

Plano de Contingência
HCFAMEMA para
Infecção Humana pelo
novo

Coronavírus COVID-19



Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília

H828p Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
Plano de contingência HCFAMEMA para Infecção Humana pelo novo coronavírus COVID-19 / Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília. – Marília, 2021.
29 p.

1. Coronavírus. 2. Planos de contingência. 3. Saúde pública.

CDD 362.11

Introdução



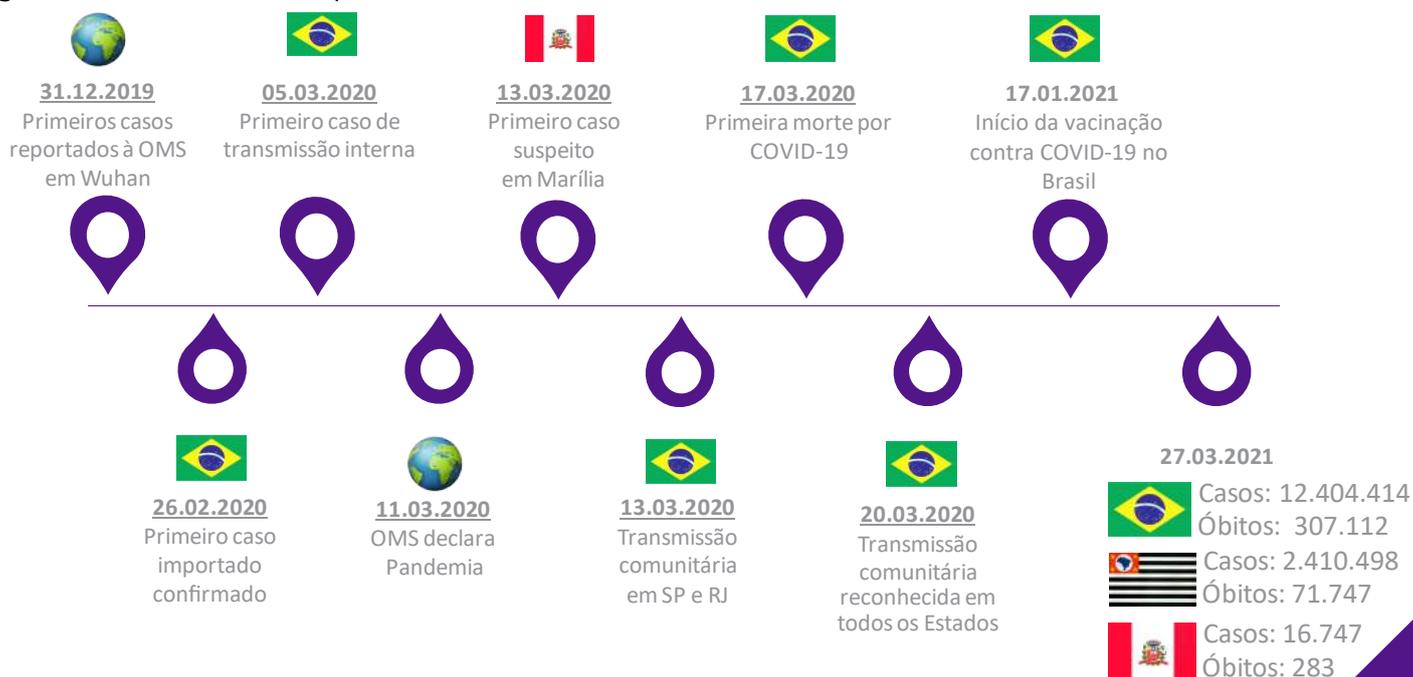
No dia 29 de dezembro de 2019, um hospital de Wuhan, na China, informou a existência de quatro pessoas com pneumonia de causa desconhecida e afirmou que todas teriam trabalhado no Mercado Atacadista de Frutos do Mar de Huanan. A emergência do novo Coronavírus (2019-nCoV) como agente causador da doença respiratória foi reportada à Organização Mundial de Saúde (OMS) em 31 de dezembro de 2019.

A partir desse momento uma série de ações foram adotadas e resultaram na ativação de mecanismos de resposta internacionais para controle da disseminação do vírus. A situação epidemiológica está em constante evolução e o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde estão continuamente atualizando as informações e as ações a serem adotadas pelos serviços de saúde.

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde caracterizou o evento, originado na China, como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Em 11 de março de 2020, a OMS caracterizou o evento como uma pandemia e, em 20 de março de 2020, o Ministério da Saúde, através da Portaria GM nº 454, declarou em todo o território brasileiro, o estado de transmissão comunitária da COVID-19.

Linha do Tempo

Figura 1 - Linha do Tempo



Introdução



Fases Epidêmicas

Uma pandemia é um surto global de uma doença. Elas ocorrem quando um novo vírus passa a infectar pessoas, podendo se espalhar de maneira sustentável. Como não havia imunidade pré-existente contra o novo coronavírus, ele se espalhou por todo o mundo.

Intervalos da Pandemia

Adaptado dos intervalos epidêmicos de influenza, elaborado pelo CDC/EUA, esses períodos podem fornecer um método comum para descrever atividades de pandemia que podem informar ações de saúde pública. A duração de cada intervalo de pandemia pode variar dependendo das características do vírus e da resposta de saúde pública.

Além de descrever a progressão de uma pandemia, certos indicadores e avaliações são usados para definir quando um intervalo se move para outro. O Ministério da Saúde adaptou duas ferramentas do CDC/EUA, criadas para influenza, visando caracterizar a pandemia de coronavírus (Ferramenta de Avaliação de Risco de Gripe e a Estrutura de Avaliação de Gravidade Pandêmica). Os resultados de ambas as avaliações são usados para orientar as decisões federais, estaduais e locais de saúde pública.

O pico da epidemia ocorre no final da fase de aceleração, que é seguida por uma fase de desaceleração, durante a qual há uma diminuição de doenças. Diferentes Estados e Municípios podem estar em diferentes fases da pandemia (Tabela 1).

Tabela 1 - Preparação e resposta segundo cada intervalo epidêmico.

ID	Intervalo	Descrição
1	Preparação	<ul style="list-style-type: none">✓ Ativação do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública;✓ Elaboração de definições de casos;✓ Orientações para pontos de entrada;✓ Aquisição de insumos (kits laboratoriais, equipamentos de proteção individual, respiradores);✓ Capacitação de profissionais.
2	Identificação	<ul style="list-style-type: none">✓ Identificação de casos;✓ Atualização dos materiais;✓ Investigação de contatos.
3	Epidemias Localizadas	<ul style="list-style-type: none">✓ Casos relacionados a viagens ou contato;✓ Identificação de transmissão comunitária sustentada;✓ Monitoramento de contatos;✓ Isolamento domiciliar;✓ Distanciamento Social Seletivo para reduzir a velocidade da transmissão e permitir a implementação das estruturas planejadas e descritas nos planos de contingência;✓ Testar o máximo de pessoas.
4	Aceleração	<ul style="list-style-type: none">✓ Distanciamento Social Ampliado ou bloqueio geral (lockdown) para manter a capacidade do Sistema de Saúde;✓ Orientação sobre o uso de máscaras para a população em geral;✓ Ampliação do número de Unidades Sentinelas de Síndrome Gripal;✓ Ampliação da realização de testes para profissionais de saúde e trabalhadores de serviços essenciais;✓ Tratamento em massa para casos compatíveis com a prescrição clínica e segurança na posologia;✓ Número de novos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) aumenta em até 3 vezes, em relação ao número máximo do registro histórico da unidade de saúde para a mesma semana epidemiológica, comparando com anos anteriores.
5	Desaceleração	<ul style="list-style-type: none">✓ Manutenção das medidas estabelecidas;✓ Preparação para a fase de controle ;✓ Aumento da capacidade de tratamento;✓ Ampliação da capacidade de detecção;✓ Ampliação da capacidade dos serviços de atenção;✓ Avaliação de impacto por meio de testes sorológicos ;✓ Distanciamento Social Seletivo;✓ Número de novos casos internados é inferior ao de alta hospitalar.
6	Controle	<ul style="list-style-type: none">✓ Retirada gradual das últimas medidas de distanciamento social seletivo;✓ Intensificação da vigilância epidemiológica;✓ Ampliação dos testes, rastreamento de contatos e isolamento de sintomáticos com maior atenção até conclusão do período definido e uso de testes rápidos sorológicos associados para tomada de decisão;✓ Retirada das restrições de trânsito de pessoas.

O Brasil adota a ferramenta de classificação de emergência em três níveis, seguindo a mesma linha utilizada globalmente na preparação e resposta em todo o mundo. Deste modo, foi recomendado pelo Ministério da Saúde que as Secretarias de Saúde dos Municípios, Estados e Governo Federal, bem como serviços de saúde pública ou privada, agências, empresas tomem nota do Plano de Contingência Nacional na elaboração de seus planos de contingência e medidas de resposta. Toda medida deve ser proporcional e restrita aos riscos vigentes.

Neste sentido, este documento objetiva apresentar o Plano de Contingência para enfrentamento da COVID-19 no âmbito do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília – HCFAMEMA, demonstrando além das ações estratégicas definidas e constantemente atualizadas, os principais conceitos e definições para favorecer o esclarecimento da situação atual.

As recomendações deste Plano de Contingência têm caráter provisório e serão constantemente atualizadas de acordo com os novos direcionamentos do Governo do Estado de São Paulo, por meio da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde.

Aplica-se às Diretorias, Gerências e Núcleos dos seguintes departamentos:

- Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade
- Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil
- Departamento de Atenção à Saúde Ambulatorial Especializado e Hospital Dia
- Departamento de Atenção à Saúde em Hemoterapia
- Departamento de Atenção à Saúde de Apoio, Diagnóstico e Terapêutica
- Departamento de Infraestrutura e Logística
- Departamento Econômico, Financeiro e Contábil
- Departamento de Tecnologia da Informação e
- Departamento de Gestão de Pessoas.

Assim como à Gerência de Gestão, Planejamento e Avaliação; Gerência de Comunicação; Chefia de Gabinete e Superintendência.

Introdução



Coronavírus

Os primeiros coronavírus humanos foram isolados pela primeira vez em 1937. No entanto, foi em 1965 que o vírus foi descrito como coronavírus, em decorrência do perfil na microscopia, parecendo uma coroa.

Os coronavírus fazem parte de uma grande família viral que causam infecções respiratórias em seres humanos e animais. São exemplos de coronavírus: Alpha coronavírus 229E e NL63; Beta coronavírus OC43; HKU1; SARS-CoV e MERS-CoV.

COVID-19

O novo agente do Coronavírus (SARS-CoV-2) provoca a doença COVID-19.

As manifestações clínicas da doença são variáveis, predominando sintomas respiratórios. O espectro clínico da infecção por coronavírus é muito amplo, podendo variar de um simples resfriado até uma pneumonia severa. O paciente pode apresentar **febre, tosse, perda do olfato e/ou paladar e dificuldade para respirar**. Pessoas com comorbidades e idosos podem apresentar casos mais graves desenvolvendo síndrome respiratória aguda grave e complicações, podendo evoluir a óbito.

A disseminação ocorre de pessoa para pessoa, ou seja, a contaminação por gotículas respiratórias ou contato. Qualquer pessoa que tenha contato próximo (cerca de 1m) com alguém com sintomas respiratórios está em risco de ser exposta à infecção.

A transmissão dos coronavírus em geral costuma ocorrer pelo ar ou por contato pessoal com secreções contaminadas, como: gotículas de saliva; espirro; tosse; catarro; contato pessoal próximo, como toque ou aperto de mão; contato com objetos ou superfícies contaminadas, seguido de contato com a boca, nariz ou olhos.

A transmissibilidade dos pacientes infectados por SARS-CoV-2 é em média de 7 dias após o início dos sintomas. No entanto, a transmissão pode ocorrer mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas.

O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como síndrome gripal. O diagnóstico depende da investigação clínico-epidemiológica e do exame físico sendo confirmado por exames laboratoriais.

Introdução



Medidas não Farmacológicas



Uso de máscara



Higienização das mãos



Distanciamento Social

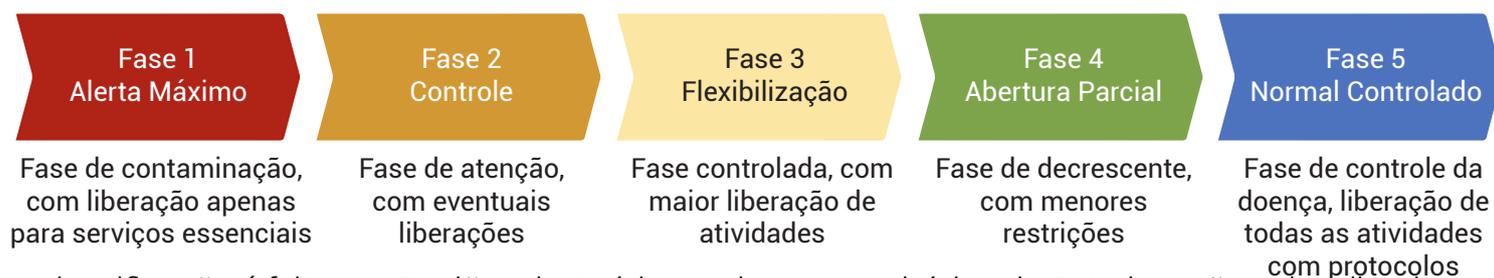


Evite aglomerações

O Plano São Paulo

O Plano São Paulo é a estratégia do Governo do Estado de São Paulo para vencer a COVID-19, baseado na ciência e na saúde. Além do combate ao vírus, busca a retomada consciente da economia pautada em critérios do sistema de saúde e da economia e sociedade. É organizado em fases que compreendem diferentes restrições.

Figura 3 - Fases do Plano SP



A classificação é feita por Regiões de Saúde e todos os municípios do Estado estão subordinados ao Plano.

Quadro 1 - Critérios de Cálculo das Fases do Plano SP

Critério	Indicadores
Capacidade do Sistema de Saúde	Taxa de ocupação de leitos UTI COVID
	Leitos UTI COVID / 100k habitantes
Evolução da epidemia	Números de casos
	Números de internações
	Número de óbitos

Nível Federal: Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-COVID-19)

Como mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta a emergência no âmbito nacional, ficando sob responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) a gestão do COE-COVID-19.

Nível Estadual: Centro de Contingência do Estado de São Paulo

Tem por objetivo monitorar e coordenar ações contra a propagação do novo coronavírus.

Nível Local:

- Regional: Comitê Regional Estratégico

Envolve o Gestor Estadual (DRS-IX) e os 62 municípios de sua área de abrangência, a fim de analisar e coordenar as ações em nível regional.

- SARS – COVID

Grupo formado pelos gestores dos hospitais de Marília, SAMU, UPA, PA, DRS, SMS, CROSS com o objetivo de articular ações para evitar restrição de atendimento nas unidades e agilizar a internação dos pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19.

- Municipal: Comitê de Enfretamento ao Novo Coronavírus

Que tem a finalidade de coordenar as ações do Poder Público Municipal, visando a contenção da expansão do vírus COVID-19;

- HCFAMEMA: Sala de Situação

objetivando articular e monitorar as atividades entre os departamentos, centralizar as decisões, integrar e alinhar as iniciativas institucionais nas ações de assistência à saúde no âmbito do HCFAMEMA.

O Plano de Contingência do HCFAMEMA



NÍVEL I (29/01/20 A 23/03/20)

Risco de admissão de pacientes com a COVID -19 no HCFAMEMA.

GESTÃO:

Medidas Administrativas:

- Elaboração do Plano de Contingência - Versão 1;
- Criação da Sala de Situação;
- Solicitação de credenciamento de leitos de UTI;
- Outras determinações para conter a transmissibilidade do vírus e viabilizar o atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados da COVID-19.

Ação	Observação	Início
Portaria HCF nº 149/2020	Institui o Grupo de Trabalho para o Plano de Contingência das Arboviroses (dengue, chikungunya e zika), Vírus Influenza e Coronavírus	29/01/20
Plano de Contingência HCFAMEMA	Divulgação do Plano de Contingência para atendimento ao paciente suspeito ou confirmado de Infecção pelo novo Coronavírus	07/02/20
E-mail DRS	Solicitação de habilitação 12 leitos UTI	-
O.S DASAC nº 32/2020	Suspensão de cirurgias eletivas no Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade	12/03/20
O.S DASMI nº 36/2020	Suspensão de cirurgias eletivas no Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil	13/03/20
Portaria HCF nº 221/2020 Portaria FAMAR nº 237/2020 Portaria FUMES nº 14/2020	Suspensão de férias aos trabalhadores HCFAMEMA, FAMAR e FUMES no período de 23 de março a 15 de maio de 2020	23/03/20
Portaria FAMEMA/HCFAMEMA nº 02/2020 Portaria FAMEMA nº 30/2020	Suspensão por 30 dias de atividades acadêmicas/teóricas e reuniões clínicas nos Departamentos de Atenção à Saúde	17/03/20
Comunicado à População	Orientações gerais sobre atendimento nas Unidades do HCFAMEMA	17/03/20
Circular HCFAMEMA nº 29/2020 a comunidade interna	Medidas adotadas pelo HCFAMEMA frente a pandemia da COVID -19	23/03/20
O.S HCF nº 41/2020	Suspensão de cirurgias eletivas em todos os departamentos assistenciais	17/03/20

O Plano de Contingência do HCFAMEMA



O.S HCF nº 43/2020	Regulamenta as visitas nos departamentos do HCFAMEMA frente a pandemia da COVID-19	23/03/20
O.S HCF nº 44/2020	Elaboração de O.S. HCFAMEMA 044/2020, referente à suspensão temporária dos estágios técnicos e de outras instituições no âmbito do HCFAMEMA	23/03/20
O.S. HCF nº 45/2020	Regulamenta as reuniões no HCFAMEMA	23/03/20
Circular HCF nº 030/2020	Suspensão imediata das visitas nas dependências do HCFAMEMA	18/03/20
O.S HCF nº 047/2020	Execução temporária da jornada laboral aos empregados públicos HCFAMEMA mediante teletrabalho	18/03/20
O.S HCF nº 048/2020	Realocação de colaboradores HCFAMEMA frente a pandemia da COVID -19	18/03/20
O.S. conjunta HCF-FAMAR nº 002/2020	Execução temporária da jornada laboral aos empregados FAMAR que prestam assistência mediante teletrabalho	18/03/20
O.S. conjunta HCF-FAMAR nº 003/2020	Realocação dos colaboradores FAMAR que prestam assistência no HCFAMEMA	18/03/20
O.S. conjunta HCF-FUMES nº 004/2020	Execução temporária da jornada laboral aos empregados FUMES que prestam assistência mediante teletrabalho	18/03/20
O.S. conjunta HCF-FUMES nº 005/2020	Realocação dos colaboradores FUMES que prestam assistência no HCFAMEMA	18/03/20
OF. HCF 487/2020	Ao DRS – Credenciamento 26 leitos UTI COVID adulto	19/03/20
Portaria HCFAMEMA nº 230/2020	Institui a Sala de Situação frente as ações de combate ao Coronavírus	19/03/20
OF HCF nº 742/2020	Ao Hemonúcleos – Transfusões de sangue frente a Pandemia da COVID-19	19/03/20
OF HCF nº 745/2020 para FAMAR	Solicitação de Contratação considerando Grupo de Risco da COVID-19	19/03/20
O.S. DGP HCF nº 049/2020	Suspende o Serviço de Atenção à Saúde do Colaborador – SASC	23/03/20
O.S HCF nº 052/2020	Execução temporária da jornada laboral mediante teletrabalho aos servidores públicos do HCFAMEMA que trabalham nos setores administrativos	20/03/20

O Plano de Contingência do HCFAMEMA



O.S. conjunta HCF-FAMAR nº 007/2020	Execução temporária da jornada laboral aos empregados FAMAR dos setores administrativos mediante teletrabalho	20/03/20
O.S. conjunta HCF-FUMES nº 008/2020	Execução temporária da jornada laboral aos empregados FUMES dos setores administrativos mediante teletrabalho	20/03/20
Circular HCF nº 31/2020	Altera as medidas ambulatoriais adotadas pelo HCFAMEMA frente a pandemia da COVID-19	20/03/20
Circular HCF nº 32/2020	Recomendação sobre autópsias nos casos confirmados de óbitos por COVID-19	20/03/20
Resolução SS 29 de 19/03/202	Início do envio obrigatório estabelecido pela Resolução SS 29 de 19/03/2020 a todos os hospitais do Estado de São Paulo, de remessa diária dos dados, através do preenchimento do Boletim Informativo Diário de Casos do Novo Coronavírus por meio do endereço https://forms.gle/bFMtKFKJ86ut9Ppc8 .	21/03/20
CI HCF Chefia de Gabinete nº 3850/2020	Apoio psicológico aos colaboradores que prestam serviço ao HCFAMEMA frente à pandemia da COVID-19	23/03/20
Portaria FAMEMA nº 36/2020	Determina Medida de quarentena na Faculdade de Medicina de Marília	23/03/20

Comunicação:

- Veiculação de postagens no site institucional e redes sociais sobre a reorganização dos atendimentos no HCFAMEMA;
- Identificação visual das áreas de atendimento;
- Participação em diversos meios de comunicação (TV; rádio; jornais) falando sobre a COVID-19 e da importância do distanciamento social para achatamento da curva de transmissibilidade;
- Divulgação de materiais de Educação em Saúde para redução da transmissibilidade e cuidados em saúde relacionada à COVID-19;
- Emissão de Relatório Diário de Ações frente a pandemia da COVID-19

O Plano de Contingência do HCFAMEMA



ASSISTÊNCIA:

Regulação:

Todos os casos regulados pela CROSS;

Leitos:

Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade – DASAC:

- Unidade de Terapia Intensiva: UTI A com 10 leitos;
- Enfermaria: Ala A com 10 leitos de Isolamento.

Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil - DASMI:

- **Lado esquerdo PS:** Crianças sem sintomas respiratórios e/ou sem SRAG;
- **Lado direito PS:** Crianças com sintomas respiratórios e/ou com SRAG;
- **Fundo PS:** Gestantes e/ou mulheres com sintomas respiratórios e/ou com SRAG;
- **Frente PS:** Gestantes e/ou mulheres sem sintomas respiratórios e/ou sem SRA
- UTI Pediátrica e Neonatal com 2 leitos
- Enfermaria Pediátrica com 8 leitos
- Enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia com 6 leitos

Suprimento e Abastecimento:

- Medicações: Previsão das medicações utilizadas para a COVID-19 e discussão de protocolos;
- EPI: Previsão dos EPIs utilizadas para a COVID-19;
- Equipamentos: Previsão dos equipamentos utilizada para a COVID-19;
- Rede de oxigênio: previsão e provisão dentro da capacidade planejada.

NÍVEL II (23/03/20 A 02/08/20)

Admissão de pacientes suspeitos ou confirmados da COVID-19 na capacidade instalada.

GESTÃO:

Medidas Administrativas:

- Solicitação de credenciamento de mais 16 leitos de UTI;
- Elaboração do Plano de Contingência - Versão 2 e Versão 3;
- Manutenção das reuniões e ações da Sala de Situação;
- Outras determinações para conter a transmissibilidade do vírus e viabilizar o atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados da COVID-19.

