|---------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 25/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 Versão: 02 | Próxima revisão: 22/06/2022 |

transferência do paciente; e a limpeza imediata é aquela realizada em qualquer momento, quando ocorrem sujidades ou contaminação do ambiente e equipamentos com matéria orgânica, mesmo após ter sido realizado a limpeza concorrente.

A desinfecção de superfícies das unidades de isolamento deve ser realizada após a sua limpeza. Os desinfetantes com potencial para desinfecção de superfícies incluem aqueles à base de cloro, alcoóis, alguns fenóis e alguns iodóforos e o quaternário de amônio. Sabe-se que os vírus são inativados pelo álcool a 70% e pelo cloro. Portanto, preconiza-se a limpeza das superfícies do isolamento com detergente neutro seguida da desinfecção com uma destas soluções desinfetantes.

No caso da superfície apresentar matéria orgânica visível deve-se inicialmente proceder à retirada do excesso da sujidade com papel/tecido absorvente e posteriormente realizar a limpeza e desinfecção desta. Ressalta-se a necessidade da adoção das medidas de precaução para estes procedimentos.

Deve-se limpar e desinfetar as superfícies que provavelmente estão contaminadas, incluindo aquelas que estão próximas ao paciente (por exemplo, grades da cama, cadeiras, mesas de cabeceira e de refeição) e superfícies frequentemente tocadas no ambiente de atendimento ao paciente (por exemplo, maçanetas, superfícies de banheiros nos quartos dos pacientes).

Além disso, não devemos esquecer os equipamentos eletrônicos de múltiplo uso (ex: bombas de infusão) nas políticas e procedimentos de limpeza e desinfecção, especialmente os itens usados pelos pacientes, os usados durante a prestação da assistência ao paciente, e os dispositivos móveis que são movidos frequentemente para dentro e para fora dos quartos dos pacientes (ex: verificadores de pressão arterial e oximetria).

Para maiores detalhes, consulte o documento específico sobre o assunto: POP.CIH.010 LIMPEZA NOS SETORES DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM COVID-19

4.8. PROCESSAMENTO DE ROUPAS

Não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes de casos suspeitos ou confirmados do novo coronavírus (SARS-CoV-2), podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas provenientes de outros pacientes em geral. Porém, ressalta-se as seguintes orientações:

- a) a unidade responsável pelo processamento de roupas do serviço de saúde deve possuir Protocolos contendo as orientações a serem implementadas em todas as etapas do processamento das roupas, de forma a garantir que todas as roupas por ela processadas estejam seguras para uso por outros pacientes. Além disso, deve-se garantir a capacitação periódica das equipes envolvidas, sejam elas próprias ou terceirizadas
- b) Na retirada da roupa suja deve haver o mínimo de agitação e manuseio, fechando-se o saco e acondicionando-o em contêiner com tampa para o transporte, e observando-se as medidas de precaução já descritas anteriormente neste documento;

| | | | |
|---------------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 26/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 | Próxima revisão: 22/06/2022 |
| | | Versão: 02 | |

- c) Roupas provenientes dos isolamentos não devem ser transportadas por meio de tubos de queda, e sim em contêiner com tampa.

4.9. TRATAMENTO DE RESÍDUOS

De acordo com o que se sabe até o momento, o novo coronavírus (SARS-CoV-2) pode ser enquadrado como agente biológico classe de risco 3, sendo sua transmissão de alto risco individual e moderado risco para a comunidade. Portanto, todos os resíduos provenientes da assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) devem ser enquadrados na categoria A1, conforme Resolução RDC/Anvisa nº 222, de 28 de março de 2018.

Assim, os resíduos devem ser acondicionados em sacos vermelhos, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos uma vez a cada 48 horas, independentemente do volume e identificados pelo símbolo de substância infectante.

Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura, vazamento e tombamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados. Estes resíduos devem ser tratados antes da disposição final ambientalmente adequada.

OBSERVAÇÃO: Apesar da RDC 222/2018 definir que os resíduos provenientes da assistência a pacientes com coronavírus tem que ser acondicionados em saco vermelho, EXCEPCIONALMENTE, durante essa fase de atendimento aos pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2, caso o serviço de saúde não possua sacos vermelhos para atender a demanda, poderá utilizar os sacos brancos leitosos com o símbolo de infectante para acondicionar esses resíduos. Reforça-se que esses resíduos devem ser tratados antes da disposição final ambientalmente adequada.