O Plano de Contingência do HCFAMEMA



Ação	Observação	Início
O.S HCF nº 58/2020	Determina o fechamento do atendimento presencial ao público na Superintendência do HCFAMEMA	25/03/20
Portaria FAMAR nº 252/2020	Concede férias aos empregados do grupo de risco do COVID-19	25/03/20
Portaria FAMAR nº 253/2020	Realocação de funcionários dotados de qualificação para atuação nas áreas de assistência à saúde	25/03/20
Resolução SS 29 de 19/03/202	Manutenção do envio obrigatório estabelecido pela Resolução SS 29 de 19/03/2020 a todos os hospitais do Estado de São Paulo, de remessa diária dos dados, através do preenchimento do Boletim Informativo Diário de Casos do Novo Coronavírus por meio do endereço https://forms.gle/bFMtKFKJ86ut9Ppc8 .	25/03/20
O.S HCF nº 54/2020	Determina as adequações nos Serviços de Verificação de óbitos em decorrência da pandemia da COVID-19	27/03/20
O.S HCF nº 56/2020	Determina o fluxo para solicitação de Trabalho Voluntário	26/03/20
O.S HCF nº 59/2020	Estabelece as regras para utilização dos Refeitórios das Unidades de Alimentação e Nutrição	27/03/20
O.S HCF nº 60/2020	Estabelece o fluxo para doação de Equipamento frente a Pandemia da COVID-19	27/03/20
O.S HCF nº 61/2020	Estabelece o fluxo para doação de Insumos frente a Pandemia da COVID-19	27/03/20
O.S HCF nº 62/2020	Estabelece o fluxo para doação de numerário frente a Pandemia da COVID-19	27/03/20
O.S HCF nº 63/2020	Estabelece a restrição do acompanhante às gestantes, parturientes e puérperas no DASMI	27/03/20
O.S. HCF nº 64/2020	Estabelece a organização dos recursos tecnológicos disponíveis no Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade para atendimento de pacientes com COVID-19	29/03/20
Circular HCF nº 35/2020	Esclarecimentos sobre o teletrabalho, realocação do trabalhador e possibilidades de afastamento	30/03/20

O Plano de Contingência do HCFAMEMA



CI DGP nº 4136/2020	Orientações sobre Teletrabalho	30/03/20
Port. FUMES nº 016/2020	Orienta Regime de teletrabalho	01/04/20
OF. HCF 839/2020	DRS – Necessidade de investimento para ampliação de leitos COVID	02/04/20
O.S HCF nº 66/2020	Determina Normas para entrada e permanência de acompanhantes nas dependências do HCFAMEMA durante a Pandemia da COVID-19	02/04/20
O.S HCF nº 67/2020	Normatiza o uso de uniformes privativos nos Departamentos de Atenção à Saúde em Alta Complexidade e Materno Infantil frente à Pandemia da COVID-19	02/04/20
Circular HCF nº 37/2020	Complementa medidas ambulatoriais adotadas pelo HCFAMEMA, previstas na Circular nº 31/2020 Super. HCF, frente a Pandemia da COVID-19	02/04/20
OF. HCF 853/2020	Para Centro de Reabilitação Lucy Montoro– Possibilidade de recrutamento de pessoal	02/04/20
OF. HCF nº 858/2020	à Coordenadoria de Recursos Humanos do Estado- Deliberação nº 1/2020 – COVID 19 Profissionais HCFAMEMA em teletrabalho	03/04/20
OF. HCF 862/2020	SES-DRS Necessidade de investimento para ampliação de leitos COVID	06/04/20
O.S. HCF nº 68/2020	Reorganiza o fluxo para a realização de radiografias frente a Pandemia de COVID-19	06/04/20
O.S. HCF nº 69/2020	Reorganiza o fluxo para a realização de tomografias e ultrassonografias frente a Pandemia de COVID-19	06/04/20
O.S. HCF nº 70/2020	Reorganiza o fluxo do SASC frente à Pandemia de COVID-19	06/04/20
OF. HCF 880/2020	à DRS para orientações aos profissionais dos Municípios da Área de abrangência do DRS-IX quanto ao uso de EPIs	07/04/20
Circular HCF nº 40/2020	Trata das Pactuações Comitê de Operações Estratégicas COVID-19- DRS IX	13-04/20
Plano de Contingência HCFAMEMA	Plano de Contingência HCFAMEMA para infecção humana pelo novo coronavírus COVID 19 (ANEXO I);	15/04/20

O Plano de Contingência do HCFAMEMA



Vídeos de capacitação HCFAMEMA	Vídeos Institucionais através do link de acesso: https://classroom.google.com/u/0/h	16/04/20
OF HCF nº 945/2020	À Hemorrede Estadual - Plano de Contingência no Cenário apresentado pela Pandemia frente ao Coronavírus causador da COVID-19	17/04/20
OF HCF nº 922/2020	Ao Ministério Público do Estado de São Paulo Realização de métodos de testes da COVID-19	22/04/20
OF. HCF 1017/2020	SES-DRS – Necessidade para implantação de MAIS 12 leitos COVID	24/04/20
O.S. HCF 72/2020	Prorroga as Ordens de serviço n. 41,43, 44 e 53	24/04/20
Circular HCF 42/2020	Prorroga as circulares n. 29, 31 e Comunicado a População	24/04/20
Circular HCF 43/2020	Monitoramento dos pacientes suspeitos ou confirmados da COVID-19 pelo programa Melhor em Casa	28/04/20
OF HCF 1027/2020	Campos de Estágio atualmente disponíveis nos Departamentos de Atenção à Saúde do HCFAMEMA	29/04/20
CI nº 5227/2020	Fluxo para óbitos em trânsito durante a Pandemia da COVID-19	30/04/20
O.S HCF 77/2020	Estabelece fluxo para doações frente a pandemia da COVID-19	05/05/20
Circular HCF 45/2020	Utilização de máscaras por todos os colaboradores no HCFAMEMA	06/05/20
CI 5475/2020	Atendimento aos funcionários com sintomas respiratórios	06/05/20
O.S HCF 80/2020	Determina a aferição de temperatura corporal dos colaboradores no HCFAMEMA	07/05/20
CI HCF 5586/2020	Horário de atendimento SASC a funcionários com sintomas respiratórios	07/05/20
OF. HCF 1088/2020	À COREME – Solicitação de apoio frente a pandemia da COVID	08/05/20
O.S Conjunta HCFAMEMA/FAMAR/FUMES nº 11/2020	Dispõe sobre as diretrizes e orientações temporárias do plano de ação frente a COVID-19, bem como regulamenta a possibilidade de afastamentos, implementação do teletrabalho e realocação do trabalhador (ANEXO I);	01/06/20

O Plano de Contingência do HCFAMEMA



Protocolo Clínico HCF	Protocolo Clínico do HCFAMEMA para Manejo da Covid-19	02/06/20
O.S HCF nº 86/2020	Estabelece o fluxo para solicitação e realização do Teste Rápido para COVID na Instituição	02/06/20
OF. HCF 1233/2020	Resposta ao Ofício nº 525_2020_MPF_PRM-MII_LAPF - Esclarecimentos sobre a implementação da telemedicina no HCFAMEMA	04/06/20
Memorando Circular HCF nº224/2020	Testagem Diagnóstica para Covid-19 em Profissionais HCFAMEMA	09/06/20
Cadastro CADVISA	Realizado Cadastramento da ampliação de 20 leitos de UTI, no Sistema de Informação CADVISA, disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/cadvisa.asp	09/06/20
/20Protocolo	Protocolo para Descontinuação de Precauções Baseadas na Transmissão e acomodação dos Pacientes com Suspeita (ou Confirmação) da COVID-19 no HCFAMEMA	15/06/20
OF HCF 1353/2020	FUMES FAMAR - Afastamento de Colaboradores com Sintomas Gripais	17/06/20
MC HCF 364/2020	Informações sobre a Covid-19 aos Profissionais da Saúde	17/06/20
OS HCF 100/2020	Orientação sobre coleta de Swab a pacientes que necessitem internação na instituição	22/06/20
OF HCF 1378-2020	Informações sobre implementação da telemedicina no HCFAMEMA	23/06/20
MC HCF 525-2020	Atendimento especializado para tabagistas no Serviço de Atenção a Saúde do Colaborador (SASC) do HCFAMEMA	25/06/20
OF HCF 1406-2020	A DRS – Equipamentos de Ventilação Mecânica recebidos da SES	25/06/20
PT HCF 003-2020	Grupo de Trabalho para Planejamento do Retorno do Internatodo Curso de Medicina e Estágio do 4º Ano do Curso de Enfermagem	29/06/20
Protocolo	Protocolo Clínico para Manejo da Covid-19 - Pediatria	01/07/20
Protocolo	Protocolo Clínico para Manejo da Covid-19 Ginecologia e Obstetrícia	01/07/20
Protocolo	Protocolo Clínico para Manejo da Covid-19 - Alta Complexidade	01/07/20

O Plano de Contingência do HCFAMEMA



OF HCF 1482-2020	Demandas Covid para COSEMS	03/07/20
OS HCF 104-2020	Estabelece a restrição do acompanhante às gestantes e puérperas, pré e após o parto no Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil frente à pandemia da Covid-19	07/07/20
MC HCF 881-2020	Orientações Sobre Aglomerações em Refeitórios e Espaços do HCFAMEMA	07/07/20
Plano de Contingência	Plano de Contingência HCFAMEMA para Infecção Humana Coronavírus - COVID-19 - V03	21/07/20
OF HCF 1664-2020	DRS - Retomada dos Atendimentos Ambulatoriais	28/07/20
OS HCF 110-2020	Dispõe sobre o referenciamento das Unidades de Urgência dos Departamentos de Atenção à Saúde	28/07/20
Memo HCF 1275-2020	PROIID - Pandemia Covid-19	29/07/20
MC HCF 1449-2020	Justificativa sobre Suspensão Temporária das Cirurgias Eletivas	29/07/20

Comunicação:

- Cartilhas de Orientação a População Interna e Externa;
- Cartazes de Orientação à população interna;
- Boletim informativo à imprensa;
- Comunicação da suspensão de atendimentos eletivos em ambulatório e cirurgias;
- Divulgação de materiais de Educação em Saúde para redução da transmissibilidade e cuidados em saúde relacionada à COVID-19;
- Emissão de Relatório Diário de Ações frente a pandemia da COVID-19, enviado ao Ministério Público e demais órgãos.

ASSISTÊNCIA:

Regulação:

Todos os casos regulados pela CROSS;

Leitos:

Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade – DASAC:

Unidade de Terapia Intensiva: UTI com 26 leitos;

Enfermaria: Ala com 38 leitos de isolamento.

O Plano de Contingência do HCFAMEMA



Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil – DASMI:

- **Lado esquerdo PS:** Crianças sem sintomas respiratórios e/ou sem SRAG
- **Lado direito PS:** Crianças com sintomas respiratórios e/ou com SRAG;
- **Fundo PS:** Gestantes e/ou mulheres com sintomas respiratórios e/ou com SRAG;
- **Frente PS:** Gestantes e/ou mulheres sem sintomas respiratórios e/ou sem SRA
- UTI Pediátrica e Neonatal com 2 leitos
- Enfermaria Pediátrica com 8 leitos
- Enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia com 6 leitos

Suprimento e Abastecimento:

- Medicações: Previsão das medicações utilizadas para a COVID-19 e discussão de protocolos;
- EPI: Previsão dos EPIs utilizadas para a COVID-19;
- Equipamentos: Previsão dos equipamentos utilizadas para a COVID-19;
- Rede de oxigênio: previsão e provisão dentro da capacidade planejada.

Diagnóstico Laboratorial:

- Contratação de serviço externo para realização de RT PCR.

NÍVEL III (03/08/20 07/01/2021)

Admissão de pacientes suspeitos e confirmados com COVID-19 no total da capacidade instalada

GESTÃO:

Medidas Administrativas:

- Solicitação de credenciamento de mais 14 leitos de UTI;
- Manutenção das reuniões e ações da Sala de Situação;
- Outras determinações para conter a transmissibilidade do vírus e viabilizar o atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados da COVID-19.

O Plano de Contingência do HCFAMEMA



Ação	Observação	Início
OS HCF 111-2020	Dispõe sobre o fluxo de atendimento e entrada de pacientes suspeitos de infecção de COVID-19 na Unidade de Terapia Intensiva	05/08/20
Resolução SS 29 de 19/03/2020	Manutenção do envio obrigatório de dados, estabelecido na Resolução SS 29/2020, mediante o preenchimento do "Censo COVID-19" por meio do endereço eletrônico https://censocovid19.saude.sp.gov.br/ . Os dados solicitados pelo censo são relacionados ao quantitativo de leitos exclusivos para COVID-19 (Enfermaria e UTI), pacientes internados, altas, óbitos, casos suspeitos ou confirmados, além do total acumulado com diagnóstico positivo desde 19/05/2020.	06/08/20
Portaria MS 758/2020	Manutenção do envio obrigatório de dados, estabelecido na Portaria MS 758/2020, mediante preenchimento do "e-SUS Notifica" por meio do endereço eletrônico https://notifica.saude.gov.br/login . Os dados solicitados pelo Ministério da Saúde são relacionados ao quantitativo de leitos exclusivos para COVID-19 (Enfermaria e UTI), pacientes internados, altas, óbitos e casos suspeitos ou confirmados.	06/08/20
OF HCF 1693-2020	Protocolo para Direcionamento de pacientes na Urgência, Emergência e Unidades Básicas de Saúde	06/08/20
Cartilha	Comitê Regional de Enfrentamento a Pandemia - DRS	12/08/20
OS HCF 115-2020	Determina o fluxo para a coleta da Swab frente à pandemia da COVID-19	28/08/20
OS HCF 116-2020	Fluxo Internação UTI COVID	31/08/20
Cartilha	Orientação aos Alunos durante a pandemia da COVID-19	01/09/20
Of. HCF 2069/2020	DRS – Credenciamento de 2 leitos de UTI pediátrica	15/09/20

O Plano de Contingência do HCFAMEMA



OS HCF 120-2020	Reorganiza o fluxo atendimento de funcionários frente à Pandemia de COVID-19	28/09/20
OS HCF 120-2020	RET-RAT - Reorganiza o fluxo atendimento de funcionários, residentes e estudantes, frente à Pandemia de COVID-19	05/10/20
MC HCF 2870-2020	Retomada dos trabalhos da Assistência Religiosa na Instituição	19/10/20
MC HCF 2993-2020	Retomada dos atendimentos ambulatoriais no HCFAMEM	19/10/20
OF. HCF 2582/2020	DRS – desmobilização leitos enfermaria COVID.	05/11/20
OF HCF 2582-2020	Desmobilização de leitos de enfermaria Covid.	09/11/20
OS HCF202000001A	Proíbe aglomerações e comemorações nas dependências do HCFAMEMA	30/11/20
OFI HCF 210A/2020	DRS – 31 Leitos enfermaria COVID	18/12/20
OF HCF 210A	DRS IX – Aumentode Leitos de enfermaria Covid	18/12/20
OS HCF 1A	Proíbe aglomerações e comemorações nas dependências do HCFAMEMA	25/11/20

Comunicação:

- Cartilhas de Orientação a População Interna e Externa;
- Cartazes de Orientação à população interna;
- Boletim informativo à imprensa;
- Cartilha de orientação ao retorno dos alunos durante a Pandemia;
- Divulgação de materiais de Educação em Saúde para redução da transmissibilidade e cuidados em saúde relacionada à COVID-19;
- Emissão de Relatório Semanal de Ações frente a pandemia da COVID-19, enviado ao Ministério Público e demais órgãos.

O Plano de Contingência do HCFAMEMA



ASSISTÊNCIA:

Regulação:

Todos os casos regulados pela CROSS

Leitos:

Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade – DASAC:

- Unidade de Terapia Intensiva: UTI com 40 leitos atingindo capacidade total;
- Enfermaria: Ala com 25 leitos de isolamento.

Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil – DASMI:

- **Lado esquerdo PS:** Crianças sem sintomas respiratórios e/ou sem SRAG
- **Lado direito PS:** Crianças com sintomas respiratórios e/ou com SRAG;
- **Fundo PS:** Gestantes e/ou mulheres com sintomas respiratórios e/ou com SRAG;
- **Frente PS:** Gestantes e/ou mulheres sem sintomas respiratórios e/ou sem SRA;
- UTI Pediátrica e Neonatal com 2 leitos
- Enfermaria Pediátrica com 8 leitos
- Enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia com 6 leitos

Suprimento e Abastecimento:

- Medicações: Previsão das medicações utilizadas para a COVID-19 e discussão de protocolos;
- EPI: Previsão dos EPIs utilizadas para a COVID-19;
- Equipamentos: Previsão dos equipamentos utilizada para a COVID-19;
- Rede de oxigênio: previsão e provisão da rede de oxigênio com troca de evaporador para manutenção da efetividade da rede.

Diagnóstico Laboratorial:

Início das atividades do laboratório de realização de diagnóstico da COVID -19 por RT-PCR no HCFAMEMA.

O Plano de Contingência do HCFAMEMA



NÍVEL IV (07/01/2021 até o momento atual):

Admissão de pacientes suspeitos ou confirmados por COVID-19 acima do total da capacidade instalada necessitando de alocação de recursos escassos.

GESTÃO:

Medidas Administrativas:

- Manutenção das reuniões formais e extraordinárias e ações da Sala de Situação;
- Esforços para abertura de 10 novos leitos de UTI Adulto COVID-19 – já autorizados pelo - Governo do Estado de São Paulo – condicionados a contratação de recursos humanos e equipamentos.
- Outras determinações para conter a transmissibilidade do vírus e viabilizar o atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados da COVID-19.

Ação	Observação	Início
Resolução SS 29 de 19/03/2020	Manutenção do envio obrigatório de dados, estabelecido na Resolução SS 29/2020, mediante o preenchimento do "Censo COVID-19" por meio do endereço eletrônico https://censocovid19.saude.sp.gov.br/ . Os dados solicitados pelo censo são relacionados ao quantitativo de leitos exclusivos para COVID-19 (Enfermaria e UTI), pacientes internados, altas, óbitos, casos suspeitos ou confirmados, além do total acumulado com diagnóstico positivo desde 19/05/2020.	06/08/20
OFI HCF 134A	Abertura 4 leitos UTI COVID	15/01/21
OFI HCF 137A	Abertura de mais 10 leitos UTI COVID	16/01/21
OFI HCF 149A	Ampliação 10 leitos de UTI COVID	18/01/21
OFI HCF 161A	DRS – Retificação ofício – locação equipamentos	19/01/21
OFI HCF 214A	Solicitação de vacinas	26/01/21
OFI HCF 216A	Ampliação leitos clínicos COVID	27/01/21
Versão 1	Plano de Imunização COVID-19 HCFAMEMA	20/01/21
Versão 1	Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação Coronavírus COVID-19 HCFAMEMA	28/01/21
OFI HCF 2021/216A	Abertura de 9 leitos Enfermaria adulto COVID	27/01/21
EXP HCF 2021/401A	A SMS - Vacinação Funcionários Lucy Montoro;	31/01/21
Versão 2	Plano de Imunização COVID-19 HCFAMEMA	03/02/21
MEM HCF 2021/668A	Cronograma 2ª Dose de Vacina Coronavac	08/02/21

O Plano de Contingência do HCFAMEMA



EXP HCF 2021/710A	Segunda dose vacinação pelo HCFAMEMA	16/02/21
EXP HCF 2021/798A	Graduação - Inserção 3º ano de enfermagem nos cenários de prática	19/02/21
OFI HCF 264A/2021	DRS – Prorrogação da habilitação de 10 leitos de UTI	02/02/21
OFI HCF 2021/446A	Resposta MP Ofício nº 20 2021	19/02/21
EXP HCF 2021/892A	MEM 2021/1118A - Versão 3 - Plano de Imunização COVID-19	24/02/21
OFI HCF 559A/2021	DRS – Abertura de 10 leitos UTI COVID	05/03/21
OFI HCF 660A/2021	Ao DRS – Necessidades para abertura de 10 novos leitos UTI - Total 50 leitos	17/03/21
OFI HCF 733A/2021	Ao DRS fechamento temporário ambulatorios	25/03/21
EXP HCF 1526A/2021	À FAMAR – Necessidades para abertura de 10 novos leitos de UTI COVID e solicitação de contratação	25/03/21
O.S HCF 10A/2021	Fluxo para imunização COVID	16/03/21
OS HCF 12A/2021	Medidas de Prevenção à Covid-19 - Suspensão dos ambulatorios e cirurgias eletivas no HCFAMEMA	24/03/21
MEM HCF 1891/2021	Aos Departamentos - Último dia de vacinação	26/03/21
MEM HCF 1956A/2021	Ao Departamentos – Atendimentos COVID cinturão amarelo	26/03/21

Comunicação:

- Boletim informativo à imprensa;
- Comunicação da suspensão de atendimentos eletivos em ambulatorio e cirurgias;
- Divulgação de Educação em Saúde para redução da transmissibilidade e cuidados em saúde relacionada à COVID-19.
- Emissão de Relatório Mensal de Ações frente a pandemia da COVID-19, enviado ao Ministério Público e demais órgãos.
- Veiculação de postagens no site institucional e redes sociais sobre a suspensão dos ambulatorios e cirurgias eletivas no HCFAMEMA.

ASSISTÊNCIA:

Regulação:

- Todos os casos regulados pela CROSS
- Regulação pelo NIR dos casos do Cinturão Amarelo após horário do atendimento das unidades.
- Regulação Interna: Utilização das Recomendações da AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência, SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19.

O Plano de Contingência do HCFAMEMA



Leitos:

Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade – DASAC:

- Unidade de Terapia Intensiva: UTI com 40 leitos atingindo capacidade total;
- Enfermaria: Ala com 34 leitos de isolamento e Enfermaria de Moléstias Infecciosas com 5 leitos utilizados para internação clínica Covid, totalizando 39 leitos;
- Pronto Socorro utilização da sala de Triagem para Sintomáticos Respiratórios, com recursos escassos para isolamento para casos suspeitos e confirmados (contenção da transmissibilidade);
- Utilização do isolamento da Sala Vermelha para atendimento COVID-19 – paciente com necessidade de ventilação mecânica;

Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil – DASMI:

Lado esquerdo PS: Crianças sem sintomas respiratórios e/ou sem SRAG;

Lado direito PS: Crianças com sintomas respiratórios e/ou com SRAG;

Fundo PS: Gestantes e/ou mulheres com sintomas respiratórios e/ou com SRAG;

Frente PS: Gestantes e/ou mulheres sem sintomas respiratórios e/ou sem SRAG;

UTI Pediátrica e Neonatal com 2 leitos

Enfermaria Pediátrica com 8 leitos

Enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia com 6 leitos

Suprimento e Abastecimento:

- Medicamentos: Previsão e consignação de medicamentos utilizadas para a COVID-19 e discussão de protocolos;
- Fornecimento de medicamentos essenciais pela Secretaria do Estado da Saúde e Ministério da Saúde;
- Criação de um Grupo de Trabalho para elaboração do Plano de Racionalização de Medicamentos e Insumos;
- EPI: Previsão e controle do uso dos EPIs utilizadas para a COVID-19;
- Equipamentos: Previsão e mapeamento dos equipamentos utilizados para a COVID-19.
- Criação de um Grupo de Trabalho para elaboração do Plano de Contingência da Rede de Oxigênio e Uso Racional do Oxigênio.

Diagnóstico Laboratorial:

Manutenção das atividades do laboratório de realização de diagnóstico da COVID -19 por RT-PCR no HCFAMEMA, com previsão e provisão dos recursos.

O Plano de Contingência do HCFAMEMA



NÍVEL V

Admissão de pacientes suspeitos ou confirmados por COVID-19 acima do total da capacidade instalada necessitando de alocação de recursos escassos em situação de CATÁSTROFE.

GESTÃO:

Medidas Administrativas:

- Manutenção das reuniões formais e extraordinárias e ações da Sala de Situação;
- Outras determinações para conter a transmissibilidade do vírus;
- Esforços para abertura de 10 novos leitos de UTI Adulto COVID-19 – já autorizados pelo Governo do Estado de São Paulo – condicionados a contratação de recursos humanos e equipamentos.

Comunicação:

- Boletim informativo à imprensa;
- Divulgação de materiais de Educação em Saúde para redução da transmissibilidade e cuidados em saúde relacionada à COVID-19.
- Emissão de Relatório Mensal de Ações frente a pandemia da COVID-19, enviado ao Ministério Público e demais órgãos.

ASSISTÊNCIA:

Regulação:

- Todos os casos regulados pela CROSS;
- Regulação pelo NIR dos casos do Cinturão Amarelo após horário do atendimento das unidades;
- Nos casos de esgotamento de recursos para atendimento – espaço físico, rede de oxigênio, equipe assistencial, medicamento e equipamento – o paciente deverá permanecer no local que garanta o mínimo suprimento para manutenção da vida (ex: Ambulância).
- Regulação Interna: Utilização das Recomendações da AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência, SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19.

O Plano de Contingência do HCFAMEMA



Leitos:

Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade – DASAC:

- Unidade de Terapia Intensiva: UTI com 40 leitos atingindo capacidade total;
- Enfermaria: Ala com 34 leitos de isolamento;
- Enfermaria de Moléstias Infecciosas: Utilizada para internação clínica;
- Pronto Socorro: Utilização da sala de Triagem para Sintomáticos Respiratórios, com recursos escassos para isolamento para casos suspeitos e confirmados (contenção da transmissibilidade);
- Utilização do isolamento da Sala Vermelha para atendimento COVID-19 – paciente com necessidade de ventilação mecânica;

PLANO A PARA CATÁSTROFE:

- Transformação da Sala Amarela em espaço de internação para COVID-19;
- Paciente não COVID, em observação na sala Amarela será alocado na sala do antigo laboratório;
- Os consultórios de atendimentos, sala dos médicos, ortopedia, psiquiatria e oftalmologia serão transferidos para o braço antigo da Unidade de Urgência e Emergência;
- Sala de Estabilização – VERMELHA se mantém, isolada e com medidas reforçadas para redução da transmissibilidade.

PLANO B PARA CATÁSTROFE:

- Manutenção de uma sala para realização de cirurgia de emergência isenta de contaminação, e utilização das demais salas para atendimentos de pacientes COVID-19 com necessidade de suporte intensivo ou remanejamento de pacientes de UTI Geral para Centro Cirúrgico e Transformação da UTI Geral em UTI COVID-19.

OBSERVAÇÃO: planos condicionados a convocação de equipe médica (anestesia e outros), enfermagem e multiprofissional para manutenção das atividades assistenciais.

Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil – DASMI:

- **Lado esquerdo PS:** Crianças sem sintomas respiratórios e/ou sem SRAG
- **Lado direito PS:** Crianças com sintomas respiratórios e/ou com SRAG;
- **Fundo PS:** Gestantes e/ou mulheres com sintomas respiratórios e/ou com SRAG;
- **Frente PS:** Gestantes e/ou mulheres sem sintomas respiratórios e/ou sem SRA;
- UTI Pediátrica e Neonatal com 2 leitos
- Enfermaria Pediátrica com 8 leitos e internação de crianças em salas de isolamento no Pronto Socorro;
- Enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia com 6 leitos e se necessário ampliação de leitos para ginecologia/obstetrícia COVID.

O Plano de Contingência do HCFAMEMA



Suprimento e Abastecimento:

- Medicamentos: Previsão e consignação de medicações utilizadas para a COVID-19 e discussão de protocolos;
- Seguir Plano de Racionalização de Medicamentos e Insumos;
- EPI: Previsão e controle do uso dos EPIs utilizadas para a COVID-19;
- Equipamentos: Previsão e mapeamento dos equipamentos utilizados para a COVID-19;
- Seguir Plano de Contingência da Rede de Oxigênio e Uso Racional do Oxigênio;

Diagnóstico Laboratorial:

- Manutenção das atividades do laboratório de realização de diagnóstico da COVID -19 por RT-PCR no HCFAMEMA, com previsão e provisão dos recursos.

Defesa Pública:

- Convocação da Policia Militar para apoio.

ANEXOS



ANEXO I – Protocolo de Descontinuação de Precauções baseadas na transmissão e acomodação dos pacientes com suspeita ou confirmação da COVID-19 no HCFAMEMA – Versão 1 – 15/06/2020.

ANEXO II - Protocolo Clínico HCFAMEMA para manejo da COVID-19 – Pediatria – Versão 2 – 09/04/2021;

ANEXO III - Protocolo Clínico HCFAMEMA para manejo da COVID-19 – Ginecologia e Obstetrícia – Versão 3 – 21/04/2021;

ANEXO IV - Protocolo Clínico HCFAMEMA para manejo da COVID-19 – Alta Complexidade – Versão 5 – 12/04/2021;

ANEXO V – Comitê Regional de Enfrentamento à Pandemia COVID-19 – DRS IX – Marília – SP – Algoritmo Atendimento Básico COVID-19 HCFAMEMA – Versão 1 – 22/07/2020;

ANEXO VI - Recomendações da AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência, SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19;

ANEXO VII – Plano de Contingência da Rede de Oxigênio e Uso Racional do Oxigênio;

ANEXO VIII – Plano de Racionalização de Medicamentos e Insumos.

Referências



MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus COVID-19. Brasília(DF); 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. Boletim Epidemiológico nº 07. Brasília(DF); 06 de abril de 2020.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Plano São Paulo. Disponível em: https://www.saopaulo.sp.gov.br/planosp/?utm_source=portal&utm_medium=banner&utm_campaign=PlanoSP. Acesso em 28 de março de 2021.



R. Doutor Reinaldo Machado, 255
Fragata I Marília-SP I CEP:17519-080
CNPJ nº 24.082.016/0001-59



Whatsaap: (14) 99649-5783
Telefone: (14) 3434-2500



www.hc.famema.br
superintendencia@hc.famema.br



/hcfamema



@hcfamema

Protocolo para Descontinuação
de Precauções Baseadas na
Transmissão e a Acomodação
dos Pacientes com Suspeita
(ou Confirmação)
da COVID-19 no
HCFAMEMA



Esse protocolo assume as seguintes premissas:



➔ A pesquisa de antígenos através a extração do RNA em nosso contexto e nesse momento da pandemia, só será operacionalizada caso os pacientes apresentem-se sintomáticos para a síndrome gripal

➔ O mesmo, com uma coleta adequada, só oferece a possibilidade diagnóstica após 72 horas do início dos sintomas e seu resultado, nesse momento, pode demorar até 72 horas para ser disponibilizado

➔ Assumimos que em média os pacientes positivos (+) transmitem o vírus por 10 dias do início dos sintomas (o tempo pode ser maior nos casos graves e nos imunodeprimidos)

➔ Sensibilidade de um teste é definida pela proporção de pacientes com a doença que apresentam um teste (+), portanto o verdadeiro (+)

➔ Especificidade de um teste é definida pela proporção de pacientes sem a doença e que apresentam o teste negativo (-), portanto o verdadeiro (-)

➔ Eles podem ser combinados para o cálculo da razão de verossimilhança (likelihood rate) que são números que indicam a força de um resultado negativo ou positivo e convertem a probabilidade pré-teste em pós-teste

1- Razão de verossimilhança maior que 1, são progressivamente mais fortes, representando o 10 um teste positivo muito forte

2- Razão de verossimilhança menor que 1, são progressivamente mais fortes, representando o 0,1 um teste negativo muito forte

➔ No caso do Swab Nasofaríngeo para pesquisa do vírus, a razão de verossimilhança positiva é da ordem de 14, considerada muito boa. A razão de verossimilhança negativa é da ordem de 0,3, apenas moderada, daí a dificuldade de interpretá-lo quando negativo

Esse Protocolo Assume as Seguintes Premissas:



➔ Um único resultado negativo pode não ser decisivo quando o pré-teste em relação à doença (Covid-19) é alto

➔ Um diagnóstico alternativo à Covid-19 mais provável reduz muito a probabilidade pré-teste, diminuindo (se tomarmos como exemplo um pré-teste de 50%) o risco para 24%, após 1 teste RT-PCR -. Dois resultados - derrubam a probabilidade diagnóstica de Covid-19 à 10%

➔ Pela ausência de um "gold-standard", pragmaticamente assumimos que a clínica deve ser o "gold-standard" e, portanto, devemos nos valer da melhor história, do contato ou não com outros pacientes positivos, ultrassom de tórax, CT de tórax e mais que um teste RT-PCR para a definição da hipótese diagnóstica, a critério do médico assistente. O mesmo deve ocorrer na definição da descontinuidade das precauções

➔ Por tudo que já foi exposto, não existe o contexto de 100% de certeza e 0% de equívoco na descontinuidade das precauções

➔ As famílias e os profissionais de saúde devem ser alertados das limitações dos testes aplicados

➔ A pesquisa de anticorpos só torna-se potencialmente efetiva após o 8º (mais certamente o 10º) dia de infecção, portanto, presta-se mais ao controle de cura da doença

➔ Nossa UTI reservada aos pacientes suspeitos de Covid-19 apresenta, atualmente, apenas 1 leito de isolamento e outros 10 leitos em coorte. Portanto, após a segunda internação, todos os suspeitos, confirmados ou não, passam a ser potencialmente contaminados

➔ Nossa enfermaria reservada aos pacientes Covid-19 conta com 10 leitos de isolamento e condições subótimas para ventilação e monitoramento dos pacientes em insuficiência respiratória

➔ Para a alta de pacientes, podemos nos valer das seguintes estratégias:

1- Estratégia baseada em testes

2- Estratégia baseada em sintomas (naqueles pacientes que apresentaram sintomas)

3- Estratégia baseada em tempo (naqueles pacientes que não apresentaram sintomas)

Podemos nos utilizar da estratégia mais apropriada para a tomada de decisão

Critérios para Suspensão da Precaução de Isolamento



Os critérios e o momento de suspensão do isolamento não estão claros nem são consensuais, dependendo da probabilidade da doença, da gravidade do caso, da disponibilidade de testes e das condições infra-estruturais do sistema de saúde

No HCFAMEMA, seguiremos neste momento a seguinte normativa

CASOS CONFIRMADOS

➔ Manter isolamento até resolução dos sintomas e negativação do PCR em dois exames coletados com intervalo mínimo de 24 horas

➔ Pacientes confirmados em condições de alta devem ser encaminhados de alta, porém, com isolamento domiciliar até completar 14 dias do início dos sintomas

CASOS SUSPEITOS

Os pacientes internados como casos suspeitos serão categorizados pelo Colegiado Definido para esse fim (Diretores do DASMI E DASAC, Médico infectologista e Coordenador das enfermarias do DASAC), baseado em história clínica e achados ultrassonográficos e/ou tomográficos, em suspeita forte e fraca, de acordo com o exposto nesse documento

➔ **Suspeita forte:** são necessários dois exames de PCR negativos coletados com intervalo mínimo de 24 horas para suspensão do isolamento

➔ **Suspeita forte em condições de alta** devem ser encaminhados para casa com isolamento domiciliar até completar 14 dias do início dos sintomas

➔ **Suspeita fraca:** basta um exame de PCR negativo para suspensão das medidas de precaução

Não existe recomendação de quarentena para pacientes nos quais a hipótese de COVID-19 tenha sido afastada, mesmo para aqueles provenientes de unidades COVID-19 abertas

Pacientes com suspeita afastada de infecção pelo COVID-19 poderão ser mantidos como casos suspeitos de infecção pelo vírus Influenza. Nestes casos, deverão ser mantidos em precauções de gotículas até sete dias do início dos sintomas, sem recomendações de quartos privativos

Obs: Em última análise, o julgamento clínico, o grau de suspeita da infecção, a adequação da estrutura de cuidado e a sobrecarga enfrentada pelo sistema determinarão a continuidade ou descontinuidade das precauções e onde alojar os pacientes

Critérios para Suspensão da Precaução de Isolamento



COVID + COM SINTOMAS

Estratégia baseada em sintomas:

Após 72 horas desde sua recuperação, definidas como:

- Ausência de Febre (sem utilização de antitérmico)
- Melhora dos sintomas respiratórios (tosse, desconforto e outros) **E**
- Até 10 dias após o início dos sintomas

Estratégia baseada em testes:

- Ausência de Febre (sem utilização de antitérmico) ; E
- Melhora dos sintomas respiratórios (tosse, desconforto e outros); E
- 2 amostras de RT-PCR negativo (intervalo = ou > 24 hr)

COVID + SEM SINTOMAS

Estratégia baseada em tempo:

- 10 dias de teste positivo

Estratégia baseada em testes:

- 2 amostras de RT-PCR negativo (intervalo = ou > 24 hr)

COVID -

A decisão de descontinuar as precauções pode ser tomada após ao menos 1 teste negativo, na dependência de disponibilidade do mesmo

- Se o pré-teste para a doença for elevado, considere realizar o 2º teste e mantenha as precauções até o resultado
- Se o paciente nunca foi testado, aplique a estratégia baseada em sintomas, descrita acima

Center for Disease Control and Prevention. **Discontinuation of Transmission-Based Precautions and Disposition of Patients with COVID-19 in Healthcare Settings (Interim Guidance)**. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/disposition-hospitalized-patients.html>. Acesso em 04 de jun de 2020.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Nota técnica conjunta 01 / 2020: utilização e distribuição de testes rápidos para COVID-19**. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Nota-Conjunta-Conass-e-Conasems-Testes-R%C3%A1pidos-Covid19.pdf>. Acesso em 04 de jun de 2020.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Como interpretar os testes para infecção por SARS-CoV-2 (Coronavírus) em pacientes suspeitos ou com COVID-19**. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/es/covid19/item/977-como-utilizar-os-testes-de-covid-19-ag-fia-e-igg-igm>. Acesso em 04 de jun de 2020.

Hospital das Clínicas – HC. Universidade Estadual de Campinas. **Protocolo institucional Manejo do paciente internado na enfermaria com COVID-19**. Disponível em: <https://hc.unicamp.br/wp-content/uploads/2020/05/Protocolo-enfermaria-COVID-19-Vers%C3%A3o-3.1.pdf>. Acesso em 04 de jun de 2020.

Sethuraman N, Jeremiah SS, Ryo A. **Interpreting Diagnostic Tests for SARS-CoV-2**. JAMA. Published online May 06, 2020. doi:10.1001/jama.2020.8259

Watson J, Whiting PF e Brush JE. **Interpreting a covid-19 test result**. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1808>. Acesso em 04 de jun de 2020.



R. Doutor Reinaldo Machado, 255
Fragata I Marília-SP I CEP:17519-080
CNPJ nº 24.082.016/0001-59



Whatsaap: (14) 99649-5783
Telefone: (14) 3434-2500



www.hc.famema.br
superintendencia@hc.famema.br



[/hcfamema](https://www.facebook.com/hcfamema)



[@hcfamema](https://www.instagram.com/hcfamema)

Protocolo Clínico HCFAMEMA para Manejo da COVID-19

Pediatria



Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília.

H828p Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília.

Protocolo clínico HCFAMEMA para manejo da COVID - 19 : pediatria / Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília. – Marília, 2020.
21 f.

1. Coronavírus. 2. Infecções por coronavírus. 3. Protocolos clínicos. 4. Pediatria.

CDD 618.92

O HCFAMEMA tem como missão “cuidar da saúde das pessoas em média e alta complexidade integrando o Sistema Único de Saúde, sendo cenário de ensino, pesquisa e inovação tecnológica”. Para tanto, pauta-se nos valores de respeito à vida; compromisso ético; transparência nas ações e resultados; gestão participativa; trabalho em equipe; sustentabilidade; desenvolvimento profissional; eficiência e excelência.

Uma das ferramentas utilizadas para garantir eficiência; excelência e qualidade na assistência é a implantação de Protocolos Clínicos, uma vez que promovem a padronização das condutas médicas, organizam e facilitam a tomada de decisões da gestão hospitalar e ampliam a segurança do paciente, diminuindo o risco de erros e eventos adversos.

Com esse objetivo e considerando o contexto epidemiológico atual com a pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), a Sala de Situação do HCFAMEMA elaborou o “Protocolo Clínico HCFAMEMA para manejo da COVID-19 – Pediatria.

O documento busca nortear a conduta dos profissionais da instituição para o atendimento dos casos suspeitos e confirmados da patologia.

No dia 29 de dezembro de 2019, um hospital de Wuhan, na China, informou a existência de quatro pessoas com pneumonia de causa desconhecida e afirmou que todas teriam trabalhado no Mercado Atacadista de Frutos do Mar de Huanan. A emergência do novo Coronavírus (2019-nCoV) como agente causador da doença respiratória foi reportada à Organização Mundial de Saúde (OMS) em 31 de dezembro de 2019.

A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a maioria (cerca de 80%) dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos e, aproximadamente, 20% dos casos detectados requerem atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório.

Estudos tem demonstrado que o período de incubação do SARS-CoV-2 pode se estender até 14 dias, sendo o tempo médio entre a infecção e o aparecimento dos primeiros sintomas de 4 a 5 dias. Há evidência de transmissão durante o período de incubação, no qual a doença se apresenta de forma leve ou inespecífica.

O vírus SARS-CoV-2 é transmitido de pessoa a pessoa, por meio de gotículas de saliva ou secreção nasal quando uma pessoa infectada tosse ou espirra. Sugere-se que entre 30 a 50% das transmissões ocorram de indivíduos em período pré-sintomático, desta forma, quando a transmissão ocorre antes dos sintomas, torna-se difícil controlar a epidemia apenas com isolamento dos sintomáticos.

A doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19), nos casos sintomáticos, apresenta-se como uma síndrome respiratória aguda. Portanto, pode ser confundida com uma série de outras doenças comuns, principalmente, no período do outono-inverno que marca a sazonalidade do vírus influenza. Desse modo, as definições operacionais devem ser contextualizadas regionalmente, de acordo com a incidência da circulação dos vírus influenza A e B em todos os indivíduos. Além disso, adicionalmente, nas crianças abaixo de cinco (5) anos, também se deve atentar para o Vírus Sincicial Respiratório (VSR).

Os sintomas mais comuns relatados até o momento são: febre e tosse, podendo ocorrer também, rinorréia, dor de garganta e cefaleia. Com menos frequência foram relatados náuseas, vômito e diarreia. Distúrbios do olfato e paladar, como anosmia e disgeusia, também foram informados.

Introdução

A pneumonia representa a manifestação clínica mais séria da infecção, caracterizada por febre, tosse, dispneia e infiltrados pulmonares presentes bilateralmente aos exames de imagens. Os pacientes que cursam com pneumonia desenvolvem dispneia após uma média de 5 dias do início dos sintomas, podendo chegar a 8 dias.

Em crianças a infecção sintomática parece incomum, e geralmente cursam com quadros clínicos leves, embora forma grave tenha sido relatada.

No momento, não existem vacinas ou tratamentos específicos para a COVID-19. No entanto, existem muitos ensaios clínicos em andamento avaliando possíveis tratamentos.

Objetivo

Definir os requisitos de atendimento dos pacientes pediátricos com Síndrome Respiratória no Departamento de Atenção a Saúde Materno Infantil.

Garantir o acesso a Unidade de Urgência Infantil do HCII e aos leitos destinados à pacientes respiratórios na Enfermaria de Pediatria e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

O Protocolo Clínico de Pediatria do HCFAMEMA para Manejo da COVID-19 tem por objetivo garantir o melhor cuidado de saúde aos pacientes suspeitos ou confirmados com o agravo, incluindo recomendações de condutas, medicamentos ou produtos para as diferentes fases evolutivas da doença.

É importante destacar que este protocolo é um trabalho em andamento, que será atualizado de acordo com a evolução das evidências científicas.

O protocolo clínico para manejo da COVID-19 em Pediatria aplica-se a todos os pacientes suspeitos ou confirmados para a referida patologia atendidos no Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil (DASMI) do HCFAMEMA.

Este protocolo aplica-se aos pacientes com idade inferior a 14 anos pertencentes ao DRS-IX e ao Cinturão Amarelo; e que serão atendidos no Pronto Socorro do HC II/ HCFAMEMA- DASMI, localizada na Rua Sampaio Vidal nº 42 - Bairro Centro, em Marília/SP.

Casos Suspeitos

Definição 1 - Síndrome Gripal (SG):

Quadro Respiratório Agudo

Sensação de febre ou febre
+
Tosse OU
dor de garganta
OU coriza
OU dificuldade respiratória

Definição 2 - Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG):

SRAG

Dipnéia / Desconforto respiratório
ou
Pressão no tórax ou
SpO₂ < 95% ar ambiente ou
Coloração azulada de lábios ou
no rosto

Critérios Laboratoriais para COVID 19:



Critério Laboratorial

Biologia molecular (RT-PCR em tempo real, detecção do vírus SARS-CoV2):

- Doença pelo coronavírus 2019: com resultado detectável para SARS-CoV2.

Imunológico (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos):

- Doença pelo coronavírus 2019: com resultado positivo para anticorpos IgM e/ou IgG.
- Em amostra coletada após o oitavo dia de início dos sintomas

CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO

Histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas confirmados laboratorialmente para COVID-19, para qual não foi possível investigação lab específica

Caso descartado de doença pelo COVID-19

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

Indicação de coleta de amostras

Teste de RT-PCR, em tempo real, para SARS-CoV-2, para os casos de SRAG hospitalizados, em 100% dos casos, e notificação no SIVEP-Gripe
Coletar amostras de profissionais em serviços de saúde com pacientes de municípios com casos confirmados de COVID-19, com suspeita de SG

Casos suspeitos de SG ou SRAG

Secreção da nasofaringe (SNF). A coleta deve ser realizada até o 14º dia após o aparecimento dos primeiros sinais ou sintomas (após 8º cai 50% positividade)

Unidade de Emergência Infantil



A Unidade de Emergência Infantil do Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil do HCFAMEMA é porta de entrada para urgências e emergências de média e alta complexidade, para crianças de 0 a 13 anos, 11 meses e 29 dias, aos 62 municípios da área de abrangência do Departamento Regional de Saúde de Marília – DRS IX; referenciados pela CROSS.

Conforme o Pacto de Gestão da Rede de Urgência e Emergência firmado entre o HCFAMEMA, DRS IX e municípios da microrregião de Marília, os pacientes devem ser encaminhados por ambulâncias. Destacamos que o HCFAMEMA não é a referência primária para os munícipes de Marília para os casos de COVID-19.

Os pacientes encaminhados ao HCFAMEMA com sintomas gripais deverão ser identificados na portaria e encaminhados para o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) COVID, tendo todo seu atendimento realizado em ambientes específicos destinados à pacientes com quadro respiratório.

Equipe Triagem COVID-19

Máscara pacientes suspeitos e acompanhantes	Atendimento em área designada isolada Afastamento de 1,80m	Sinais vitais de síndrome gripal leve Febre > 37,8 Mialgia e fadiga Tosse Sint resp superiores. diarreia (mais raro)
---	---	---

Anexo I – Equipamento de Proteção Individual / Pronto Socorro COVID-19

Diagnóstico e Exames Complementares

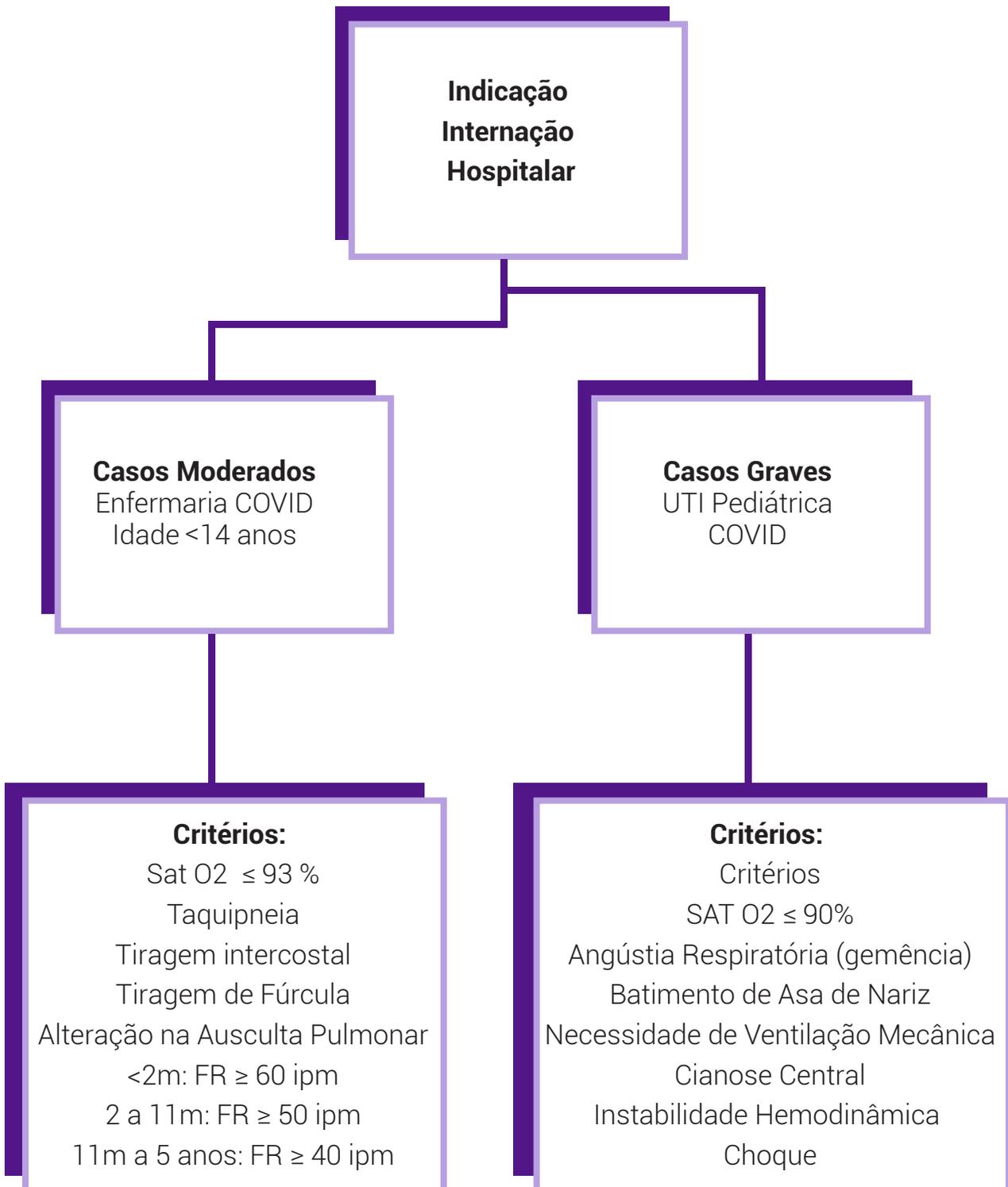
Síndrome Gripal: Investigação Clínico Epidemiológica História Exame Físico	Laboratorial por meio de transcriptase-reversa Polymerase Chain Reaction (RT-PCR). Tempo real e sequenciamento parcial ou total do genoma viral	Rx Tórax: infiltrados bilaterais sub-plurais; USG Pulmonar: Linhas B; Espessamento pleural; Consolidações (sub-pleurais) HMG: linfopenia Proteína C-reativa: aumentada
---	--	--

Manejo Clínico

Casos leves: Medidas suporte e conforto. Isolamento domiciliar. Monitoramento até alta do isolamento
Notificação: Formsus2
<http://bit.ly/notificaCOVID19>

Início de complicações:
Complemento de O2 se SpO2<95% com cateter O2 até 6l/min. Fármacos para o controle de sintomas. Hidratação. Oseltamivir se Síndrome Gripal

Algoritmo de Internação Hospitalar



Unidade de Emergência Infantil



Os quadros críticos são caracterizados por síndrome respiratória aguda grave (SRAG) com comprometimento comprovado da oxigenação seja avaliando-se o índice de oxigenação (IO) ou o índice de oxigenação utilizando-se a SpO2 (IOS). São ainda considerados quadros críticos aqueles que evoluem para choque, encefalopatia, lesão miocárdica e insuficiência cardíaca, distúrbios da coagulação e lesão renal aguda.

Pacientes graves deverão ser encaminhados para UTI Pediátrica ou na ausência de leito em nosso serviço deverá ser solicitada vaga via CROSS

Pacientes de Marília deverão ser inseridos na CROSS para ser encaminhado para a Santa Casa.

Pacientes estabilizados deverão ser internados em Enfermaria Pediátrica

Pacientes de Marília, na ausência de leito na Santa Casa serão internados no HCFAMEMA- Pronto Socorro Infantil, Enfermaria/ UTI Pediátrica, se leito disponível

Enfermaria Pediátrica

Fluxo de Atendimento

Médico PS solicita leito Enfermaria Pediátrica Covid-19

Médico do PS contato - Médico da enfermaria para passar o caso



Equipe da enfermaria libera o leito

Enfermaria do PS faz contato com a enfermaria Pediátrica COVID-19 para autorizar a transferência



Equipe multiprofissional recebe o paciente

Anexo II - Equipamento de Proteção Individual Enfermaria / COVID 19

Caso o paciente não apresente, na chegada, quadro de insuficiência respiratória por critério clínico e laboratorial e não necessite de suporte ventilatório à internação, deverá permanecer internado em enfermaria pediátrica para observação e tratamento.

No atual cenário a Enfermaria Pediátrica foi reorganizada e conta com 08 leitos COVID (coorte).

Atenção aos Fatores de Risco para Clínica Grave COVID-19

Fatores de Risco para maior gravidade		
História Clínica	Exame Físico	Laboratoriais/Imagem
<ul style="list-style-type: none"> - Crianças menores de 2 anos, com: - Doenças pulmonares crônicas - Asma não controlada - Fibrose cística - Cardiopatia - Diabetes mellitus, Insuficiência renal Imunossupressão 	<ul style="list-style-type: none"> SpO2 inicial < 90% T >38° Frequência Respiratória: <2m: FR> ou =60 ipm 2 a 11m: FR> ou = 50 ipm 11m a 5 anos: > ou = 40 ipm 	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma Gasometria arterial Coagulograma Função renal Eletrólitos Perfil hepático CPK Troponina DHL D-Dímero - Se possível coletar PCR coronavírus e painel viral - RX de Tórax/ US Pulmonar ou TC se necessário

Prescrição Médica na Enfermaria Pediátrica

a) Ceftriaxone 100 mg/k/dia 5 dias dias

b) Azitromicina 10 mg/k/dia dose única OU Claritromicina 15 mg/kg/dia – 7 dias

c) Ozeltamivir: < 1a: 0 a 8m: 3mg/kg, 12/12 h, 5 dias
 9 a 11m: 3,5mg/kg, 12/12 h, 5 dias
 > 1 a: ≤ 15 kg: 30 mg, 12/12 h, 5 dias
 >15 kg: 45 mg, 12/12h, 5 dias
 >23 kg a 40 kg: 60 mg, 12/12 h, 5 dias
 > 40 kg: 75 mg, 12/12 h, 5 dias

Evitar prescrição de inalação, caso seja necessário prescrever medicamentos broncodilatadores na forma de "puffs".

Cuidados aos pacientes – Ficar atento!

A expectativa no cuidado ao paciente será **positiva**, de que o paciente melhore progressivamente e **que receba alta**.

Em enfermarias de um hospital terciário como o nosso, os pacientes podem **eventualmente apresentar intercorrências**.

No caso de pacientes com COVID – 19, insuficiência respiratória e choque serão as complicações mais comuns. Avalie a evolução dos pacientes no dia a dia do seu plantão e analise a evolução nos últimos dias.

Mantenha: **Medicações de uso crônico** (para tratamento de diabetes, insuficiência cardíaca, doenças pulmonares crônicas e outras).

Corticoesteróides não estão indicados rotineiramente: considerar em crise de asma ou doenças pulmonares crônicas.

Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

Fluxo de Atendimento

Todos os pacientes admitidos nos leitos COVID da Unidade de Terapia Intensiva deverão ser originados da Unidade de Emergência Infantil, da Enfermaria Pediátrica ou encaminhados pela Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde – CROSS.

Após a solicitação do leito da UTI pelo Famema Sistemas, o médico solicitante deverá discutir o caso com o médico plantonista da UTI Pediátrica.

Critérios de Admissão na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

Critérios de Gravidade Casos Suspeitos COVID-19	
Critérios de Gravidade	<ul style="list-style-type: none">• Elevação ou diminuição das frequências respiratória e cardíaca• Esforço respiratório, gemido respiratório• Alteração do sensório• Acrocianose ou cianose central• Palidez Importante• Sat O₂ < 94% em ar ambiente• Tempo enchimento capilar > 2 segundos• Pulsos periféricos diminuídos ou ausentes• Hipotensão• Gradiente térmico > 2 °C• Mosqueamento da Pele• Lactato > 4 mmol/l• Diminuição do débito urinário
Critérios Tomográficos de Tórax	<ul style="list-style-type: none">• Infiltrado em Vidro Fosco• Condensações Periféricas Subpleurais

As solicitações de vagas para UTI Pediátrica deverão ser justificadas e registradas no prontuário do paciente pelo médico solicitante e eventuais avaliações pelo médico intensivista devem indicar a mesma postura.

Na indisponibilidade do leito de UTI Pediátrica, as condutas pertinentes à condução de cada caso ficará a cargo da equipe solicitante.

A admissão e a alta do paciente UTI Pediátrica devem ser comunicadas à família e/ou responsável legal.

São considerados critérios de admissão em unidade de tratamento intensivo (UTI) instabilidade clínica, isto é, necessidade de suporte para as disfunções orgânicas e monitoração intensiva.

Critérios Respiratórios para Admissão em UTI Pediátrica

- 1 - Intubação orotraqueal (IOT)
- 2 - Risco de IOT ou Ventilação Não Invasiva (VNI) nas próximas 24 horas
- 3 - Ventilação não invasiva (VNI)
- 4 - CAF (Cateter de Alto Fluxo)
- 5 - Oxigênio (Venturi ou Nebulização) $FiO_2 > 50\%$
- 6 - Agudização de ventilação domiciliar
- 7 - Risco de Apnéia

Exames Complementares

- Swab Naso e orofaríngea
- Cultura de secreção Traqueal
- Hemocultura e hemograma
- Gasometria arterial
- Coagulograma
- Função renal
- Eletrólitos
- Perfil hepático
- CPK
- Troponina
- DHL
- D-Dímero
- Se possível coletar PCR coronavírus e painel viral
- RX de Tórax/ US Pulmonar ou TC se necessário

Manejo Clínico no Paciente Pediátrico

Sugestão de medicações para o tratamento de SRAG com suspeita de COVID-19 (SARS-CoV2)

Cobertura empírica para SARS-Cov2:

- **Ribavirina:** apesar de pouco efeito in vitro contra o SARS-CoV2, foi amplamente utilizada. Há um estudo que mostra alguma ação contra o vírus quando associada ao Interferon. Devido à falta de dados e a importante toxicidade e efeitos colaterais da medicação, até o momento não indicamos a prescrição deste medicamento

- **Lopinavir/Ritonavir:** Apesar de ser considerada uma opção terapêutica, no momento está indisponível no Brasil. Estudos in vitro mostraram efeito do Lopinavir contra o SRAS-CoV, não há estudos em COVID-19. Revisão de alguns estudos clínicos com SARS e MERS-CoV sugerem que o uso do Lopinavir/Ritonavir sozinho, em associação com outros antivirais ou com Interferon alfa esteve associado com melhora clínica, principalmente quando foi iniciado precocemente(7). Um estudo clínico caso/controle de pacientes adultos com sinais de hipoxemia não mostrou diferença na mortalidade em 28 dias entre os que usaram ou não o Lopinavir/Ritonavir (11)

- Comprimido revestido: 200/50mg e 100/25mg
- Solução oral: 80/20mg/mL
- Dose pediátrica de 6 meses a 18 anos
- De 7-15Kg: 12mg/3mg por Kg/dose, de 12/12h
- De 15-40Kg: 10/2,5 mg por kg/dose, de 12/12h
- > 40Kg: 400/100mg/dose de 12/12h

Remdesivir: É um análogo da adenosina, foi considerado um antiviral promissor contra uma grande variedade de vírus de RNA, incluindo SARSCoV e MERS-CoV. Ainda em estudo e indisponível no Brasil

Cobertura empírica para Influenza:

- **Fosfato de Oseltamivir** (Tamiflu®): cápsulas de 30mg, 45mg e 75mg. Não está disponível na forma de suspensão pediátrica ou solução oral no SUS. Administrar imediatamente após o preparo. Iniciar até 4º dia de sintomas idealmente. Após 7º dia não apresenta benefícios.

- Dose para tratamento no período Neonatal

- Recém-Nascido Pré-Termo:
 - 1 mg/kg/dose 12/12 horas até 38 semanas de idade.
- Período Neonatal:
 - 1 mg/kg/dose 12/12 horas < 38 semanas de idade.
 - 1,5 mg/kg/dose 12/12 horas de 38 a 40 semanas de idade.
 - 3 mg/kg/dose de 12/12 horas em RN com IG > 40 semanas.

OBS.: Tratamento durante cinco dias

TRATAMENTO

Tabela 1 Posologia e administração

DROGA	FAIXA ETÁRIA	POSOLOGIA	
Fosfato de oseltamivir (Tamiflu®)	Adulto	75 mg, 12/12h, 5 dias	
	Criança maior de 1 ano de idade	≤ 15 kg	30 mg, 12/12h, 5 dias
		> 15 kg a 23 kg	45 mg, 12/12h, 5 dias
		> 23 kg a 40 kg	60 mg, 12/12h, 5 dias
		> 40 kg	75 mg, 12/12h, 5 dias
	Criança menor de 1 ano de idade	0 a 8 meses	3 mg/Kg, 12/12h, 5 dias
9 a 11 meses		3,5 mg/kg, 12/12h, 5 dias	
Zanamivir (Relenza®)	Adulto	10 mg: duas inalações de 5 mg, 12/12h, 5 dias	
	Criança	≥ 7 anos 10 mg: duas inalações de 5 mg, 12/12h, 5 dias	

Fonte: GSK/Roche e CDC adaptado.

- A dose deve ser ajustada ao clearance de creatinina:

- Se ClCr > 30mL/min não há necessidade de alteração da dose.
- Se ClCr 10-30ml/min, reduzir a dose (de acordo com o peso corporal) para uma vez ao dia.
- Em hemodiálise, administrar 1/5 da dose (30mg, se > 40 Kg) após a hemodiálise.
- Em diálise peritoneal, administrar 1/5 da dose (30mg, se > 40 Kg) 1 vez por semana.

Cobertura antibiótica empírica:

Considerar epidemiologia, etiologia provável e comorbidades individualmente e de acordo com a realidade institucional até que as culturas estejam concluídas.

- Ceftriaxone 100mg/Kg/dia IV por 7 dias – adultos 1g IV 12/12h.
- Azitromicina 10mg/Kg/dia IV por 5 dias – adultos 500mg IV 1x/dia OU
- Claritromicina intravenosos 15mg/Kg/dia VO/SNG/SNE ou IV por 7 dias – adultos 500mg IV 12/12h 7 dias.

Vigiar diariamente resultados de culturas e reavaliar o tratamento no máximo entre 2º e 3º dia para ajustar a cobertura antibiótica, buscando o descalonamento (reduzir pressão antibiótica para redução de resistência a longo prazo). Atentar para a adequação em caso de comorbidades prévias ou disfunções orgânicas atuais.

Corticoterapia (terapia adjuvante imunomoduladora):

Não devem ser usados de rotina e nem em casos leves.

Possíveis indicações de corticoide em SARS-CoV2:

- Asma grave, síndrome hemofagocítica, púrpura fulminans, síndrome de Waterhouse-Friderichsen, em uso prévio da medicação ou anormalidade adrenal ou pituitária – dose individualizada para a patologia;
- Choque séptico: hidrocortisona IV 4 mg/kg/dose como ataque seguida de 2 mg/kg/dose de 8/8 h por no máximo 7 dias ou até que cesse a infusão de drogas vasoativas.

Prós – Possível redução de inflamação sistêmica e pulmonar, especialmente bronquiolite com redução de gravidade e diminuição da tempestade de citocinas.

Contra – Efeitos adversos conhecidos, infecção secundária, aparente ausência de efeito terapêutico e atraso do clearance viral em SARS, MERS e gripe. Possível aumento de mortalidade em pacientes com Influenza.

OMS / AMIB: Recomendação de não utilizar corticosteroides de rotina em pacientes com pneumonia por SARS-CoV 2 exceto em ensaios clínicos ou dentro de contexto clínico com indicação formal.

Interferon (terapia adjuvante imunomoduladora):

Estudos in vitro demonstraram redução na replicação viral do SARS e MERS-CoV com Interferon alfa e beta, diferente de gama-Interferon. Pacientes com MERSCoV tratados com associação ribavirina e alfa-INF tiveram melhor sobrevida.

- α -INF via inalatória 200.000–400.000 IU/kg/dose em nebulizador, de 12/12h, por 5-7 dias;
- β -INF via subcutânea 0,25mg SC a cada 48h por 14 dias.

Imunoglobulina Humana Intravenosa:

Não há evidências claras de benefícios em SARS-Cov2. O uso deve ser criterioso e indicado apenas para casos muito graves.

Em 2003 a IGIV foi extensamente usada em Singapura, onde 1/3 dos pacientes evoluíram com tromboembolismo venoso e pulmonar associada ao uso de IGIV, mesmo em uso de heparina profilática.

- Dose: 1g/Kg/dia por 2 dias ou 400mg/Kg/dia, por 5 dias.

Considerar discussão do caso com médico Infectologista de plantão na instituição.

Profilaxia de tromboembolismo venoso e pulmonar:

Possível relação com risco aumentado de tromboembolismo venoso (TEV) em pacientes com COVID-19, porém os mecanismos pouco elucidados. D-dímero pode ser utilizado como preditor de risco de TEV e ferramenta prognóstica para estratificação de risco da COVID-19 segundo alguns estudos.

Deve-se considerar internação de pacientes com níveis de aumento de Ddímero de 3 a 4 vezes do valor de referência, mesmo na ausência de outros sintomas graves da COVID-19, devido aumento da geração de trombina, predispor complicações da doença e a TEV (Sociedade Internacional de Trombose e Hemostasia).

Recomendações recentes sugerem que todos os pacientes hospitalizados com COVID-19 devem receber terapia profilática com anticoagulante, mas uma estratégia individualizada mais agressiva pode ser necessária em alguns casos.

Enoxaparina:

Considerar doses individualizadas a depender de comorbidades ou doença agudas associadas.

- Dose profilática: < 2 meses: 0,75mg/Kg/dose 12/12h SC ≥ 2 meses a 18 anos: 0,5mg/Kg/dose 12/12h SC

- Dose terapêutica:

< 2 meses: 1,5mg/Kg/dose 12/12h SC

≥ 2 meses a 18 anos: 1mg/Kg/dose 12/12h SC

Em instabilidade hemodinâmica:

- Evitar fortemente a sobrecarga fluídica;
- Corrigir rapidamente hipotensão para a idade;
- Preferir Ringer lactato para reposição volêmica;
- Alíquotas de 20mL/kg (máximo 250mL) por alíquota e reavaliar após 3 bolus;
- Catecolaminas e vasopressores – individualizar, com base no protocolo de choque séptico em Pediatria. 5.0

Interações medicamentosas e efeitos adversos de medicamentos:

Consultar manuais de fármacos em Pediatria.

Intubação Orotraqueal

1 - Preparar o Ventilador Pulmonar Mecânico (VPM), de preferência sem a jarra de humidificação e aquecimento e posicionando o filtro HEPA (High Efficiency Particulate Arrestance) no final da via expiratória.

2- Parametrizar VPM para as características do paciente:

- a. Checar sensor de fluxo.
- b. Checar abertura de gases.
- c. Configurar o peso ideal do paciente no sistema do VPM.
- d. Configurar modo e valores dos parâmetros ventilatórios.
- e. Configurar alarmes.
- f. Deixar o VPM pronto em Stand by.

3 . Organizar a equipe de assistência deixando claro a função de cada um durante o Procedimento.

4 . Carro de parada checado e em frente ao leito do paciente.

5. Procedimento realizado com a porta fechada ou com cortina.

Durante o procedimento:

1 - Montagem do sistema fechado para intubação:

- a. Conectar o conjunto bolsa-válvula (AMBU) à fonte de oxigênio.
- b. Conectar filtro HME entre o AMBU e a máscara.
- c. Iniciar com menor fluxo de oxigênio possível 6-7L/min para manter SaO₂ > 94% (não ventilar o paciente).
- d. Conectar sistema de aspiração fechado ao circuito do ventilador.

2. Pré-oxigenação:

a) Entre 3 a 5 minutos com O₂ a 100% com unidade "máscara- filtro HME- válvula- bolsa- reservatório". Evitar ventilação assistida com a unidade ventilatória (AMBU), pelo potencial de produção de aerossol e contaminação do ambiente e dos profissionais. Não ventilar até que o paciente esteja intubado.

Obs.: caso o paciente apresente queda da SaO₂ e bradicardia, deverá ser imediatamente ventilado com a unidade "máscara- filtro HME- válvula- bolsa- reservatório". Neste caso, realizar a técnica de ventilação, se possível, com 2 socorristas: o primeiro faz a vedação firme da máscara na face do paciente e posiciona a via aérea utilizando as 2 mãos (isso tem por objetivo minimizar a dispersão de aerossóis) e o segundo socorrista comprime a bolsa.

3. Sequência rápida de intubação:

- a) Considerar atropina se pré-oxigenação for ineficiente (SaO₂ < 94%) ou se for utilizar succinilcolina ou se houver instabilidade hemodinâmica.
- b) Considerar lidocaína como supressor do reflexo laríngeo, a fim de se evitar a tosse. Deve ser feita 3 minutos antes da indução.
- c) Indução com Cetamina – droga de escolha por não causar instabilidade hemodinâmica além de propriedade broncodilatadora.
- d) Midazolam associado a Fentanil podem ser usados para indução na ausência ou contra-indicação específica para uso da Cetamina, desde que não haja instabilidade hemodinâmica.
- e) Bloqueador neuromuscular (BNM): Rocurônio ou Succinilcolina. O uso do BNM é muito importante por facilitar o procedimento, aumentando sua chance de sucesso, além de diminuir o risco de exposição a aerossóis.
- f) Fazer laringoscopia e inserir tubo orotraqueal com fio guia.
- g) Retirar o fio guia e insuflar o balonete.
- h) Acoplar o tubo orotraqueal ao VPM e imediatamente iniciar a sua operação.
- i) Confirmar posição do tubo (de preferência com capnografia).
- j) Verificar escape de ar laríngeo ajustando volume de selamento do balonete.

Após o procedimento:

1. Realizar RX de tórax.
2. Aspirações de secreções sempre com sistema fechado de aspiração.
3. Evitar ao máximo desconexão do VPM.
4. Em situações onde seja necessária a desconexão do paciente do VPM o tubo deverá ser clampeado por uma pinça (se possível hiperoxigenar e hiperventilar previamente) e o ventilador deverá ser mantido em modo stand by para evitar aerossol a partir do ramo inspiratório.
5. Se necessário usar o AMBU, este deverá ser utilizado com filtro HME interposto ao paciente.
6. Manter o paciente sob sedação e analgesia contínua segundo protocolo de cada serviço.
7. Considerar acesso venoso profundo pelos mesmos profissionais, ainda no quarto (mesmo EPI).

“
Só é útil o conhecimento que nos torna melhores.
Sócrates”



R. Doutor Reinaldo Machado, 255
Fragata I Marília-SP I CEP:17519-080
CNPJ nº 24.082.016/0001-59



Whatsaap: (14) 99649-5783
Telefone: (14) 3434-2500



www.hc.famema.br
superintendencia@hc.famema.br



[/hcfamema](https://www.facebook.com/hcfamema)



[@hcfamema](https://www.instagram.com/hcfamema)

Protocolo Clínico HCFAMEMA para Manejo da COVID-19

Ginecologia e Obstetrícia



Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília.

H828p Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília.

Protocolo clínico HCFAMEMA para manejo da COVID - 19 : ginecologia e obstetrícia / Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília. – Marília, 2021.
27 p.

1. Coronavírus. 2. Infecções por coronavírus. 3. Protocolos clínicos. 4. Obstetrícia. 5. Ginecologia. 6. Unidade hospitalar de ginecologia e obstetrícia.

CDD 618



O HCFAMEMA tem como missão “cuidar da saúde das pessoas em média e alta complexidade integrando o Sistema Único de Saúde, sendo cenário de ensino, pesquisa e inovação tecnológica”. Para tanto, pauta-se nos valores de respeito à vida; compromisso ético; transparência nas ações e resultados; gestão participativa; trabalho em equipe; sustentabilidade; desenvolvimento profissional; eficiência e excelência.

Uma das ferramentas utilizadas para garantir eficiência; excelência e qualidade na assistência é a implantação de Protocolos Clínicos, uma vez que promovem a padronização das condutas médicas, organizam e facilitam a tomada de decisões da gestão hospitalar e ampliam a segurança do paciente, diminuindo o risco de erros e eventos adversos.

Com esse objetivo e considerando o contexto epidemiológico atual com a pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), a Sala de Situação do HCFAMEMA elaborou o “Protocolo Clínico HCFAMEMA para manejo da COVID-19 – Ginecologia e Obstetrícia.

O documento busca nortear a conduta dos profissionais da instituição para o atendimento dos casos suspeitos e confirmados da patologia.

No dia 29 de dezembro de 2019, um hospital de Wuhan, na China, informou a existência de quatro pessoas com pneumonia de causa desconhecida e afirmou que todas teriam trabalhado no Mercado Atacadista de Frutos do Mar de Huanan. A emergência do novo Coronavírus (2019-nCoV) como agente causador da doença respiratória foi reportada à Organização Mundial de Saúde (OMS) em 31 de dezembro de 2019.

A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a maioria (cerca de 80%) dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos e, aproximadamente, 20% dos casos detectados requerem atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório.

Estudos tem demonstrado que o período de incubação do SARS-CoV-2 pode se estender até 14 dias, sendo o tempo médio entre a infecção e o aparecimento dos primeiros sintomas de 4 a 5 dias. Há evidência de transmissão durante o período de incubação, no qual a doença se apresenta de forma leve ou inespecífica.

O vírus SARS-CoV-2 é transmitido de pessoa a pessoa, por meio de gotículas de saliva ou secreção nasal quando uma pessoa infectada tosse ou espirra. Sugere-se que entre 30 a 50% das transmissões ocorram de indivíduos em período pré-sintomático, desta forma, quando a transmissão ocorre antes dos sintomas, torna-se difícil controlar a epidemia apenas com isolamento dos sintomáticos.

A doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19), nos casos sintomáticos, apresenta-se como uma síndrome respiratória aguda. Portanto, pode ser confundida com uma série de outras doenças comuns, principalmente, no período do outono-inverno que marca a sazonalidade do vírus influenza. Desse modo, as definições operacionais devem ser contextualizadas regionalmente, de acordo com a incidência da circulação dos vírus influenza A e B em todos os indivíduos. Além disso, adicionalmente, nas crianças abaixo de cinco (5) anos, também se deve atentar para o Vírus Sincicial Respiratório (VSR).

Os sintomas mais comuns relatados até o momento são: febre e tosse, podendo ocorrer também, rinorréia, dor de garganta e cefaleia. Com menos frequência foram relatados náuseas, vômito e diarreia. Distúrbios do olfato e paladar, como anosmia e disgeusia, também foram informados.

Introdução

A pneumonia representa a manifestação clínica mais séria da infecção, caracterizada por febre, tosse, dispneia e infiltrados pulmonares presentes bilateralmente aos exames de imagens. Os pacientes que cursam com pneumonia desenvolvem dispneia após uma média de 5 dias do início dos sintomas, podendo chegar a 8 -10 dias.

Em crianças a infecção sintomática parece incomum, e geralmente cursam com quadros clínicos leves, embora forma grave tenha sido relatada.

Objetivo

Definir os requisitos de atendimento das pacientes com Síndrome Respiratória no Pronto Socorro do HC II, no serviço de alta Complexidade de Ginecologia e Obstetrícia, também caracterizado com Gravidez de Alto Risco de Alta Complexidade;

Garantir o acesso ao Pronto socorro do HC II, do HC I quando em SRAG e na Enfermaria da Maternidade ALA Respiratória;

O Protocolo Clínico de ginecologia e Obstetrícia do HCFAMEMA para Manejo da COVID-19 em Alta Complexidade tem por objetivo garantir o melhor cuidado de saúde aos pacientes suspeitos ou confirmados com o agravo, incluindo recomendações de condutas, medicamentos ou produtos para as diferentes fases evolutivas da doença.

É importante destacar que este protocolo é um trabalho em andamento, que será atualizado de acordo com a evolução das evidências científicas.

O Protocolo Clínico de Ginecologia e Obstetrícia do HCFAMEMA para Manejo da COVID-19 em Alta Complexidade aplica-se a todos os pacientes suspeitos ou confirmados para a referida patologia atendidos no Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil (DASMI) do HCFAMEMA.

Este protocolo aplica-se aos pacientes com idade igual ou superior 13 anos; que se encontrem em qualquer período da gestação, e que pertencentes á DRS IX e ao Cinturão Amarelo; e que serão atendidos no Pronto Socorro do HC II/ HCFAMEMA- DASMI, localizada na Rua Sampaio Vidal nº 42 - Bairro Centro, em Marília/SP.

As pacientes que pertencem a cidade de Marília deverão estar inseridos na CROSS e após aceite serão encaminhadas ao HC II, Hospital Materno-Infantil/ HCFAMEMA-DASMI

SÍNDROME GRIPAL

Casos Suspeitos

Definição 1 - Síndrome Gripal (SG):

Quadro Respiratório Agudo

Sensação de febre ou febre +
Tosse OU dor de garganta OU coriza OU dificuldade respiratória

Definição 2 - Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG):

SRAG

Dipnéia / Desconforto respiratório ou Pressão no tórax ou SpO₂ < 95% ar ambiente ou Coloração azulada de lábios ou no rosto

Critérios Laboratoriais para COVID 19:



Critério Laboratorial

Biologia molecular (RT-PCR em tempo real, detecção do vírus SARS-CoV2):

- Doença pelo coronavírus 2019: com resultado detectável para SARS-CoV2.

Imunológico (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos):

- Doença pelo coronavírus 2019: com resultado positivo para anticorpos IgM e/ou IgG.
- Em amostra coletada após o oitavo dia de início dos sintomas

CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO

Histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas confirmados laboratorialmente para COVID-19, para qual não foi possível investigação lab específica

Caso descartado de doença pelo COVID-19

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

Indicação de coleta de amostras

Teste de RT-PCR, em tempo real, para SARS-CoV-2, para os casos de SRAG hospitalizados, em 100% dos casos, e notificação no SIVEP-Gripe
Coletar amostras de profissionais em serviços de saúde com pacientes de municípios com casos confirmados de COVID-19, com suspeita de SG

Casos suspeitos de SG ou SRAG

Secreção da nasofaringe (SNF). A coleta deve ser realizada até o 14º dia após o aparecimento dos primeiros sinais ou sintomas (apos 8º cai 50% positividade)

UNIDADE DE EMERGÊNCIA E ENFERMARIAS DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA do HCFAMEMA



A Unidade de Emergência de Ginecologia e Obstetrícia do HCFAMEMA é porta de entrada para urgências e emergências de média e alta complexidade, para pessoas com idade a partir de 11 anos, aos 62 municípios da área de abrangência do Departamento Regional de Saúde de Marília – DRS IX; referenciados pela CROSS. Conforme o Pacto de Gestão da Rede de Urgência e Emergência firmado entre o HCFAMEMA, DRS IX e municípios da microrregião de Marília, os pacientes devem ser encaminhados por ambulâncias.

Os pacientes encaminhados ao PS da GO/ HCFAMEMA com sintomas gripais deverão ser identificados na portaria e encaminhados para a triagem COVID, tendo todo seu atendimento realizado em ambientes específicos destinados à pacientes com quadro respiratório.

Equipe Triagem COVID-19

Máscaras:

Pacientes suspeitos e acompanhantes

Atendimento em área designada isolada
afastamento de 1,80m

Sinais vitais de síndrome gripal leve: Febre > 37,8
Mialgia e fadiga/ Tosse
Sint. Resp. superiores.
Diarréia (mais raro)

Diagnóstico e Exames Complementares

Síndrome Gripal:

Investigação Clínico
Epidemiológica
História
Exame Físico

Laboratorial

por meio de transcriptase-reversa
Polymerase Chain Reaction (RT-PCR). Tempo real e sequenciamento parcial ou total do genoma viral

Rx Tórax:

infiltrados bilaterais sub-plurais; **USG Pulmonar:** Linhas B; Espessamento pleural; Consolidações (sub-pleurais) **HMG:** linfopenia **Proteína C-reativa:** aumentada

Manejo Clínico

Casos leves: Medidas suporte e conforto. Isolamento domiciliar. Monitoramento até alta do isolamento

Notificação: Formsus2
<http://bit.ly/notificaCOVID19>

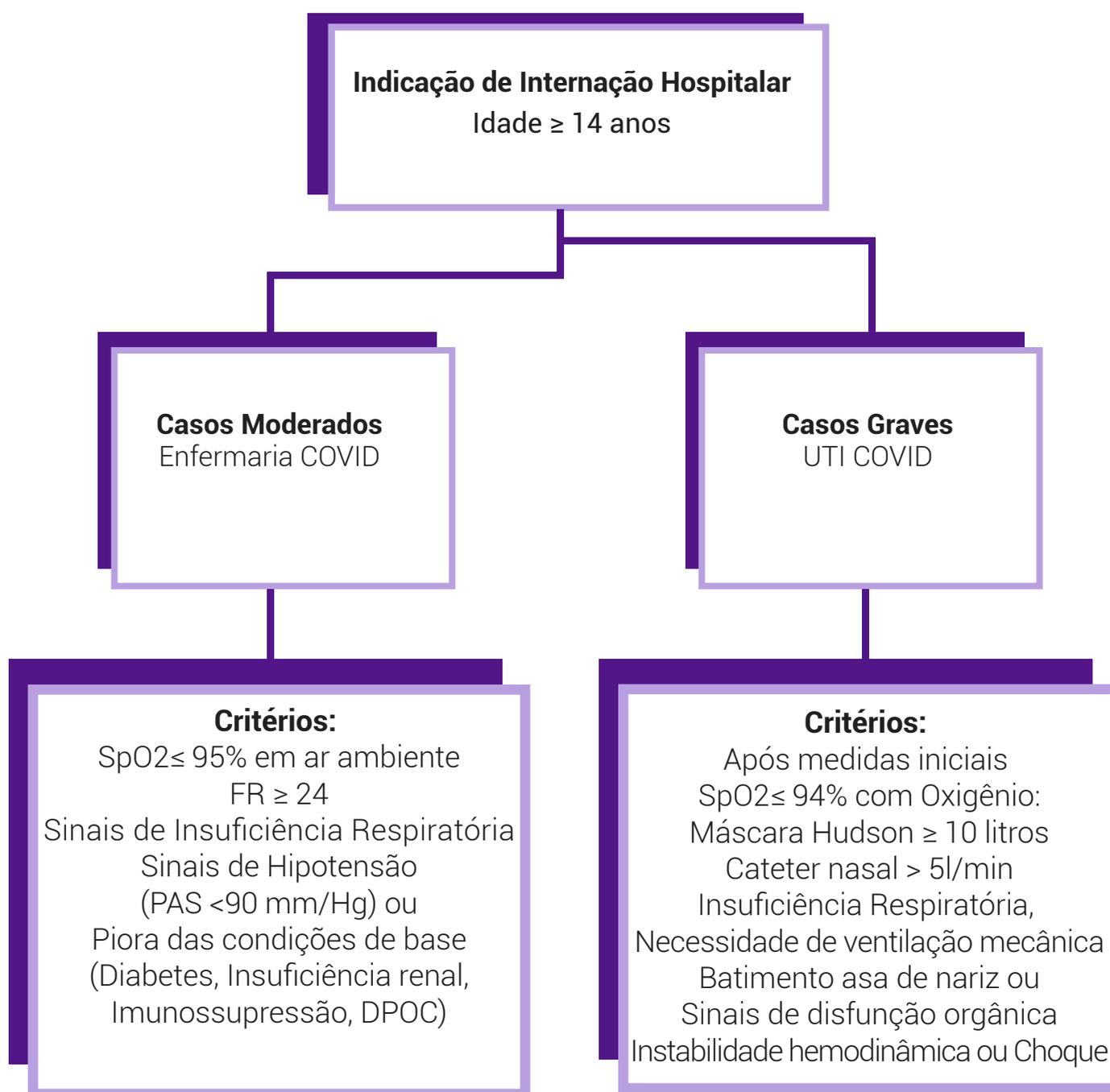
Início de complicações:

Complemento de O₂ se SpO₂<95% com cateter O₂ até 6l/min. Fármacos para o controle de sintomas. Hidratação. Oseltamivir se Síndrome Gripal

UNIDADE DE EMERGÊNCIA E ENFERMARIAS DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA do HCFAMEMA



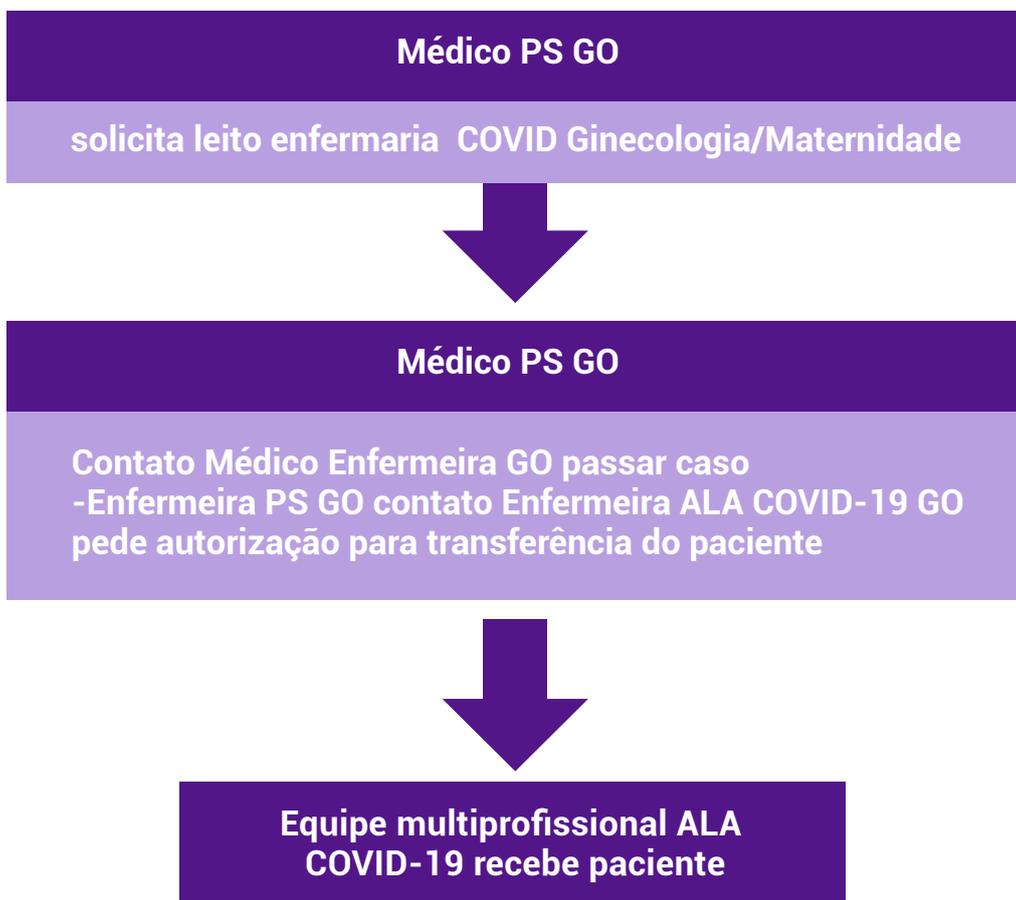
Algoritmo de Internação Hospitalar



UNIDADE DE EMERGÊNCIA E ENFERMARIAS DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA do HCFAMEMA



Fluxo de Atendimento



Anexo II - Equipamento de Proteção Individual Enfermaria / COVID 19

Caso o paciente não apresente, na chegada, quadro de insuficiência respiratória por critério clínico e laboratorial e não necessite de suporte ventilatório à internação, deverá permanecer em observação e tratamento na enfermaria.

No atual cenário, a enfermaria COVID será inicialmente a antiga Ala da Ginecologia (isolamento 06 leitos). Caso a necessidade demande, os isolamentos terão suas portas abertas e a ala sua porta fechada, dobrando-se o número de leitos e instalando-se uma coorte (Disponibilizando assim 12 leitos). Na Ginecologia serão disponibilizados para as pacientes cirúrgicas com COVID suspeito ou positivo, serão disponibilizados 02 leitos, num mesmo quarto. Fazendo coorte se necessário.

UNIDADE DE EMERGÊNCIA E ENFERMARIAS DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA do HCFAMEMA



Atenção aos Fatores de Risco para clínica grave COVID 19

Fatores de Risco para Gravidade COVID-19		
História Clínica: Idade > 64a HAS DM Cardiopatía Neoplasia Dças pulmonares Cr Uso Imunossupressores	Exame Físico: SpO2 inicial < 95% T > 37,8° RF > 24 imp	Laboratoriais: PAO2/FIO2 < 200 ↑PCR ↑HDL ↑D dímero ↑Troponina ↑AST Neutrofilia Plaquetopenia Linfopenia I renal Coagulopatia

Prescrição Médica na Enfermaria

a) Ceftriaxona 2g 1xdia por 5 dias ou se necessário mais dias

b) Enoxaparina dose profilática – 40mg/dia 1x ao dia

c) Oseltamivir 75mg 12/12 horas por 5 dias **

d) Dexametasona 6mg VO dose 1x ao dia

e) Azitromicina 500mg VO 1xdia por 5 dias*

*Avaliar contraindicações relativas: cardiopatía/QT alargado

**atenção para ajuste conforme função renal:

Clearance de Cr

> 60 ml/min
60-30 ml/min
< 30 ml/min
Hemodilise
CAPD

Oseltamivir

75 mg 12/12h
30 mg 12/12h
30 mg 24/24h
30 mg após diálise
30 mg 1x/semana

- ➔ Evitar prescrição de inalação, caso seja necessário prescrever medicamentos broncodilatadores na forma de "puffs";
- ➔ Considerar o uso compassivo em pacientes críticos (UTI): Tratamentos específicos para o SARS-cov2 serão incorporados de acordo com a disponibilidade de protocolos oficiais.

UNIDADE DE EMERGÊNCIA E ENFERMARIAS DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA do HCFAMEMA



Cuidados aos pacientes – Ficar atento!

A expectativa no cuidado ao paciente será **positiva**, de que o paciente melhore progressivamente e que **receba alta**.

Em enfermarias de um hospital terciário como o nosso HCII, os pacientes podem **eventualmente apresentar intercorrências**.

No caso dos pacientes com a COVID-19, insuficiência respiratória e choque serão as complicações mais comuns. **Avalie a evolução dos pacientes** no dia do seu plantão e analise a evolução nos últimos dias.

Mantenha: **Medicações de uso crônico** (para tratamento de diabetes, insuficiência cardíaca, doenças pulmonares crônicas, distúrbios da tireóide e outras).

Corticoesteróides não estão indicados rotineiramente: considerar em crise de asma ou DPOC exacerbado.

Paciente com diagnóstico prévio de HAS: manter o uso de inibidores de enzima conversora da angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA) para pacientes que já fazem uso contínuo destas medicações. Não introduza essas medicações por ocasião da suspeita de COVID-19.

MANEJO DA GESTANTE DE BAIXO E ALTO RISCO, PARTO E PUERPÉRIO DURANTE A PANDEMIA DO CORONAVÍRUS COVID-19



Assistência Pré- Natal:

A recomendação do acompanhamento contínuo da gestante durante o Pré – Natal dada à importância do monitoramento e acompanhamento para a redução da morbimortalidade materna infantil. Os fluxos existentes para identificação precoce e atendimento imediato das gestantes sintomáticas, otimizando o atendimento no sentido de reduzir a permanência da mesma no Pronto Socorro, deve ser mantido e revisitado sempre que os ajustes sejam necessários. Permanece a recomendação que na área de atendimento sejam separadas as gestantes sintomáticas (com presença de sinais ou sintomas respiratórios) das assintomáticas, com intensificação da limpeza no ambiente (Res. SS N. 28 de 17-03-2020).

Os profissionais devem se certificar de que a gestante suspeita ou confirmada da Covid-19, atendida no PS da GO e orientada para isolamento domiciliar, compreendeu as orientações sobre a piora dos sinais e preferencialmente deve levar carta de referência médica isentando-a de triagem caso necessite de atendimento hospitalar. Estas mulheres devem ser monitoradas entre 24 e no máximo 48 horas no intuito de observar mudanças no quadro clínico e tomar as providências necessárias para seu encaminhamento. Os testes para a confirmação da infecção por SARS-CoV-2 serão realizados no âmbito da assistência hospitalar.

Assistência ao Parto:

Recomenda-se que durante a assistência ao parto de gestantes sintomáticas, seja restrito o número de profissionais na sala de parto, mantendo-se a equipe mínima, de preferência já estipulada anteriormente, no sentido de garantir a segurança da paciente e dos profissionais, conforme orientações contidas no: <http://www.saude.sp.gov.br/cvecentro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissaorespiratoria/coronavirus-covid-19/prevencao-e-controle-de-infeccao>.

Considerar a Lei 12.895, de 18-12-2013, que dispõe sobre o direito ao acompanhante, em casos de parturiente sem exposição e/ou assintomáticas ao SARS-CoV-2, desde que o acompanhante não apresente sintomas e assine TCLE da Ginecologia e Obstetrícia.

MANEJO DA GESTANTE DE BAIXO E ALTO RISCO, PARTO E PUERPÉRIO DURANTE A PANDEMIA DO CORONAVÍRUS COVID-19



Orientações para sala de parto (parto e nascimento)

Atualmente, não existem evidências científicas consolidadas sobre a transmissão vertical do SARS-CoV-2. Considerando o grande número de infectados pela COVID-19 no mundo até o momento, os relatos de transmissão vertical ainda são em pequeno número. E nos estudos que descrevem a transmissão vertical, esta apenas é sugerida pelo fato do recém-nascido apresentar teste positivo nas primeiras horas de vida. Conforme a Nota Técnica 10/2020 - COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS considerar as seguintes situações:

- Parturientes assintomáticas e que não tenham contato domiciliar com pessoa com síndrome gripal ou infecção respiratória comprovada por SARS-CoV-2: orienta-se a manutenção do clampeamento em tempo oportuno do cordão umbilical ao nascimento, bem como o contato pele a pele e o aleitamento materno na primeira hora de vida.
- Parturientes sintomáticas e/ou que tenham contato domiciliar com pessoa com síndrome gripal ou infecção respiratória comprovada por SARS-CoV-2: o clampeamento oportuno do cordão umbilical deve ser mantido, e o contato pele a pele deve ser suspenso. Não é necessário realizar o banho no recém-nascido. A amamentação deverá ser adiada para momento em que as medidas de prevenção da contaminação do recém-nascido, como limpeza da parturiente (banho no leito), troca de máscara, touca, camisola e lençóis, tiverem sido adotadas.

IMPORTANTE: Sempre observar história clínica e condições do pré-natal, com avaliação de situação no momento do parto, individualizando cada caso.

MANEJO DA GESTANTE DE BAIXO E ALTO RISCO, PARTO E PUERPÉRIO DURANTE A PANDEMIA DO CORONAVÍRUS COVID-19



Assistência ao Puerpério e Alojamento Conjunto:

Conforme a Nota Técnica 07/2020 – DAPES/SAPES/MS salvo alguma intercorrência que exija separação do binômio, como por exemplo, o agravamento das condições da saúde materna, é possível que mãe e filho permaneçam em Alojamento Conjunto até a alta hospitalar. Para tanto, o estabelecimento deve ser capaz de oferecer condições mínimas de redução da chance de transmissão para o recém-nascido:

- I. Se certificar que a puérpera possui razoável controle dos sintomas respiratórios, especialmente da tosse.
- II. Receba orientações mínimas para a adequada higiene respiratória, etiqueta da tosse, uso e retirada de máscaras e higiene de mãos.
- III. Seja disponibilizada a máscara cirúrgica para as situações de maior proximidade do recém-nascido, como amamentação e o banho.
- IV. Não sejam realizados procedimentos geradores de aerossol.
- V. Seja possível manter um distanciamento mínimo de 1 metro e preferencialmente 2 metros entre o leito da puérpera e do recém-nascido.

Caso essas condições mínimas não possam ser cumpridas, o serviço deverá considerar o afastamento temporário do binômio, pelo menor tempo possível, até que, minimamente, os itens de I a IV possam ser cumpridos.

Isolamento em casos sintomáticos e/ou confirmados, preferencialmente deve ser realizado em quarto privativo com porta fechada e bem ventilado.

Em casos de dispor somente de enfermarias, é aconselhável que as puérperas confirmadas para Covid-19 sejam separadas em uma mesma enfermaria ou área.

MANEJO DA GESTANTE DE BAIXO E ALTO RISCO, PARTO E PUERPÉRIO DURANTE A PANDEMIA DO CORONAVÍRUS COVID-19



Assistência ao Puerpério e Alojamento Conjunto:

Não é recomendada a coorte de paciente em mesmo ambiente de pacientes suspeitas e confirmadas.

Em unidades compartilhadas, procedimentos geradores de aerossol deverão ser evitados. A área estabelecida deve ser devidamente sinalizada e uma equipe de assistência específica deve ser designada para o trabalho.

No caso de mãe com suspeita clínica ou confirmada da COVID-19 e com controle dos sintomas manterem no mínimo 1 metro e preferencialmente 2 metros de distanciamento entre o leito materno e o berço do RN. O aleitamento materno e cuidados ao RN deverão ser promovidos com utilização das precauções recomendadas como uso de máscaras e lavagem das mãos. Caso a mulher não se sinta segura em amamentar enquanto estiver com a COVID-19, recomenda-se que seu leite seja retirado e ofertado à criança pela técnica de administração por copinho. Para auxiliar nos cuidados com o recém-nascido a mulher poderá contar com a ajuda/apoio de acompanhante único, regular, desde que assintomático e não contato domiciliar de pessoa com síndrome gripal ou infecção respiratória comprovada por COVID-19 e orientado sobre utilização das precauções recomendadas como uso de máscaras e lavagem das mãos.

ORIENTAÇÕES

Acompanhante:

Considerar a Lei 12.895, de 18-12-2013, que dispõe sobre o direito ao acompanhante. No sentido de garantir a segurança da paciente e dos profissionais e acompanhantes seguir as orientações técnicas contidas em: <http://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areas-devigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/coronavirus-covid-19/prevencao-e-controle-de-infeccao> Recomendamos que o gestor avalie as condições de ambiência para diminuir circulação e a capacidade de EPI's necessários para manter a segurança das usuárias, profissionais e de seus acompanhantes. No caso de restrição do acompanhante o gestor deverá documentar, enfatizando a atual situação de pandemia do SARS-CoV-2, respaldando a instituição e os profissionais com a adoção de tal medida, bem como divulgar as informações na Instituição, para trabalhadores, usuárias, rede de apoio (considerar comunicação verbal e não verbal (utilizar banners, cartazes, folders informativos afixados em locais visíveis).

MANEJO DA GESTANTE DE BAIXO E ALTO RISCO, PARTO E PUERPÉRIO DURANTE A PANDEMIA DO CORONAVÍRUS COVID-19



Visitantes:

Recomendamos para a segurança da paciente e dos profissionais e visitantes seguir as orientações técnicas contidas em: <http://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areas-de->. Recomendamos que o gestor avalie as condições de ambiência para diminuir a circulação e a capacidade de EPI's necessários para manter segurança das usuárias e profissionais e seus visitantes. Recomendamos a capilarização da informação a todos os profissionais da instituição e adoção de fluxo de informação aos usuários, considerar a comunicação visual (cartazes, informes, folders, afixados em locais visíveis)

Mães e Recém Nascidos:

As recomendações contidas nas Portarias da Assistência ao Recém-nascido, tais como imunização, testes de triagem neonatal e a garantia da puericultura após a alta são ações imprescindíveis no cuidado à criança e não devem ser interrompidas em nenhuma hipótese. Para os recém-nascidos estáveis de mães com SARS-Cov-2 positivo não é recomendada a testagem. Considerar a orientação à mãe e a adoção de medidas de precaução:

- Lavagem de mãos;
- Uso de máscara cirúrgica;
- Retorno à unidade de saúde para puericultura ou outra necessidade, durante o período de transmissão da doença, seguindo as recomendações para redução do risco de transmissão da doença durante o deslocamento à unidade e durante o atendimento. **IMPORTANTE:** O ambiente deve estar sob supervisão da equipe multiprofissional para garantir as medidas adotadas e orientação contínua.

Aleitamento Materno:

O leite materno deve continuar sendo ofertado ao bebê pelos inúmeros e comprovados benefícios que ele oferece.

IMPORTANTE: Até o momento, não há evidência científica robusta publicada que estabeleça nexo causal entre a transmissão da COVID-19 e a amamentação. A manutenção da amamentação/aleitamento deve ser estimulada, por falta de elementos que comprovem que o leite materno possa disseminar o Coronavírus.

MANEJO DA GESTANTE DE BAIXO E ALTO RISCO, PARTO E PUERPÉRIO DURANTE A PANDEMIA DO CORONAVÍRUS COVID-19



Recomendações para a Amamentação:

A amamentação deve ser mantida em caso de infecção pela COVID-19, desde que a mãe deseje amamentar e esteja em condições clínicas adequadas para fazê-lo;

A mãe infectada deve ser orientada para observar as medidas apresentadas a seguir, com o propósito de reduzir o risco de transmissão do vírus através de gotículas respiratórias durante o contato com a criança, incluindo a amamentação:

1. Lavar as mãos por pelo menos 20 segundos antes de tocar o bebê, ou antes, de retirar o leite materno (extração manual ou na bomba extratora);
2. Usar máscara facial (cobrindo completamente nariz e boca) durante as mamadas e evitar falar ou tossir durante a amamentação;
3. A máscara deve ser usada conforme as orientações contidas no documento Orientações Gerais – Máscaras faciais de uso não profissional, disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/NT+M%C3%A1scaras.pdf/bf430184-8550-42cb-a975-1d5e1c5a10f7>
4. Em caso de opção pela extração do leite, devem ser observadas as orientações disponíveis no documento: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mulher_trabalhadora_amamenta.pdf
5. Seguir rigorosamente as recomendações para limpeza das bombas de extração de leite após cada uso;
6. Deve-se considerar a possibilidade de solicitar a ajuda de alguém que esteja saudável para oferecer o leite materno em copinho, xícara ou colher ao bebê;
7. É necessário que a pessoa que vá oferecer ao bebê aprenda a fazer isso com a ajuda de um profissional de saúde.

A decisão de amamentar no momento da infecção deve ser discutida e avaliada, junto com a equipe de saúde, considerando a disponibilidade de EPIs, a orientação contínua da equipe sobre boas práticas.

Caso a segurança no processo de amamentação não esteja garantida deve ocorrer à separação do binômio, com reavaliação frequente para reestabelecimento do vínculo. Alternativamente a mulher poderá utilizar a ordenha manual ou por bomba até o final da infecção, considerando o uso de EPI e supervisão da equipe multiprofissional garantindo a alimentação do recém-nascido. É importante que a puérpera/lactante sigam as diretrizes de prevenção disponível em: <http://saopaulo.sp.gov.br/coronavirus/>, para evitar a contaminação do recém-nascido.

MANEJO DA GESTANTE DE BAIXO E ALTO RISCO, PARTO E PUERPÉRIO DURANTE A PANDEMIA DO CORONAVÍRUS COVID-19



Recomendações para a alta hospitalar do binômio:

Para a alta hospitalar do binômio Recomendamos que o processo da alta seja efetuado com marcação de consulta para o retorno do binômio utilizando o dispositivo da alta responsável.

A equipe deverá se certificar que as orientações fornecidas foram compreendidas. Recomendamos como estratégia a utilização de folders educativos. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilanciaepidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areas-de>.

Orientações para o Isolamento Domiciliar – COVID-19. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-controle-de-doencas/homepage/aceso-rapido/comitede-vigilancia-a-morte-materna-infantil-e-fetal>.

Recomendações aos Profissionais no manejo da paciente com infecção por SARS-CoV 2:

Recomendamos para o adequado manejo do paciente com infecção por SARS-CoV 2, que acesse as informações disponíveis em: <http://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areasde->.

Recomendações Saúde Sexual e Reprodutiva

Recomendações Saúde Sexual e Reprodutiva segundo a OMS, as unidades que oferecem serviços de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva são consideradas essenciais, e os serviços não devem ser descontinuados durante a pandemia do COVID-19. Considerando a situação desta Pandemia, a reordenação dos fluxos na prestação de serviços e produção do cuidado para a atenção à população de mulheres e adolescentes, diante da explosão de casos suspeitos e confirmados para COVID-19, com objetivo de reduzir a gravidez não planejada e eliminar a violência contra mulher. Recomendamos que os serviços de saúde utilizem recursos disponíveis e invistam em ações que possibilitem a continuidade nos aconselhamentos do uso da contracepção (Telemedicina, reuniões de apoio através de plataformas digitais), sobre provisão e manutenção de contracepção regular e de emergência, quando o atendimento presencial não for possível. As unidades que realizam atendimento às situações de violência sexual devem mantê – los, inclusive as que realizam o aborto legal.

Importante que a vítima seja devidamente encaminhada aos serviços de acompanhamento. Estas orientações podem sofrer mudanças à medida que o conhecimento sobre o vírus evolui.

MANEJO DA GESTANTE DE BAIXO E ALTO RISCO, PARTO E PUERPÉRIO DURANTE A PANDEMIA DO CORONAVÍRUS COVID-19



NOTA TÉCNICA Nº04 de 08-04-2021: Manejo Ciclo Gravídico Puerperal – COVID 19 Referência e Contra Referência para o Estado de São Paulo:

Documentos norteadores:

- Nota Técnica 04 atualiza a de 11-12-2020
- Nota Técnica 03 de 25-06-2020 que recomenda a organização da Rede Materna Infantil de cada território
- Nota Técnica 13/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, que possui “Recomendações acerca da atenção puerperal, alta segura e contracepção durante a pandemia da Covid -19”

Crítérios para encaminhamento:

A) Casos suspeitos ou confirmados com sintomas leves:

Fluxo de regulação habitual para Covid-19, podendo ser manejados inicialmente na unidade de baixo risco, que deverá garantir isolamento destas gestantes e puérperas

B) Casos suspeitos ou confirmados com critérios para internação

São considerados critérios de internação:

- a) Desconforto respiratório objetivamente verificado;
- b) Esforço ventilatório (uso de musculatura acessória, tiragem intercostal, batimento de asa nasal);
- c) Taquipnéia ($FR \geq 24$ imp.);
- d) Dessaturação ($SpO_2 \leq 95\%$ em ar ambiente).

Não é necessário aguardar resultado de PCR para Covid-19 para solicitação de transferência de gestantes ou puérperas. Deve-se ainda estar atento que a coleta de PCR para Covid-19 tem mostrado melhores resultados quando é realizada entre o terceiro e sétimo dia do início dos sintomas.

Toda unidade de saúde deverá realizar triagem para identificar pacientes suspeita de Covid-19, em todos os momentos de assistência à gestante e puérpera: consultas de pré-natal, exames laboratoriais e de ultrassonografia, parto e puerpério.

É essencial que seja realizada classificação de risco em casos suspeitos e também que seja verificada a oximetria de pulso e medida da frequência respiratória.

MANEJO DA GESTANTE DE BAIXO E ALTO RISCO, PARTO E PUERPÉRIO DURANTE A PANDEMIA DO CORONAVÍRUS COVID-19



Considerando-se a possibilidade de piora rápida de sintomas, casos com critérios de internação devem ser encaminhados para unidades de enfermaria com estrutura de clínica médica, obstetrícia, neonatologia, UTI neonatal e UTI adulto ou UTI materna, a depender da idade gestacional no momento dos sintomas.

A infraestrutura de Obstetrícia e de Neonatologia torna-se mais importante para casos com idade gestacional maior ou igual há 23 semanas, pois em alguns serviços, a partir de 25 semanas há viabilidade de sobrevivência do recém-nascido caso seja necessária a interrupção da gestação.

Casos suspeitos ou confirmados com critérios para internação em UTI

Considerando-se a rápida progressão da doença, para transferência de gestantes e puérperas para internação em enfermaria deve-se priorizar serviços que contem UTI com vaga garantida para esta paciente. Os critérios abaixo devem ser utilizados dentro das unidades hospitalares para transferência interna dos pacientes e não para a solicitação de vagas de UTI aos sistemas de regulação. Critérios para encaminhamento de pacientes a UTI.

Casos suspeitos ou confirmados com critérios para internação em UTI:

- a) Sem melhora da saturação de oxigênio apesar da oferta de O₂ (SatO₂ ≤ 95% com oferta de 6L/min por cateter nasal de oxigênio);
- b) Esforço ventilatório (uso de musculatura acessória, tiragem intercostal, batimento de asa nasal) apesar da oferta de O₂;
- c) Relação pO₂/FIO₂ < 200;
- d) Hipotensão arterial;
- e) Alteração da perfusão periférica (tempo de enchimento capilar);
- f) Alteração do nível de consciência; Delírio;
- g) Oligúria

MANEJO DA GESTANTE DE BAIXO E ALTO RISCO, PARTO E PUERPÉRIO DURANTE A PANDEMIA DO CORONAVÍRUS COVID-19



Recomendamos a observação da gravidade materna x risco fetal para a definição do tipo de solicitação de vaga na Regulação:

Após definição de necessidade de transferência inserir o caso no sistema de regulação:

Proceder ao preenchimento da “Ficha da Gestante” disponível no Sistema da Central de Regulação Oferta de Sistemas de Saúde (CROSS), assinalando a pergunta: “Possui síndrome gripal?”

Obs: Preferencialmente usar a mesma ficha para a puérpera com Covid, inserindo os dados correspondentes nos campos de livre preenchimento.

Recomenda –se aos profissionais reguladores (Municipal/ Regional) que intensifiquem o contato com o solicitante, que deverá atualizar a ficha com uma frequência mínima de 06 horas e de imediato quando houver piora.

Recomenda-se pela possibilidade de piora clínica rápida a atenção quanto a agilização transporte sanitário para a gestante, assim como a disponibilização de suporte de oxigênio.

Recomendações para o manejo no ambiente hospitalar:

- Obrigatoriamente o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) que deve realizar a Oximetria de pulso.
- Manter o monitoramento respiratório (Frequência e saturação) da gestante ou puérpera com Síndrome Gripal durante a permanência na unidade.
- Necessidade de fluxo de oxigênio $\geq 2\text{L}/\text{min}$ e $\leq 6\text{L}/\text{min}$ para manter $\text{SatO}_2 \geq 95\%$.
- Frequência cardíaca mantida acima de 100 bpm na ausência de febre.
- Fator de risco clínico associado à alteração laboratorial ou a alteração radiológica em $\geq 50\%$ dos campos pulmonares.
- Recomendamos o acompanhamento laboratorial também do *Dímero – D, CPK e Troponina.

Pronto Socorro - Com Suspeita de COVID-19

Porteiro na recepção PS

Acolhimento do paciente

Distância de pelo menos 1,8m; Máscara cirúrgica; higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%

Recepção do PS

Acolhimento do paciente

Distância de pelo menos 1,8m; Máscara cirúrgica; higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%

Médico/Enfermagem Triagem

Exame físico de paciente **COM** sintoma
Higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%; Máscara cirúrgica; Gorro; Avental simples; Proteção ocular; Luvas;
Calçado fechado

Equipe da Higiene e limpeza

Limpeza das áreas destinadas a atendimento de pacientes **COM** sintomas respiratórios
Uniforme privativo; Máscara cirúrgica; Avental descartável; Óculos de proteção; Gorro; Luvas de borracha com cano longo e Botas impermeáveis de cano longo

Equipe Enfermagem/Médica e Multiprofissional

Áreas de Atendimento destinadas a pacientes **COM** sintomas respiratórios
Uniforme privativo; Máscara cirúrgica;
Avental descartável; Óculos de proteção;
Gorro descartável; Luvas; Calçado fechado

Profissional da saúde

PROCEDIMENTO QUE GEREM AEROSSÓIS OU SITUAÇÕES QUE GERAM EXPOSIÇÃO A GRANDE VOLUMES DE SECREÇÕES PACIENTE COVID-19
Uniforme privativo; **Máscara N95**; **Avental impermeável**; Óculos de proteção; Luvas;
Gorro; Calçado fechado; **Protetor Facial**

Paciente **COM** sintoma

Usar Máscara cirúrgica; Usar lenços de papel (tosse, espirros, secreção nasal); Higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%

Acompanhante de paciente **COM** sintoma

Usar máscara cirúrgica; Usar lenços de papel (tosse, espirros, secreção nasal); Higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%

Unidades de Internação COM COVID-19

Profissional da saúde

ENTRADA NO QUARTO DE ISOLAMENTO
Sem procedimento aerossol

Uniforme privativo; **Máscara cirúrgica;**
Avental descartável; Óculos de Proteção;
Luvas; Gorro descartável; Calçados fechados

Profissional da saúde

Áreas Comuns da Unidade

Uniforme privativo; EPIs utilizados
normalmente na rotina de trabalho

Profissional da saúde

PROCEDIMENTO QUE GEREM AEROSSÓIS OU
SITUAÇÕES QUE GERAM EXPOSIÇÃO A
GRANDES VOLUMES DE SECREÇÕES PACIENTE
COVID-19

Uniforme privativo; **Máscara N95;** **Avental
impermeável;** Óculos de proteção; Luvas;
Gorro; Calçado fechado; **Protetor Facial**

Equipe da Higiene e Limpeza

Limpeza das áreas comuns da unidade

Uniforme privativo; EPIs utilizados
normalmente na rotina de trabalho

Equipe da Higiene e Limpeza

Limpeza dos quartos com Isolamento de
pacientes SUSPEITOS OU CONFIRMADOS
COVID-19

Uniforme privativo; **Máscara N95;** **Avental
impermeável;** Óculos de proteção; Gorro
descartável; Luvas de borracha com cano
longo e Botas impermeáveis de cano longo

Anexo III Reciclagem – Máscara N95

Reutilização em situação de baixo estoque;
Técnica adequada para retirada (sem tocar na parte da frente, retirando de trás para frente pelo elástico);
Armazenamento em saco de papel, identificado;
Quando utilizada para aspiração traqueal, associar viseira / capacete;
Lavagem das mãos antes e após tocar a máscara;
Usar de luvas de procedimento para vestir a N95 reutilizada;
Usar a N95 no máximo cinco vezes;
Troca do saco descartável a cada uso
Descartar a N95 se; sangue, secreção nasal, suor

Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, The Royal College of Midwives. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy .Information for healthcare professionals .Version 1: Published Monday 9 March, 2020

Guidance on Breastfeeding for a Mother Confirmed or Under Investigation For COVID-19.: National Center for Immunization and Respiratory Diseases (NCIRD), Division of Viral Diseases. Última revisão: fevereiro de 2020. Acesso em: 10-03-2020; disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/specific-groups/pregnancyguidance--breastfeeding.html>

Chen H, Guo J, Wang C, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. Lancet 2020 acesso em 10-03-2020, disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3)

Guia Sobre o Corona Vírus. Disponível em: <http://saopaulo.sp.gov.br/coronavirus/> Ministério da Saúde. IFF. BLH-IFF/NT 47.18 – Uso do Leite Humano Cru Exclusivo em Ambiente Neonatal. 2018, disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/norma_tecnica_47.pdf

Ministério da Saúde. Nota Técnica N. 6/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS – Atenção às gestantes no Contexto da Infecção SARS-COV-2. Brasil. Presidencia da Republica. Lei N. 13.979 de 06-02-2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus responsável pelo surto de 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735> São Paulo.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Resolução SS - 28, de 17-3-2020. Estabelece as diretrizes e orientações de funcionamento dos serviços de saúde no âmbito do Estado de São Paulo para enfrentamento da pandemia do Covid-19 (doença causada pelo Novo Coronavírus), e dá providências correlatas. Disponível em: https://www.saopaulo.sp.gov.br/wpcontent/uploads/2020/03/E_R-SS-CGOF-28_170320-1.pdf

São Paulo. Decreto 64.862, de 13-03-2020. Dispõe sobre a adoção, no âmbito da Administração Pública direta e indireta, de medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pelo COVID-19 (Novo Coronavírus), bem como sobre recomendações no setor privado estadual. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2020/decreto-64862-13.03.2020.html> São Paulo.

Decreto 64.864, de 16-03-2020. Dispõe sobre a adoção de medidas adicionais, de caráter temporário e emergencial, de prevenção de contágio pelo COVID-19 (Novo Coronavírus), e dá providências correlatas. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2020/decreto-64864-16-03-2020.html>

Coronavírus (COVID-19). CVE - Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". 2020. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areas-devigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/coronavirus-covid-19/Linha de Cuidado Gestante e Puérpera. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Regiões de Saúde. Atenção Básica. 2020. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/atencao-basica/linhadecuidado-ses-sp/gestante-e- puerpera/doc_tecnico_quadro_sinteses_e_fluxograma_gestante.pdf

Cuifang Fan, Di Lei, Congcong Fang, et al. Perinatal Transmission of COVID-19 Associated SARS-CoV-2: Should We Worry? *Clinical Infectious Diseases*, ciaa226, <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa226>

David A. Schwartz (2020) An Analysis of 38 Pregnant Women with COVID-19, Their Newborn Infants, and MaternalFetal Transmission of SARS-CoV-2: Maternal Coronavirus Infections and Pregnancy Outcomes. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine In-Press*. <https://doi.org/10.5858/arpa.2020-0901-SA>

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Orientações Gerais – Máscaras faciais de uso não profissional – Brasília, 2020, disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/NT+M%C3%A1scaras.pdf/bf430184-8550-42cb-a975-1d5e1c5a10f7>.

“ O conhecimento e a informação são os recursos estratégicos para o desenvolvimento. Os portadores desses recursos são as pessoas.

Peter Drucker ”



R. Doutor Reinaldo Machado, 255
Fragata I Marília-SP I CEP:17519-080
CNPJ nº 24.082.016/0001-59



Whatsaap: (14) 99649-5783
Telefone: (14) 3434-2500



www.hc.famema.br
superintendencia@hc.famema.br



[/hcfamema](https://www.facebook.com/hcfamema)



[@hcfamema](https://www.instagram.com/hcfamema)

Protocolo Clínico HCFAMEMA para Manejo da COVID-19

Alta Complexidade



Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília

H828p Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília

Protocolo clínico HCFAMEMA para manejo da COVID-19 : alta complexidade / Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília. – Marília, 2020.
25 p.

1. Coronavírus. 2. Protocolos clínicos. 3. Emergências.
4. Unidades de Terapia Intensiva.

CDD 616.025



O HCFAMEMA tem como missão “cuidar da saúde das pessoas em média e alta complexidade integrando o Sistema Único de Saúde, sendo cenário de ensino, pesquisa e inovação tecnológica”. Para tanto, pauta-se nos valores de respeito à vida; compromisso ético; transparência nas ações e resultados; gestão participativa; trabalho em equipe; sustentabilidade; desenvolvimento profissional; eficiência e excelência.

Uma das ferramentas utilizadas para garantir eficiência; excelência e qualidade na assistência é a implantação de Protocolos Clínicos, uma vez que promovem a padronização das condutas médicas, organizam e facilitam a tomada de decisões da gestão hospitalar e ampliam a segurança do paciente, diminuindo o risco de erros e eventos adversos.

Com esse objetivo e considerando o contexto epidemiológico atual com a pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), a Sala de Situação do HCFAMEMA elaborou o “Protocolo Clínico HCFAMEMA para manejo da COVID-19 – Alta Complexidade”. O documento busca nortear a conduta dos profissionais da instituição para o atendimento dos casos suspeitos e confirmados da patologia.

No dia 29 de dezembro de 2019, um hospital de Wuhan, na China, informou a existência de quatro pessoas com pneumonia de causa desconhecida e afirmou que todas teriam trabalhado no Mercado Atacadista de Frutos do Mar de Huanan. A emergência do novo Coronavírus (2019-nCoV) como agente causador da doença respiratória foi reportada à Organização Mundial de Saúde (OMS) em 31 de dezembro de 2019.

A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a maioria (cerca de 80%) dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos e, aproximadamente, 20% dos casos detectados requerem atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório.

Estudos tem demonstrado que o período de incubação do SARS-CoV-2 pode se estender até 14 dias, sendo o tempo médio entre a infecção e o aparecimento dos primeiros sintomas de 4 a 5 dias. Há evidência de transmissão durante o período de incubação, no qual a doença se apresenta de forma leve ou inespecífica.

O vírus SARS-CoV-2 é transmitido de pessoa a pessoa, por meio de gotículas de saliva ou secreção nasal quando uma pessoa infectada tosse ou espirra. Sugere-se que entre 30 a 50% das transmissões ocorram de indivíduos em período pré-sintomático, desta forma, quando a transmissão ocorre antes dos sintomas, torna-se difícil controlar a epidemia apenas com isolamento dos sintomáticos.

A doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19), nos casos sintomáticos, apresenta-se como uma síndrome respiratória aguda. Portanto, pode ser confundida com uma série de outras doenças comuns, principalmente, no período do outono-inverno que marca a sazonalidade do vírus influenza. Desse modo, as definições operacionais devem ser contextualizadas regionalmente, de acordo com a incidência da circulação dos vírus influenza A e B em todos os indivíduos. Além disso, adicionalmente, nas crianças abaixo de cinco (5) anos, também se deve atentar para o Vírus Sincicial Respiratório (VSR).

Os sintomas mais comuns relatados até o momento são: febre e tosse, podendo ocorrer também, rinorréia, dor de garganta e cefaleia. Com menos frequência foram relatados náuseas, vômito e diarreia. Distúrbios do olfato e paladar, como anosmia e disgeusia, também foram informados.

Introdução



A pneumonia representa a manifestação clínica mais séria da infecção, caracterizada por febre, tosse, dispneia e infiltrados pulmonares presentes bilateralmente aos exames de imagens. Os pacientes que cursam com pneumonia desenvolvem dispneia após uma média de 5 dias do início dos sintomas, podendo chegar a 8 dias.

Em crianças a infecção sintomática parece incomum, e geralmente cursam com quadros clínicos leves, embora forma grave tenha sido relatada.

No momento, não existem vacinas ou tratamentos específicos para a COVID-19. No entanto, existem muitos ensaios clínicos em andamento avaliando possíveis tratamentos.

Objetivo

O Protocolo Clínico HCFAMEMA para Manejo da COVID-19 em Alta Complexidade tem por objetivo garantir o melhor cuidado de saúde aos pacientes suspeitos ou confirmados com o agravo, incluindo recomendações de condutas, medicamentos ou produtos para as diferentes fases evolutivas da doença.

É importante destacar que este protocolo é um trabalho em andamento, que será atualizado de acordo com a evolução das evidências científicas.

Aplicabilidade

O Protocolo Clínico HCFAMEMA para Manejo da COVID-19 em Alta Complexidade aplica-se a todos os pacientes suspeitos ou confirmados para a referida patologia atendidos no Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade (DASAC) do HCFAMEMA.

Casos Suspeitos



Definição 1 - Síndrome Gripal (SG):

Quadro
Respiratório
Agudo

Sensação de febre ou febre
+
Tosse OU
dor de garganta
OU coriza
OU dificuldade
respiratória

Crianças
Considerar
Obstrução
Nasal

Idosos
febre pode estar
ausente :
Considerar:
Síncope, Confusão
mental, Sonolencia
Irritabilidade e
Inapetencia

Definição 2 - Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG):

SRAG

Dipnéia / Desconforto respiratório
OU
Pressão no tórax OU
SpO2 < 95% ar ambiente OU
Coloração azulada de lábios OU
no rosto

Crianças
Considerar
os itens
anteriores
+

Batimento de asa de nariz
Cianose
Tiragem intercostal
Desidratação
Inapetência

Critérios Laboratoriais para COVID 19:



Critério Laboratorial

Biologia molecular (RT-PCR em tempo real, detecção do vírus SARS-CoV2):

- Doença pelo coronavírus 2019: com resultado detectável para SARS-CoV2.

Imunológico (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos):

- Doença pelo coronavírus 2019: com resultado positivo para anticorpos IgM e/ou IgG.

- Em amostra coletada após o oitavo dia de início dos sintomas

CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO

Histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas confirmados laboratorialmente para COVID-19, para qual não foi possível investigação lab específica

Caso descartado de doença pelo COVID-19

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

Indicação de coleta de amostras

Teste de RT-PCR, em tempo real, para SARS-CoV-2, para os casos de SRAG hospitalizados, em 100% dos casos, e notificação no SIVEP-Gripe

Coletar amostras de profissionais em serviços de saúde com pacientes de municípios com casos confirmados de COVID-19, com suspeita de SG

Casos suspeitos de SG ou SRAG

Secreção da nasofaringe (SNF). A coleta deve ser realizada até o 14º dia após o aparecimento dos primeiros sinais ou sintomas (após 8º cai 50% positividade)

Crianças < 5 anos: coleta para: Coronavírus (SARS-CoV-2), Vírus influenza A e B, Vírus Sincicial Respiratório (VSR)

Criança > 5 anos: coleta SARS-CoV-2 e, caso negativo, realizar exame para de vírus influenza

Unidade de Emergência Adulto



A Unidade de Emergência Adulto do HCFAMEMA é porta de entrada para urgências e emergências de média e alta complexidade, para pessoas com idade a partir de 14 anos, aos 62 municípios da área de abrangência do Departamento Regional de Saúde de Marília – DRS IX; referenciados pela CROSS.

Conforme o Pacto de Gestão da Rede de Urgência e Emergência firmado entre o HCFAMEMA, DRS IX e municípios da microrregião de Marília, os pacientes devem ser encaminhados por ambulâncias. Destacamos que o HCFAMEMA não é a referência primária para os municípios de Marília para os casos de COVID-19.

Os pacientes encaminhados ao HCFAMEMA com sintomas gripais deverão ser identificados na portaria e encaminhados para a triagem COVID, tendo todo seu atendimento realizado em ambientes específicos destinados à pacientes com quadro respiratório.

Equipe Triagem COVID-19

Máscara pacientes suspeitos e acompanhantes	Atendimento em área designada isolada Afastamento de 1,80m	Sinais vitais de síndrome gripal leve Febre > 37,8 Mialgia e fadiga Tosse Sint resp superiores. diarreia (mais raro)
---	---	---

Anexo I – Equipamento de Proteção Individual / Pronto Socorro COVID-19

Diagnóstico e Exames Complementares

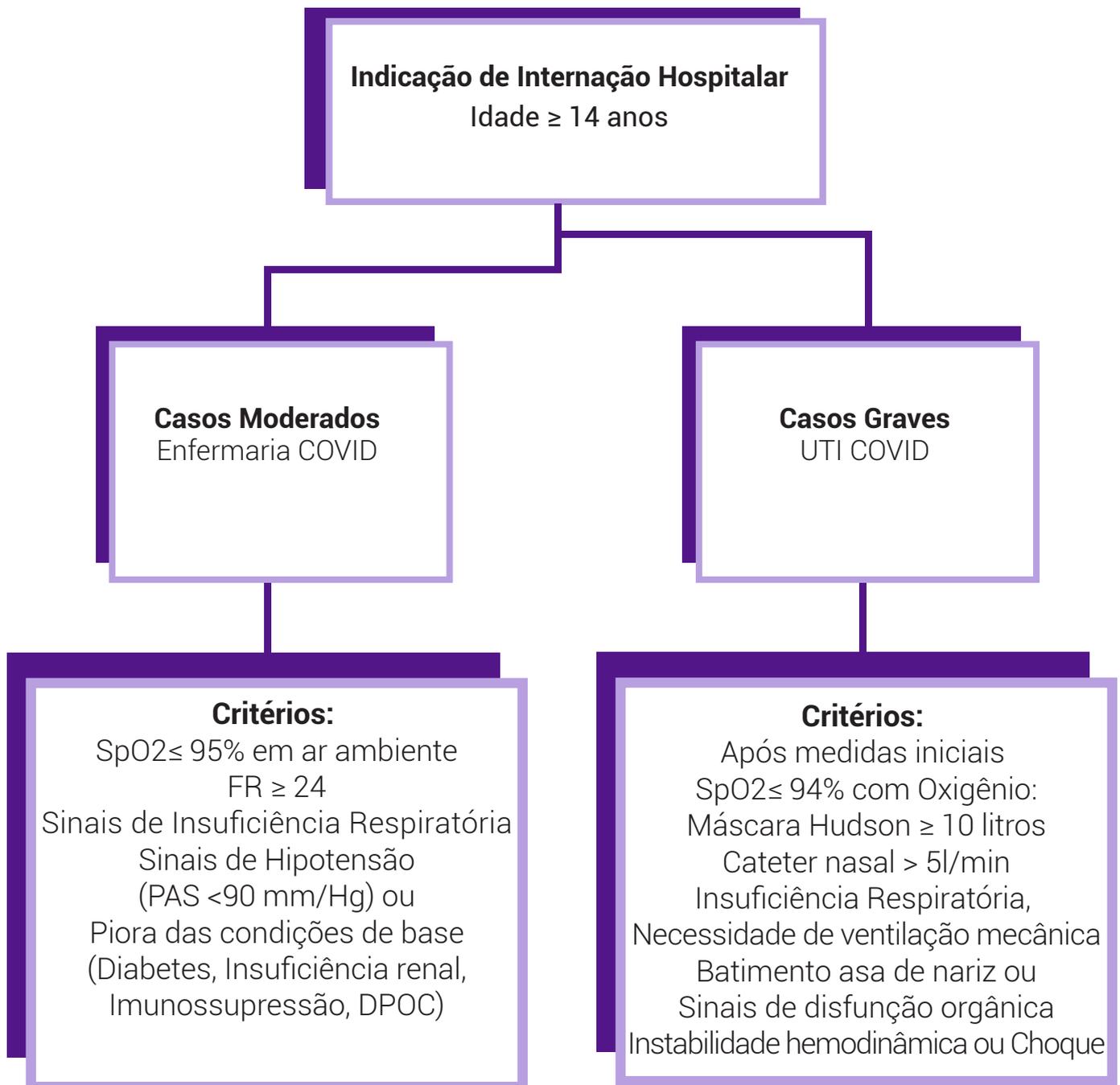
Síndrome Gripal: Investigação Clínico Epidemiológica História Exame Físico	Laboratorial por meio de transcriptase-reversa Polymerase Chain Reaction (RT-PCR). Tempo real e sequenciamento parcial ou total do genoma viral	Rx Tórax: infiltrados bilaterais sub-plurais; USG Pulmonar: Linhas B; Espessamento pleural; Consolidações (sub-pleurais) HMG: linfopenia Proteína C-reativa: aumentada
---	---	--

Manejo Clínico

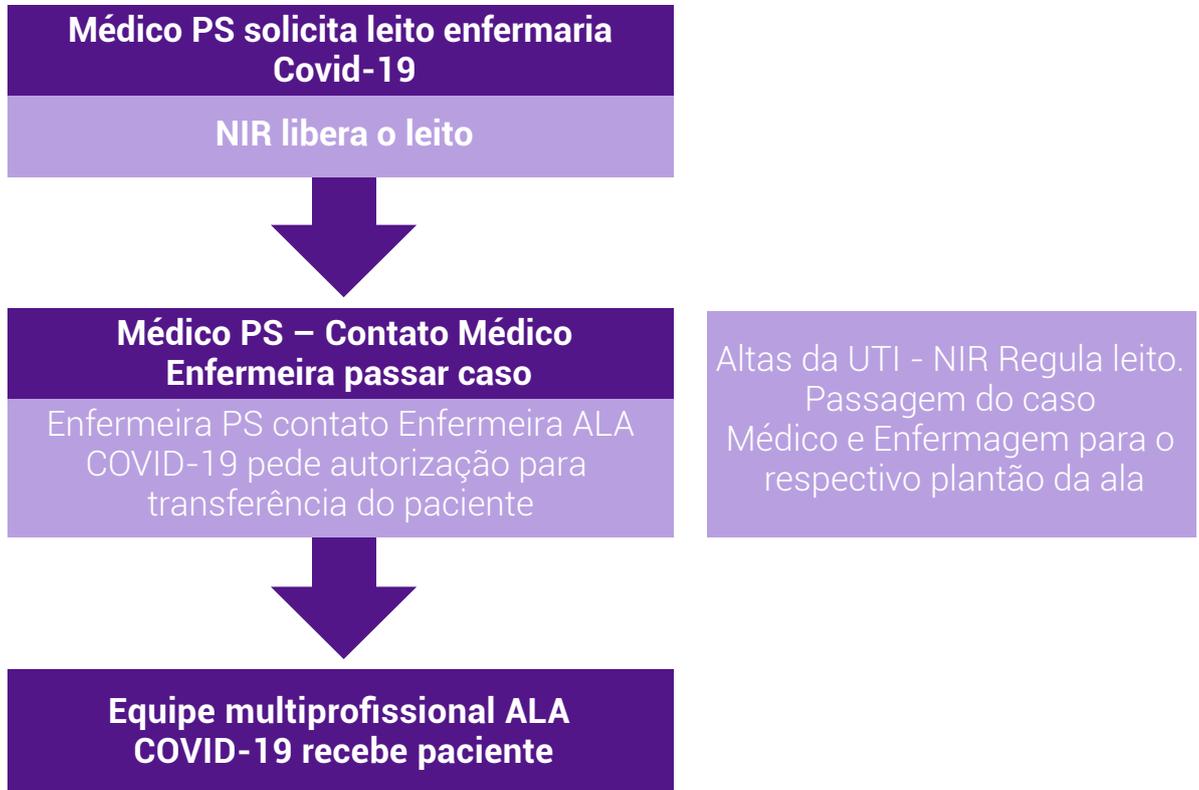
Casos leves: Medidas suporte e conforto. Isolamento domiciliar. Monitoramento até alta do isolamento
Notificação: Formsus2
<http://bit.ly/notificaCOVID19>

Início de complicações:
Complemento de O₂ se SpO₂<95% com cateter O₂ até 5l/min. Fármacos para o controle de sintomas.
Hidratação. Oseltamivir se Síndrome Gripal

Algoritmo de Internação Hospitalar



Fluxo de Atendimento



Anexo II - Equipamento de Proteção Individual Enfermaria / COVID 19

Caso o paciente não apresente, na chegada, quadro de insuficiência respiratória por critério clínico e laboratorial e não necessite de suporte ventilatório à internação, deverá permanecer em observação e tratamento na enfermaria.

No atual cenário, as enfermarias COVID serão inicialmente as Alas A e B (isolamento 17 leitos) e posteriormente a ala C. Caso a necessidade demande, os isolamentos terão suas portas abertas e a ala sua porta fechada, dobrando-se o número de leitos e instalando-se uma coorte.

Atenção aos Fatores de Risco para clínica grave COVID 19

Fatores de Risco para Gravidade COVID-19		
História Clínica: Idade > 64a HAS DM Cardiopatía Neoplasia Dças pulmonares Cr Uso Imunossupressores	Exame Físico: SpO2 inicial < 95% T > 38° RF > 30 imp	Laboratoriais: PAO2/FIO2 < 300 ↑PCR ↑HDL ↑D dímero ↑Troponina ↑AST Neutrofilia Plaquetopenia Linfopenia I renal Coagulopatia

Prescrição Médica na Enfermaria

a) Ceftriaxona 2g 1xdia por 5 dias

b) Enoxaparina dose profilática – 40mg/dia 1x ao dia

c) Oseltamivir 75mg 12/12 horas por 5 dias **

d) Azitromicina 500mg VO 1xdia por 5 dias*

*Avaliar contra-indicações relativas: cardiopatia/QT alargado
**atenção para ajuste conforme função renal:

Clearance de Cr

> 60 ml/min
60-30 ml/min
< 30 ml/min
Hemodilise
CAPD

Oseltamivir

75 mg 12/12h
30 mg 12/12h
30 mg 24/24h
30 mg após diálise
30 mg 1x/semana

➔ Evitar prescrição de inalação, caso seja necessário prescrever medicamentos broncodilatadores na forma de "puffs";

➔ Recomenda-se o uso de dexametasona 6mg/dia por 10 dias

Cuidados aos pacientes – Ficar atento!

A expectativa no cuidado ao paciente será **positiva**, de que o paciente melhore progressivamente e que **receba alta**.

Em enfermarias de um hospital terciário como o nosso HC, os pacientes podem **eventualmente apresentar intercorrências**.

No caso dos pacientes com a COVID-19, insuficiência respiratória e choque serão as complicações mais comuns. **Avalie a evolução dos pacientes** no dia do seu plantão e analise a evolução nos últimos dias.

Mantenha: **Medicações de uso crônico** (para tratamento de diabetes, insuficiência cardíaca, doenças pulmonares crônicas, distúrbios da tireóide e outras).

Corticoesteróides não estão indicados rotineiramente: considerar em crise de asma ou DPOC exacerbado.

Paciente com diagnóstico prévio de HAS: manter o uso de inibidores de enzima conversora da angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA) para pacientes que já fazem uso contínuo destas medicações. Não introduza essas medicações por ocasião da suspeita de COVID-19.

Fluxo de Atendimento

Todos os pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva Adulto exclusiva para COVID-19 deverão ser originados da Unidade de Emergência Adulto, das Enfermarias do Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade, Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil ou encaminhados pela Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde – CROSS.

Após a solicitação do leito da UTI pelo Famema Sistemas, o médico solicitante deverá discutir o caso com o médico plantonista da UTI-COVID.

Critérios de Admissão na Unidade de Terapia Intensiva Adulto

Critérios de Gravidade Casos Suspeitos COVID-19	
Critérios de Gravidade	<ul style="list-style-type: none">• Insuficiência respiratória aguda com necessidade de ventilação mecânica invasiva;• Disfunção orgânica (confusão mental, oligúria, lactato $\geq 2\text{mmol/L}$);• Desconforto respiratório ou batimento nasal;• Saturação de $\text{O}_2 \leq 94\%$, Máscara Hudson ≥ 10 litros, Cateter nasal $> 5\text{l/min}$ ou $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 250$ em ar ambiente ou oxigenoterapia;• Instabilidade Hemodinâmica ou Choque.
+	
Critérios Tomográficos de Tórax	<ul style="list-style-type: none">• Infiltrado em Vidro Fosco;• Condensações Periféricas Subpleurais.

Isolamento por Coorte

UTI Exclusiva COVID-19			
1m entre leitos	Restrição de acesso	Evitar circulação	Turnos de 6h

Anexo III **Equipamento de Proteção Individual UTI Adulto / COVID-19**

Anexo IV **Reciclagem – Máscara N95**

Anexo V **Cuidados com a equipe UTI Adulto / COVID-19**

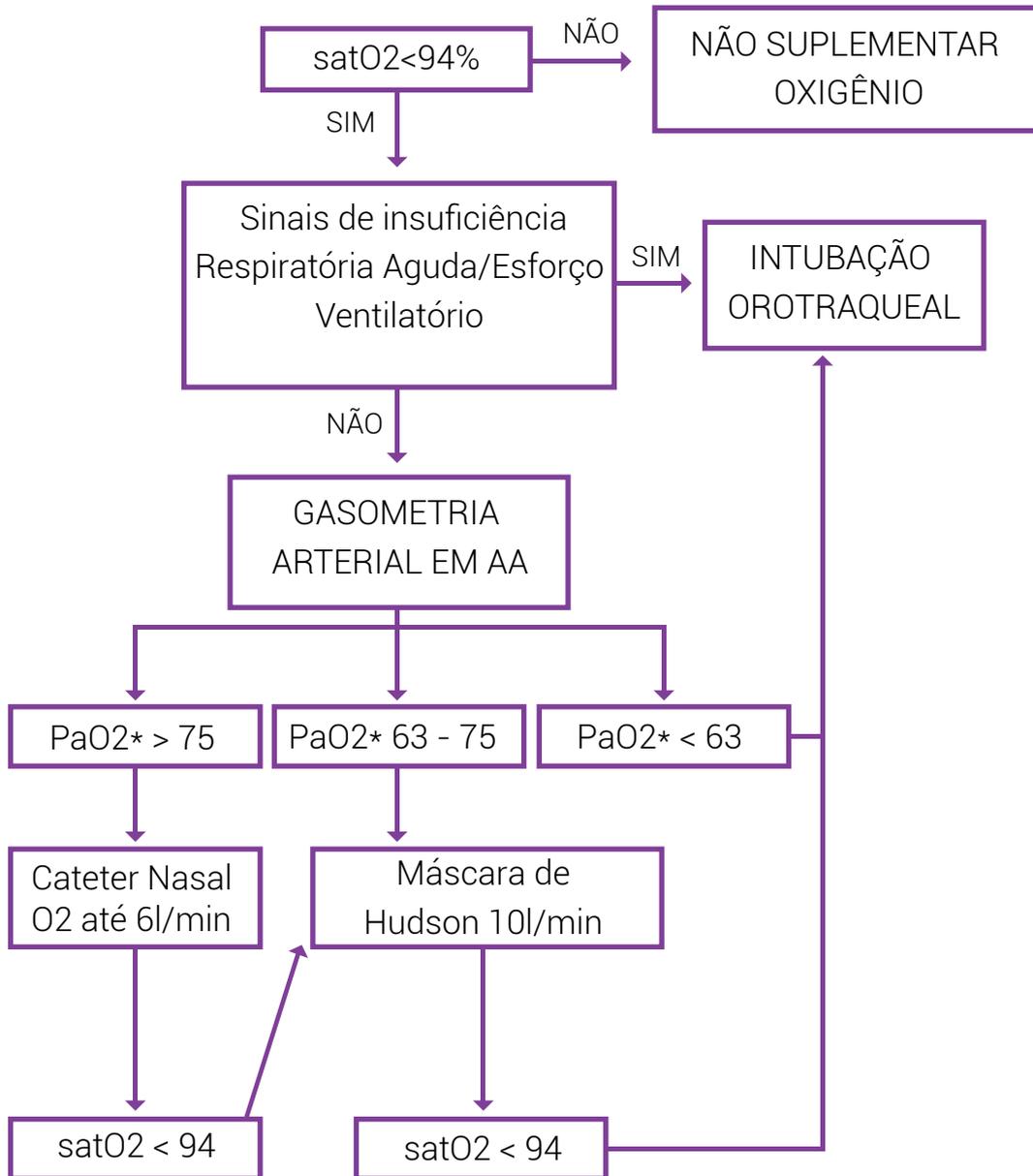
Exames Complementares

Exames Complementares				
*Swab Naso orofaringe; *Cultura de secreção Traquea; *01 Par de Hemocultura	Gasometria arterial; Eletrólitos (Na K ca Mg); Ureia e creatina; Ác láctico; TGP TGO; Coagulograma	D dímero; PCR; Bilirrubinas CPK; Troponina; DHL	BNP (Pcte > 70a ou cardiopata); ECG (Pcte > 60a ou cardiopata)	USG Pulmonar; CT Tórax; Rx de Tórax em casos especiais

Manejo Clínico no Paciente Adulto

Suplemento de O ₂			
Deverão ser intubados se: Necessidade de O ₂ nasal > 5l/min para uma SpO ₂ > 93% e/ou FR > 28 irpm ou PaCO ₂ > 50mmHg e/ou PH < 7,25	Evitar máscara de VENTURI ou tipo "tenda" para manter a oxigenação	Evitar inalação convencional com fluxo de O ₂ ou ar comprimido	Broncoespasmo utilizar medicamentos com aerossol dosimetrado

Fluxograma de Suplementação de Oxigênio



*utilizar Pao2 corrigida pela idade. Fórmula: $109 - (\text{idade} \times 0,45)$

Guia para Intubação Orotraqueal

INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

1- Pré-oxigenação: Máscara + circuito de aspiração fechado + filtro + ambú + reservatório + extensão para O₂(baixo fluxo de ar)

2- Sequência rápida de intubação*:

- a. Lidocaína 1.5mg/kg - pré-medicação, 3min antes da indução
- b. Cetamina 1,5mg-2mg/kg – indução
- c. Bloqueio neuromuscular succinilcolina 1mg/kg ou rocurônio 1.2mg/kg

3- Material IOT :

- a. Bougie
- b. Fio guia
- c. Videolaringoscópio (lâminas descartáveis 3-4) (1ª escolha)
- d. Laringoscópio comum (lâmina 4 e lâmina McCoy)
- e. 2 Tubos orotraqueais – tamanhos ACM
- f. Filtro HEPA (se disponível)
- g. Kit de cricostomia ou Bisturi n°22 + Tubo 6
- h. Pinça reta forte – Kosher ou Kelly
- i. Cuffômetro
- j. Fita métrica (PBW)
- k. Capnógrafo
- l. Insuflar CUFF antes de iniciar ventilação // Acoplar filtro na cânula antes de ventilar

4- Outras Drogas:

- a. Midazolam 1 amp (15 mg)
- b. Fentanil 1 amp (10 mg)
- c. Cristalóide 500ml 2 FRA
- d. SF 0,9% 250ml 1 FRA
- e. Norepinefrina 4 amp
- f. Sedação padrão montada: SF 0,9% 200ml + Fentanil 50ml + Midazolam 4amp

5- Equipamentos:

- a. Aparelho com Circuito Ventilação Mecânica
- b. Monitor
- c. 3 Bombas infusoras

6- Considerar: Veia Profunda e Linha Arterial

Sequência Rápida de Intubação – COVID-19

Droga \ Peso	40kg	50kg	60kg	70kg	80kg	90kg	100kg	110kg	120kg	130kg	140kg
Lidocaína 2(%)	3ml	3,8ml	4,5ml	5,3ml	6ml	6,8ml	7,5ml	8,3ml	9ml	9,8ml	10,5ml
Cetamina	1,6ml	2ml	2,4ml	2,8ml	3,2ml	3,6ml	4ml	4,4ml	4,8ml	5,2ml	5,6ml
Rocurônio	4,8ml	6ml	7,2ml	8,4ml	9,6ml	10,8ml	12ml	13,2ml	14,4ml	15,6ml	16,8ml
Succinilcolina	4ml	5ml	6ml	7ml	8ml	9ml	10ml	11ml	12ml	13ml	14ml

Apresentações das drogas:

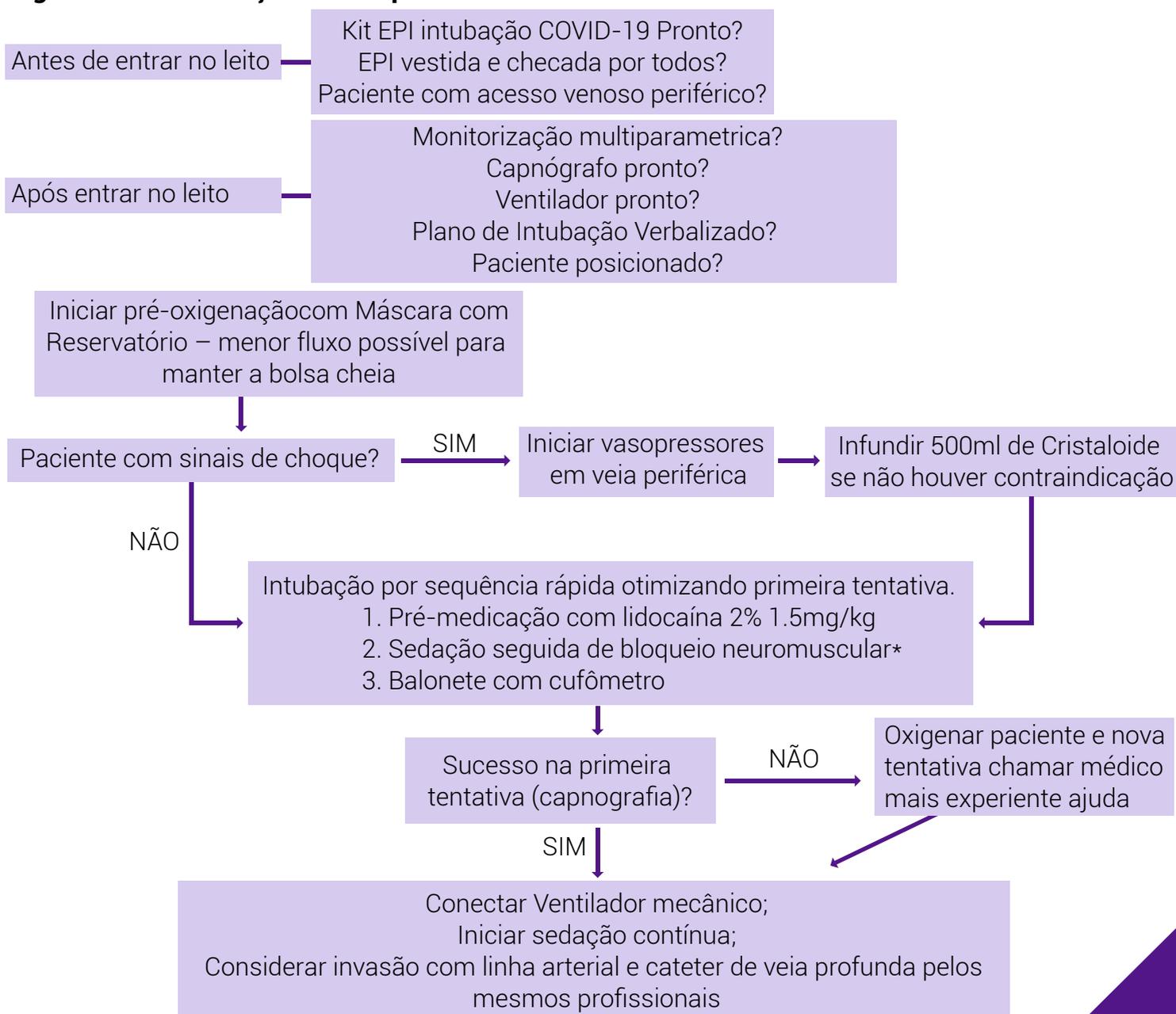
1º) Lidocaína 2% S/V: 20mg/ml

2º) Cetamina 50mg/ml

3º) Rocurônio 10mg/ml OU

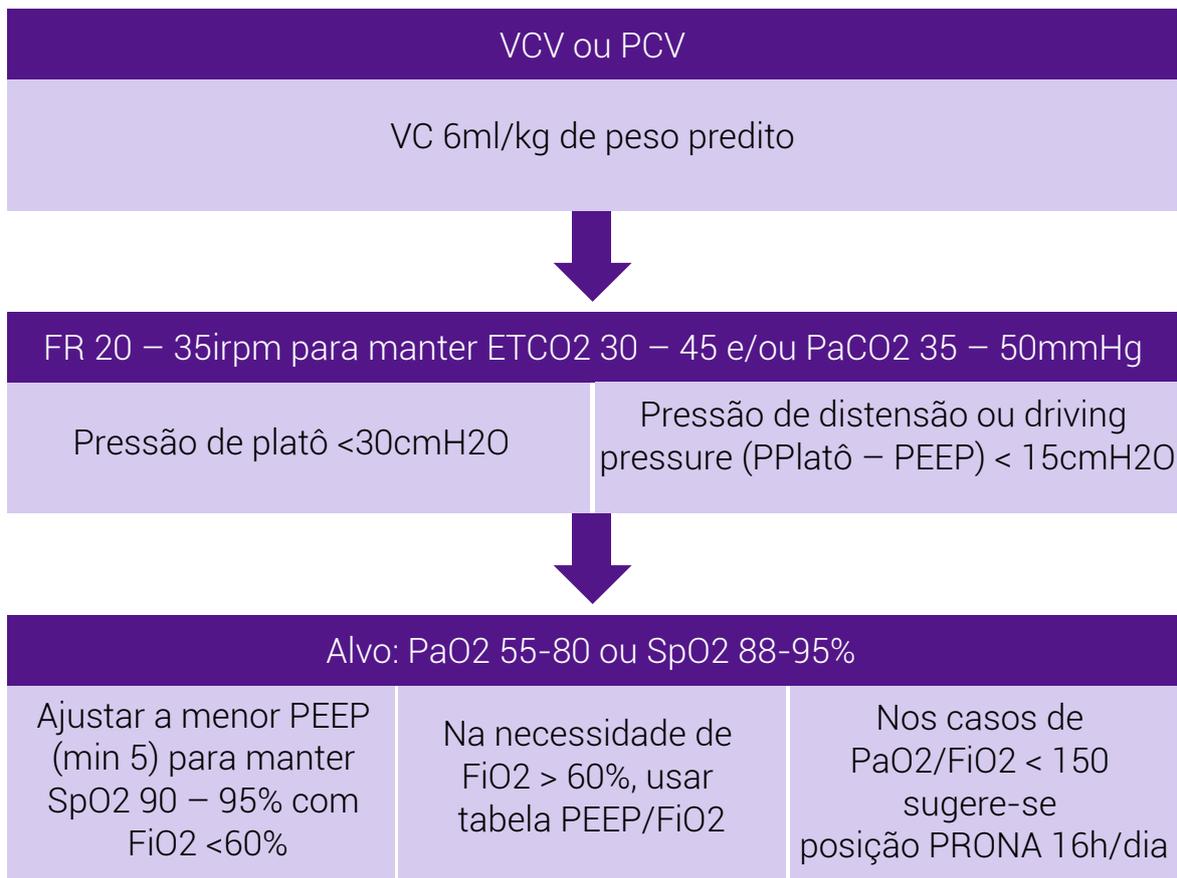
Succinilcolina (diluído em 10ml de SF 0,9% ou AD): 10mg/ml

Algoritmo de Intubação Orotraqueal



Ventilação Mecânica Protetora

Nos casos de $PaO_2/FiO_2 < 150$ sugere-se posição PRONA 16h/dia



Lower PEEP/higher FiO_2

FiO_2	0.3	0.4	0.4	0.5	0.5	0.6	0.7	0.7
PEPE	5	5	8	8	10	10	10	12

FiO_2	0.7	0.8	0.9	0.9	0.9	1.0
PEPE	14	14	14	16	18	18-24

Analgo-Sedação UTI / IOT

Sedação profunda na SARA moderada/grave, RASS -3 a -5

Sedação leve na SARA leve, RASS -2 a 0



BNM (se dissincronia com sedação, hipercapnia e hipoxemia refratários)

Na aspiração, minimizar ou abolir tosse:

Usar modazolam: 0,1 a 0,3mg/kg ou propofol: 0,1mg/kg + BNM (rocurônio 0,6mg/kg)

Tratamento específico

1 Antibioticoterapia empírica (sem critério de GMR):

a. Ceftriaxona 2g/dia

Associar

b. Azitromicina 500mg por dia OU Levofloxacina 750mg por dia

2 Antibioticoterapia empírica (com critério de GMR):

a. Piperacilina-tazobactam (4,5g a cada 6 horas) OU

b. Cefepime (2g a cada 8h horas) OU

c. Ceftazidima (2g a cada 8 horas) OU

d. Meropenem (1g a cada 8 horas) OU

e. Imipenem (500mg a cada 6 horas)

Associar

f. Vancomicina (15mg/kg a cada 12 horas, ajuste com base nos níveis)

3. Uso de Dexametasona 6mg/dia - dose única por 10 dias

- Antibioticoterapia de 5 a 7 dias
- Paciente deve estar afebril e estável há 48 – 72h (para retirada)
- Ajustar dose para Insuficiência Renal

Suporte Hemodinâmico

- a.** PAM alvo: 60 – 65mmHg
- b.** Reposição volêmica: Ringer Lactato – 20ml/kg/peso na fase de ressuscitação
- c.** Noradrenalina/Adrenalina ou Vasopressina – Vasopressores
- d.** Avaliar perfusão: TEC (normal ≤ 3 s), lactatemia, gradiente veno-arterial de PCO₂ (normal < 8), saturação venosa central de oxigênio (ScvO₂)
- e.** Após ressuscitação: estratégia conservadora de fluidos
- f.** Considerar disfunção miocárdica e uso de inotrópico (dobutamina) na ausência de fluidorreponsividade
- g.** CHOQUE REFRACTÁRIO: Hidrocortisona 50mg a cada 6h
- h.** Balanço Hídrico zero após a otimização (correção da hipoperfusão)
- i.** Diurético ou ultrafiltração na oligúria persistente
- j.** Presença de linhas B: indicativa de edema pulmonar intersticial (USG)

Ressuscitação Cardiopulmonar

- a.** Garantir proteção da equipe antes de iniciar RCP – EPI
- b.** Garantir via aérea avançada
- c.** Evitar ventilação bolsa valva máscara ou bolsa tubo pela aerolização
- d.** Manter paciente conectado ao ventilador com FiO₂ 100% e FR 10-12
- e.** Restringir funcionários no atendimento

Pronto Socorro - Com Suspeita de COVID-19

Porteiro na recepção PS

Acolhimento do paciente

Distância de pelo menos 1,8m; Máscara cirúrgica; higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%

Recepção do PS

Acolhimento do paciente

Distância de pelo menos 1,8m; Máscara cirúrgica; higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%

Médico/Enfermagem Triagem

Exame físico de paciente **COM** sintoma
Higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%; Máscara cirúrgica; Gorro; Avental simples; Proteção ocular; Luvas;
Calçado fechado

Equipe da Higiene e limpeza

Limpeza das áreas destinadas a atendimento de pacientes **COM** sintomas respiratórios
Uniforme privativo; Máscara cirúrgica; Avental descartável; Óculos de proteção; Gorro; Luvas de borracha com cano longo e Botas impermeáveis de cano longo

Equipe Enfermagem/Médica e Multiprofissional

Áreas de Atendimento destinadas a pacientes **COM** sintomas respiratórios
Uniforme privativo; Máscara cirúrgica;
Avental descartável; Óculos de proteção;
Gorro descartável; Luvas; Calçado fechado

Profissional da saúde

PROCEDIMENTO QUE GEREM AEROSSÓIS OU SITUAÇÕES QUE GERAM EXPOSIÇÃO A GRANDE VOLUMES DE SECREÇÕES PACIENTE COVID-19
Uniforme privativo; **Máscara N95**; **Avental impermeável**; Óculos de proteção; Luvas; Gorro; Calçado fechado; **Protetor Facial**

Paciente **COM** sintoma

Usar Máscara cirúrgica; Usar lenços de papel (tosse, espirros, secreção nasal); Higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%

Acompanhante de paciente **COM** sintoma

Usar máscara cirúrgica; Usar lenços de papel (tosse, espirros, secreção nasal); Higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%

Unidades de Internação COM COVID-19

Profissional da saúde

ENTRADA NO QUARTO DE ISOLAMENTO
Sem procedimento aerossol

Uniforme privativo; **Máscara cirúrgica;**
Avental descartável; Óculos de Proteção;
Luvas; Gorro descartável; Calçados fechados

Profissional da saúde

Áreas Comuns da Unidade

Uniforme privativo; EPIs utilizados
normalmente na rotina de trabalho

Profissional da saúde

PROCEDIMENTO QUE GEREM AEROSSÓIS OU
SITUAÇÕES QUE GERAM EXPOSIÇÃO A
GRANDES VOLUMES DE SECREÇÕES PACIENTE
COVID-19

Uniforme privativo; **Máscara N95; Avental
impermeável;** Óculos de proteção; Luvas;
Gorro; Calçado fechado; **Protetor Facial**

Equipe da Higiene e Limpeza

Limpeza das áreas comuns da unidade

Uniforme privativo; EPIs utilizados
normalmente na rotina de trabalho

Equipe da Higiene e Limpeza

Limpeza dos quartos com Isolamento de
pacientes SUSPEITOS OU CONFIRMADOS
COVID-19

Uniforme privativo; **Máscara N95; Avental
impermeável;** Óculos de proteção; Gorro
descartável; Luvas de borracha com cano
longo e Botas impermeáveis de cano longo

UTI

Unidades destinadas à internação de pacientes **SUSPEITOS OU CONFIRMADOS COVID-19**

Profissional da saúde

ENTRADA NA UNIDADE

Uniforme privativo; **Máscara N95;**
Avental impermeável; Óculos de Proteção;
Luvas; Gorro descartável; Calçados fechados

Profissional da saúde

PROCEDIMENTO QUE GEREM AEROSSÓIS OU
SITUAÇÕES QUE GERAM EXPOSIÇÃO A
GRANDES VOLUMES DE SECREÇÕES PACIENTE
COVID-19

Uniforme privativo; **Máscara N95;** **Avental
impermeável;** Óculos de proteção; Luvas;
Gorro; Calçado fechado; **Protetor Facial**

Equipe da Higiene e Limpeza

Limpeza dos quartos com Isolamento de
pacientes SUSPEITOS OU CONFIRMADOS
COVID-19

Uniforme privativo; **Máscara N95;** **Avental
impermeável;** Óculos de proteção; Gorro
descartável; Luvas de borracha com cano
longo e Botas impermeáveis de cano longo

Anexo IV Reciclagem – Máscara N95

Reutilização em situação de baixo estoque;

Técnica adequada para retirada (sem tocar na parte da frente, retirando de trás para frente pelo elástico);

Armazenamento em saco de papel, identificado;

Quando utilizada para aspiração traqueal, associar viseira / capacete;

Lavagem das mãos antes e após tocar a máscara;

Usar de luvas de procedimento para vestir a N95 reutilizada;

Usar a N95 no máximo cinco vezes;

Troca do saco descartável a cada uso

Descartar a N95 se; sangue, secreção nasal, suor

Anexo V Cuidados com a equipe UTI Adulto / COVID 19

Monitorar temperatura duas vezes ao dia;

Banho no hospital ao término do plantão;

Garantir bem estar.

É importante destacar que este protocolo é um trabalho em andamento, que será atualizado de acordo com a evolução das evidências científicas.

“ Há verdadeiramente duas coisas diferentes: saber e crer que se sabe. A ciência consiste em saber; em crer que se sabe reside a ignorância ”

Hipócrates

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. **Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva.** São Paulo: AMIB, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. **Plano de Contingência Nacional para infecção humana pelo novo coronavírus COVID-19.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo Coronavírus 2019: vigilância integrada de síndromes respiratórias agudas: doença pelo Coronavírus 2019, Influenza e outros vírus respiratórios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

GRUPO FORÇA COLABORATIVA COVID-19 BRASIL. **Orientações sobre diagnóstico, tratamento e isolamento de paciente com COVID-19.** 2020. Disponível em: <https://sbpt.org.br/portal/wp-content/uploads/2020/04/Covid-Recomendac%CC%A7a%CC%83o-Forc%CC%A7a-Tarefa.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina. **Diretriz institucional de manejo de pacientes com Covid 19 em ambiente hospitalar.** São Paulo: USP, 2020.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Hospital das Clínicas. **Protocolo institucional manejo do paciente internado na enfermaria com COVID-19.** Campinas: UNICAMP, 2020.



R. Doutor Reinaldo Machado, 255
Fragata I Marília-SP I CEP:17519-080
CNPJ nº 24.082.016/0001-59



Whatsaap: (14) 99649-5783
Telefone: (14) 3434-2500



www.hc.famema.br
superintendencia@hc.famema.br



/hcfamema



@hcfamema

Comitê Regional de Enfrentamento à Pandemia Covid-19 DRS-IX - Marília/SP

Algoritmo Atendimento Básico Covid-19 HCFAMEMA



Atendimento Básico

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

pacientes com a associação dos seguintes sinais e sintomas

Febre, que pode estar presente ou referida pelo paciente (sensação febril) de ocorrência recente.

Crianças considera-se: obstrução nasal desidratação falta de apetite.

Sintomas do trato respiratório (tosse, dispneia, coriza, dor de garganta)

Mialgias, Diarreia; Náuseas; Vômitos; Perda ou Diminuição do olfato ou paladar

Idosos considera-se: Desmaio ou Perda Temporária de Consciência; Confusão Mental, Sonolência excessiva, Irritabilidade e Inapetência

DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO

Histórico de contato próximo ou domiciliar (nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas) confirmados laboratorialmente ou suspeitos para COVID-19

MANEJO CLÍNICO - CASOS LEVES

- Medidas suporte e conforto.
- Isolamento domiciliar.
- Monitoramento até alta do isolamento
- Notificação: Formsus2 <http://bit.ly/notificaCOVID19>

Atendimento Básico

INÍCIO DE COMPLICAÇÕES ATENÇÃO!!!

CASOS MODERADOS : INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Critérios:
SpO₂ < 95% ar ambiente.
FR 24bpm.
Sinais clínicos Ins. Resp.
Sinais de Hipotensão
(PAs < 90mm Hg)

Piora das condições de base:
Diabetes; Doenças
Cardíacas Crônicas;
Doenças Renais Crônicas;
Imunossupressão;
Doenças Respiratórias Crônicas

CASOS GRAVES UTI

Desconforto Respiratório ou
batimento de asa de nariz ;
necessidade de Ventilação
Mecânica; disfunção de órgãos,
SPO₂ ≤ 94%; Instabilidade
Hemodinâmica ou Choque

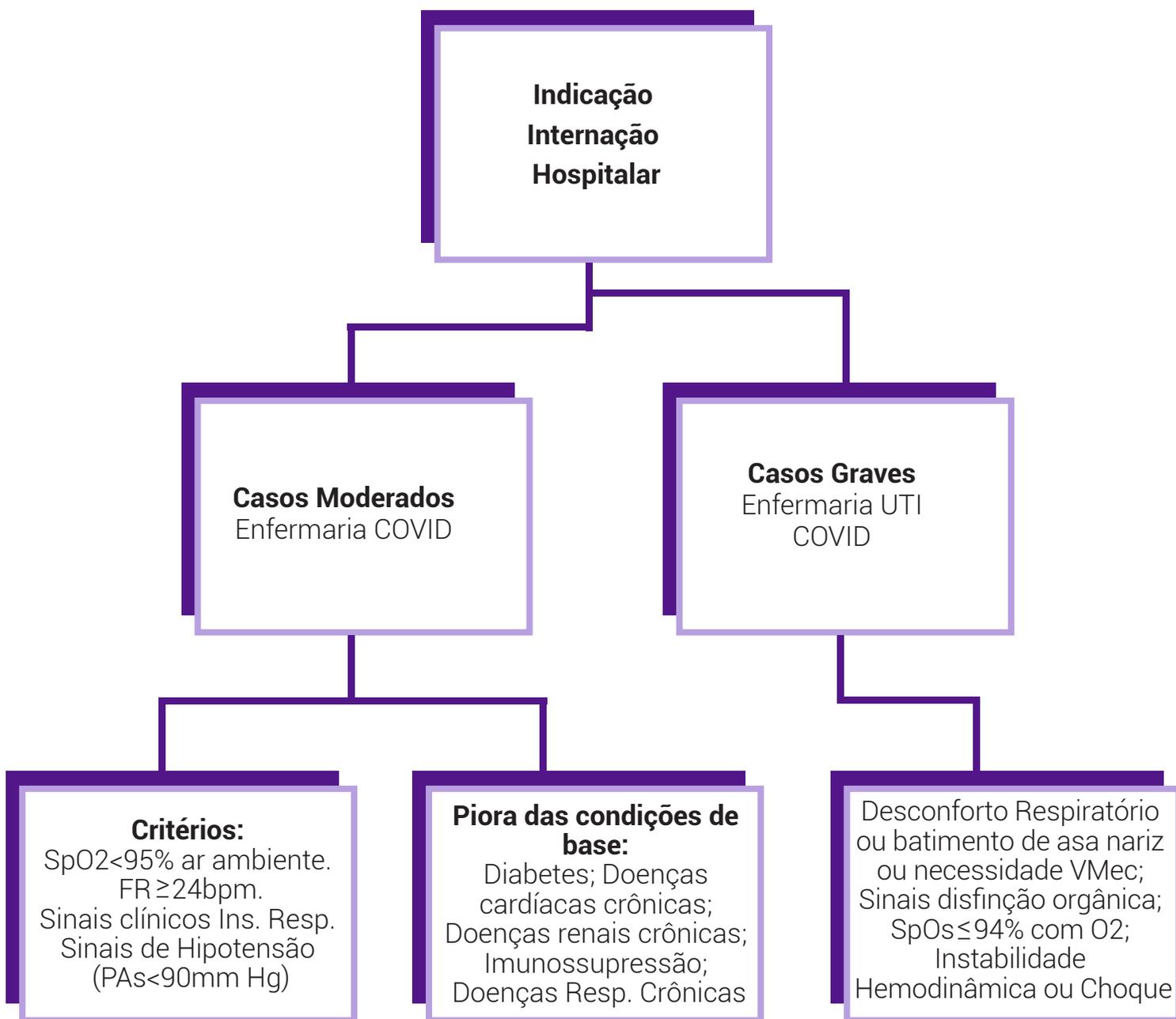
Fatores de Risco Fique Atento

FATORES DE RISCO

Idade > 64a; HAS/ DM /
Cardiopatias / Neoplasias / Dças
Pulmonares Cr / Obesidade
Uso Imunossupressores

Exame Físico:
SpO₂ inicial < 95%;
T > 38°;
Fr > 30 imp

Algoritmo de Encaminhamento para Internação



Criação da Arte:



R. Doutor Reinaldo Machado, 255
Fragata I Marília-SP I CEP:17519-080
CNPJ nº 24.082.016/0001-59



Whatsaap: (14) 99649-5783
Telefone: (14) 3434-2500



www.hc.famema.br
superintendencia@hc.famema.br



[/hcfamema](https://www.facebook.com/hcfamema)



[@hcfamema](https://www.instagram.com/hcfamema)



Recomendações da AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência, SGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19

Autores:

Lara Kretzer
Eduardo Berbigier
Rafael Lisboa
Ana Cristina Grumann
Joel Andrade

Diretoria Executiva AMIB

Suzana Lobo
Ricardo Sidou
Antonio Luis Eiras Falcão
Wilson de Oliveira Filho
Hugo Urbano
Marcelo Maia
Ciro Mendes

Conselho Consultivo AMIB

Ederlon Rezende
Marcos Knibel

Comissão de Defesa Profissional AMIB

Patricia Mello
Jefferson Piva
Marcelo Mook
Mirella Oliveira
Marcos Gallindo

Comitê de Transplante e Doação de Órgãos AMIB

Cristiano Franke
Glauco Westphal

Comitê de Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos

Rachel Moritz
Zilfran Carneiro

ABRAMEDE

Hélio Penna Guimarães
Hassan Ahmed Yassine Neto
Daniel Ujakow Correa Shcubert
Mario Bueno

SBGG

Carlos André Uehara
Renato Gorga Bandeira de Mello

ANCP

André Filipe Junqueira dos Santos
Cristhiane da Silva Pinto
Rodrigo Kappel Castilho

Em 30 de janeiro de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou como uma emergência de saúde pública o surto de pneumonia inicialmente identificado em Wuhan na China e que rapidamente alcançava outros países. Em 11 de fevereiro de 2020 a OMS nomeou a doença viral provocada pelo recém identificado SARS-CoV-2 como COVID-19 e, em 11 de março, o surto foi reconhecido como uma pandemia.^{1,2} Em um curto período a comunidade internacional deparou-se com uma condição de poucos precedentes e que tem imposto grandes desafios à população, profissionais de saúde e autoridades. A COVID-19 é uma condição que se caracteriza por uma alta transmissibilidade e alta demanda de serviços de saúde. De acordo com a OMS, 14% dos casos identificados desenvolvem doença grave que exige internação hospitalar e oxigenoterapia e 5% vão necessitar de internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Entre esses últimos, a maioria vai necessitar de suporte ventilatório.³

A exemplo do que ocorreu em outros países, a alta demanda por serviços especializados de saúde característica da COVID-19 pode levar a uma situação crítica em que a oferta de leitos de UTI e de ventiladores é insuficiente para atender a demanda de pacientes graves, a despeito dos melhores esforços de ampliação da rede de serviços emergenciais. Esse esgotamento de recursos, em especial de leitos de UTI, respiradores mecânicos e profissionais habilitados, poderá comprometer a oferta de cuidados tanto a pacientes portadores de COVID-19 quanto a pacientes portadores de doenças não pandêmicas. Diante dessas circunstâncias, decisões em relação a quais pacientes serão alocados os recursos escassos tornar-se-ão inevitáveis.

O desejo maior de todos é que isso jamais aconteça no Brasil e que os esforços individuais e coletivos por parte da população e autoridades responsáveis consigam prevenir que o escalonamento da pandemia provoque essa realidade tão consternadora. Nesse sentido o protocolo aqui apresentado também é um chamado à responsabilidade. Médicos têm a responsabilidade de contribuir com um processo de triagem oferecendo o conhecimento técnico e a garantia de que conduziremos a triagem da maneira mais ética e humana possível. Por outro lado, é de responsabilidade de gestores e autoridades competentes assumir o compromisso com a ampliação da oferta de recursos em esgotamento de maneira a tornar a necessidade da deflagração um protocolo de triagem uma possibilidade apenas remota. Entendemos que os médicos não devem arcar sozinhos com o peso de decisões emocionalmente tão difíceis e que a população deva ter que arcar com o trauma de testemunhar mortes que poderiam ser evitadas com a ampliação de serviços.

Não obstante, faz parte da responsabilidade de profissionais e do poder público o preparo para a possibilidade de esgotamento de recursos.⁴ De acordo com recomendações e diretrizes de sociedades médicas internacionais o estabelecimento de um protocolo de alocação de recursos em esgotamento é uma exigência que faz parte do preparo para uma situação de pandemia onde existe a possibilidade de que mesmo as medidas de contingenciamento não são suficientes para lidar com a demanda aumentada de pacientes graves.⁵⁻⁷ A *American College of Chest Physicians*, por exemplo, argumenta que a ausência de um sistema de triagem apropriado quando medidas de contingenciamento foram esgotadas pode contribuir com o aumento do número de mortes desnecessárias, aumentar a carga de estresse moral dos profissionais da saúde e erodir a credibilidade da atenção em saúde na medida que decisões serão tomadas de maneiras inconsistentes e com critérios pouco claros e questionáveis.⁷

Para serem eticamente defensíveis, no entanto, processos de alocação de recursos em esgotamento não devem ocorrer em segredo, sem registro apropriado e de maneira subjetiva e inconsistente. Ao contrário, é fundamental que ocorram com fundamento em protocolos claros⁸, transparentes,⁹⁻¹⁵ tecnicamente bem embasados, eticamente justificados^{10,12,15} e alinhados ao arcabouço legal brasileiro.

Outro objetivo que norteia a necessidade desse protocolo é o de proteger os profissionais que estão na linha de frente do cuidado ao retirar de suas mãos a responsabilidade de tomar decisões emocionalmente exaustivas^{7,16}

e que possam aumentar os já elevados riscos de problemas de saúde mental precipitados pela pandemia da COVID-19 e, conseqüentemente, comprometer a capacidade para o trabalho a curto e longo prazo.¹⁷ Profissionais da saúde desejam conduzir seus trabalhos moralmente.^{9,18} Tomar decisões de grande peso moral de maneira subjetiva e sem apoio institucional ou de recomendações formais pode ser emocionalmente debilitante. Além disso, a preocupação com potenciais questionamentos jurídicos⁹ a respeito dessas decisões também pode aumentar os riscos de danos à saúde mental dos profissionais. A responsabilidade quanto aos princípios que devem guiar decisões de alocação de recursos escassos, portanto, ao envolver questões de justiça distributiva deve ser idealmente compartilhada com as autoridades competentes.⁸ A utilização de um protocolo de maneira consistente pelas diversas instituições de saúde garante que um maior número de pacientes sejam igualmente sujeitos aos mesmos critérios cancelados pelas autoridades responsáveis tanto pelo zelo técnico-científico quanto o ético-legal do processo.

Em condições de normalidade de serviços em saúde, a oferta de leitos de UTI é baseada na necessidade de terapias de suporte orgânico e probabilidade de recuperação.¹⁹ Além disso, é reconhecido que medidas de suporte orgânico, tais como o suporte ventilatório, não mudam a evolução natural de um paciente cuja doença apresenta-se em estágio avançado e próxima, a morte.²⁰

Dessa forma, mesmo quando não há escassez de leitos de UTI, a alocação desses recursos deve levar em consideração o benefício prognóstico das terapias^{19,20} Aliás, não constitui infração ética nem conduta ilegal o não fornecimento de suporte orgânico a pacientes nas situações de final de vida mencionadas na Resolução CFM nº 1.805/2006 e, também, no Código de Ética Médica.²¹⁻²³

À luz dessa avaliação de benefícios, as decisões relativas aos objetivos do plano de cuidados devem, sempre que possível, ser compartilhadas entre integrantes da equipe assistente, paciente e familiares, pois devem ser considerados, não apenas aspectos clínicos, mas, também, os valores e desejos dos envolvidos.^{20,22,23} Com efeito, o respeito à dignidade intrínseca de cada pessoa exige que pacientes que se aproximam do final da vida recebam cuidados, que tenham como objetivo oferecer a melhor qualidade de sobrevivência, incluindo controle impecável de sintomas e acolhimento das necessidades emocionais, sociais e espirituais, tanto do paciente quanto de seus familiares.^{20,24} E esse mesmo raciocínio deve ser aplicado aos casos de alocação de vagas de UTI em condições de pandemia pelo COVID-19.

No entanto, na indesejável situação de esgotamento dos recursos de leitos de UTI e ventiladores mecânicos, provocada pela pandemia, um maior escrutínio quanto ao potencial benefício de medidas de suporte orgânico precisa ser adotado. Nessa situação específica, diante do esgotamento dos recursos, de modo distinto do que ocorre nos casos de escolhas individualizadas em situações de não esgotamento de recursos, é necessário considerar, também, que, há outros pacientes com a mesma necessidade e expectativa de receber os mesmos recursos.⁶

Assim, diante da possibilidade concreta do surgimento de situações de esgotamento de recursos para a assistir os pacientes, que, neste momento pandêmico, necessitem de cuidados de UTI, estamos propondo um protocolo de procedimentos claros, transparentes, éticos, racionais, legais e técnicos, inclusive para a adequada triagem, com o objetivo de proporcionar suporte e auxílio aos profissionais de saúde, que, no espectro de sua prática, deverão participar da tomada de decisões complexas relativas à alocação de leitos e ventiladores.

Esta é a segunda versão desta sugestão de protocolo. Com a publicação da primeira versão a AMIB e ABRAMEDE convidaram profissionais da saúde e do direito a fazerem parte de um debate de ideias que pudesse contribuir para que o modelo fosse melhorado e mais representativo dos valores e leis brasileiros. Inúmeras contribuições valiosas foram recebidas. Entre elas o ponto mais controverso foi a incorporação da faixa etária como um dos

três critérios principais de triagem. Compreendeu-se que este critério poderia ser discriminatório (e, portanto, inconstitucional) e que sua presença poderia comprometer a base de solidariedade que é característica da atenção em saúde. A retirada deste critério e a inclusão de uma medida de funcionalidade em seu lugar é a principal diferença entre as duas versões, além, claro, do maior refinamento quanto a descrição das bases legais que amparam o protocolo.

Apesar das mudanças nos critérios utilizados para a triagem, manteve-se nesta versão o objetivo de buscar um equilíbrio entre elementos técnicos e normativos. A viabilidade do modelo também foi foco de atenção: o modelo deve buscar o equilíbrio entre ser suficientemente complexo de maneira a permitir um grau aceitável de acurácia, mas suficientemente simples para que haja viabilidade de sua aplicação em uma situação de sobrecarga de trabalho e de limitação de recursos incluindo os laboratoriais.

1. Princípios ético-legais que amparam esta sugestão de protocolo de alocação de recursos em esgotamento

O desenvolvimento de um protocolo de triagem, que identifique quais pacientes teriam prioridade na alocação de recursos em esgotamento devido a pandemia de COVID-19, não é um projeto meramente técnico. Ao contrário, elementos técnicos devem ser utilizados, apenas, quando traduzem, a beiro-leito, princípios éticos e legais que guiam a relação entre indivíduos e, ainda, entre o Estado e os cidadãos. Princípios éticos e legais devem, fundamentalmente, guiar esse processo. A presente sugestão de protocolo deve, portanto, antes de descrever os procedimentos e critérios propostos, indicar, claramente, quais são os princípios éticos e legais adotados para o seu embasamento.

Assim, apresentaremos, a seguir, as condições necessárias para o início do uso do protocolo, os princípios normativos brasileiros que embasam a proposta e, finalmente, os princípios bioéticos comumente utilizados pela comunidade internacional para amparar o desenvolvimento de protocolos de triagem em situações de desastre em massa e pandemias.

1.1 Condições absolutamente essenciais para o início da adoção de protocolos de triagem

Para que a adoção deste protocolo seja eticamente justificada, são condições absolutamente essenciais para o início de sua aplicação:

1.1.1 - Reconhecimento da compatibilidade do protocolo ao arcabouço bioético e legal brasileiro;

1.1.2 - Declaração de estado de emergência em saúde pública;^{6,8}

1.1.3 - Reconhecimento de que tenha havido esforços razoáveis em aumentar a oferta dos recursos em esgotamento;^{6-8,13}

1.1.4 - Envolvimento da direção técnica de cada hospital, com o objetivo de nomear os membros da comissão de triagem e garantir que o protocolo esteja alinhado com o sistema de regulação de leitos local/regional que permita encaminhamento de pacientes para outras unidades hospitalares com disponibilidade de leitos, incluindo a possibilidade de intercâmbio entre leitos públicos e privados; e

1.1.5 – Realização, pela direção técnica e gestores públicos de saúde, locais e regionais, (a) da contínua monitoração das condições de esgotamento de recursos e (b) de esforços apropriados de ampliação de serviços que permitam a identificação da necessidade de início da vigência da triagem assim como a possibilidade de seu fim (tanto o início quanto o fim da vigência da triagem devem ser publicamente anunciados).

1.2 - Princípios normativos brasileiros

Mais especificamente em relação ao arcabouço ético e legal brasileiro, guiam o desenvolvimento do protocolo os seguintes documentos:

1.2.1 - Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, e a dignidade humana.²⁵

Entre seus princípios fundamentais a Constituição Federal reconhece a dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado de Direito Democrático (art. 1º, inciso III). Além disso, está entre objetivos fundamentais da República "promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação" (art. 3º, inciso IV). Dessa forma, qualquer protocolo de alocação de recursos deve levar em conta que cada ser humano é provido de uma dignidade intrínseca e que os cuidados de saúde que recebe devem refletir o reconhecimento de sua dignidade, ou seja, de seu valor