4.10. MANEJO DE CORPOS NO CONTEXTO DA COVID-19

Como o SARS-COV2 é transmitido por contato, é fundamental que os profissionais estejam protegidos da exposição a sangue e fluidos corporais infectados, objetos ou outras superfícies ambientais contaminadas. Assim, durante os cuidados com corpos de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, devem estar presentes no quarto ou qualquer outra área onde for manuseado o corpo apenas os profissionais estritamente necessários, e todos utilizando com equipamentos de proteção individual, conforme critérios estabelecidos em 4.1.1. subitem b.

Durante a embalagem, que deve ocorrer no local de ocorrência do óbito, deve-se manipular o corpo o mínimo possível, evitando procedimentos que gerem gases ou extravasamento de fluidos corpóreos.

| | | | |
|---------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 27/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 Versão: 02 | Próxima revisão: 22/06/2022 |

A embalagem do corpo deve seguir três camadas, sendo a primeira com lençol enrolado no corpo, deixando a cabeça livre para reconhecimento (que NÃO será realizado no setor de internação do paciente); a segunda com saco impermeável próprio (e que deve impedir que haja vazamento de fluidos corpóreos); e a terceira e última camada com um segundo saco (cobre corpo externo).

Deve-se identificar o corpo na primeira (lençol) e na terceira camadas (cobre corpo externo) utilizando esparadrapo, com letras legíveis, fixado na região torácica. As identificações devem conter: nome do paciente, número do prontuário, data de nascimento, nome da mãe (no caso de recém-nascido), nome do médico que constatou o óbito, e nome do profissional responsável pelo preparo. O cobre corpo externo deve ser desinfetado com álcool a 70%

Reforçamos a necessidade também de sinalizar no cobre corpo externo de transporte a informação relativa ao risco biológico: COVID-19, agente biológico classe de risco 3, e que o transporte até o necrotério será de responsabilidade do transportador. Recomenda-se usar a maca de transporte do corpo apenas para esse fim. Em caso de reutilização de maca, deve-se desinfetá-la com álcool a 70%.

Para maiores detalhes, consultar o POP.ENF.COVID.005 MANEJO E PREPARO DO CORPO APÓS A MORTE POR COVID-19

5. REFERÊNCIAS

<https://www.who.int/health-topics/coronavirus>

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/>

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assesment-hcp.html>

<https://www.ecdc.europa.eu/en/novel-coronavirus-china>

<https://systems.jhu.edu/research/public-health/ncov/>

<http://saude.gov.br/saude-de-a-z/coronavirus>

<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/novocoronavirus>

<http://plataforma.saude.gov.br/novocoronavirus/>

<https://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico, Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. COE Nº 01, Jan. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico, Volume 51, Nº 04, Jan. 2020

| | | | |
|---------------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 28/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 | Próxima revisão: 22/06/2022 |
| | | Versão: 02 | |

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico, Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. COE COVID-19. Nº 05, 14/03/2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico, Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. COE COVID-19. No. 12, 19/04/2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico, Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. COE COVID-19. No. 08, 09/04/2020

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia para a Rede Laboratorial de Vigilância de Influenza no Brasil [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

ANVISA. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018 (Publicada no DOU nº 61, de 29 de março de 2018)

Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria Estadual de Saúde. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica SVS/SES-RJ nº 01/2020 - NOVO CORONAVIRUS (nCoV), divulgada via OFÍCIO CIRCULAR SES/SVS SEI Nº 16 em 27 de janeiro de 2020.

Governo da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. S/SUBPAV/SVS/CVE/CIEVS. Orientações para Notificação / Investigação de casos suspeitos por Novo Coronavírus (2019-nCoV). Janeiro de 2020

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de tratamento de Influenza: 2017 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018

U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities: Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Atualizado em Julho 2019

Organização Mundial de Saúde (WHO). Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance 25 January 2020 WHO/2019-nCoV/IPC/v2020.2

PROTOCOLO CORONAVÍRUS 2019-nCoV (Novo Coronavírus) MINAS GERAIS, 2020

ANVISA. NOTA TÉCNICA Nº 04/2020 GVIMS/GGTES - Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (2019- nCoV). Atualizada em 08/05/2020.

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 07/2020; ORIENTAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO DE COVID-19 DENTRO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE. (COMPLEMENTAR À NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020)

| | | | |
|---------------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 29/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 | Próxima revisão: 22/06/2022 |
| | | Versão: 02 | |

Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, Centro Estadual de Vigilância em Saúde, Laboratório Central de Saúde Pública. LACEN/RS Virologia - Laboratório de vírus respiratórios. Investigação para coronavírus 2019 - nCoV / Influenza - Orientações para coleta e transporte de secreção respiratória - 2020.

Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria Estadual de Saúde. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Coleta, acondicionamento, conservação e transporte de swab Covid-19

Ministério da Saúde. COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS – CPCDT/CGGTS/DGITIS/SCTIE (Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde). DIRETRIZES PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA COVID-19 Versão 3 (em 17 de abril de 2020).

GRUPO FORÇA COLABORATIVA COVID-19 BRASIL. Orientações sobre Diagnóstico, Tratamento e Isolamento de Pacientes com COVID-19. Versão 01. Data: 13/04/2020. J. Infect. Control, 2020 Abr-Jun;9(2):XX-XX [ISSN 2316-5324]

Diretrizes para o Tratamento Farmacológico da COVID-19. Consenso da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, da Sociedade Brasileira de Infectologia e da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 18/05/2020

Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria Estadual de Saúde. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. NOTA TÉCNICA – SVS/SES-RJ Nº 28/2020. DOENÇA PELO CORONAVÍRUS (COVID-19), INFORMAÇÕES ATUALIZADAS DA NOTA TÉCNICA – SVS/SES-RJ Nº 01/2020 (OITAVA ATUALIZAÇÃO).

BRASIL. Ministério da Saúde. GRUPO AD HOC DE ESPECIALISTAS COVID-19. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública do Ministério da Saúde. Brasília, 25 de Maio de 2020 RECOMENDAÇÕES PARA MITIGAR CASOS E ÓBITOS DE COVID-19 ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. MANEJO DE CORPOS NO CONTEXTO DO NOVO CORONAVÍRUS - COVID-19. Versão 1 • Publicada em 23/03/2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica em Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública. NOTA TÉCNICA Nº 34/2020 - CGLAB/DAEVS/SVS/MS

| | | | |
|---------------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 30/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 | Próxima revisão: 22/06/2022 |
| | | Versão: 02 | |

6. HISTÓRICO DE REVISÃO

| VERSÃO | DATA | DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO |
|--------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01 | 27/01/2020 | Início da confecção da primeira versão do documento. |
| | 28/01/2020 | Atualização de dados epidemiológicos; inclusão da definição de casos prováveis, confirmados e descartados; inclusão dos materiais necessários para atendimento dos casos; inclusão de informações sobre limpeza de superfícies, gerenciamento de resíduos e afins. |
| | 29/01/2020 | Atualizações nos seguintes itens: epidemiologia, definição de casos, limpeza e desinfecção, notificação e referências. |
| | 31/01/2020 | Inclusão de fluxogramas e atualizações diversas. |
| | 03/02/2020 | Inclusão fluxogramas de notificação de caso suspeito, de coleta e encaminhamento de swab de caso suspeito, e de solicitação de exame no GAL. Revisão e aprovação pela presidente da CCIH. |
| | 05/02/2020 | Inclusão figuras sobre coleta de material e ficha de notificação de SRAG. |
| 02 | 15/03/2020 | Atualização de nomenclaturas, definição de casos e da declaração de pandemia pela OMS; revisão dos itens: introdução, procedimentos para diagnóstico laboratorial, tratamento de resíduos e fluxogramas; exclusão de anexos desatualizados; inclusão de definição de transmissão local e transmissão na comunidade; inclusão de referências atualizadas. |
| 03 | 28/05/2020 | Atualização dos novos critérios de casos para COVID-19, investigação e diagnóstico clínico-laboratorial com exames complementares inespecífico e específicos, informações sobre manejo de casos, atualização das medidas de prevenção, isolamento e controle. |
| 04 | 22/06/2020 | Inclusão do item 4.10 MANEJO DE CORPOS NO CONTEXTO DA COVID-19 e atualização da coleta de swab nasal conforme nota técnica Nº 34/2020 - CGLAB/DAEVS/SVS/MS |

| | | | |
|---------------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PLANO DE CONTINGÊNCIA | PLC.CIH.001 - Página 31/31 | |
| Título do Documento | NOVO CORONAVÍRUS | Emissão: 23/06/2020 | Próxima revisão: 22/06/2022 |
| | | Versão: 02 | |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Elaboração Debora Otero B P Pinheiro Médica Infectologista – Membro Executor CCIH Karla Ronchini Médica Infectologista – Presidente CCIH | Data: 31/01/2020 |
| 1ª Revisão Karla Ronchini Médica Infectologista – Presidente CCIH | Data: 04/02/2020 |
| 2ª Revisão Debora Otero B P Pinheiro Médica Infectologista – Membro Executor CCIH | Data: 16/03/2020 |
| 3ª Revisão Debora Otero B P Pinheiro Médica Infectologista – Membro Executor CCIH | Data: 28/05/2020 |
| 4ª Revisão Debora Otero B P Pinheiro Médica Infectologista – Membro Executor CCIH | Data: 22/06/2020 |
| Validação e Aprovação Karla Ronchini Médica Infectologista – Presidente CCIH | Data: 23/06/2020 |

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte.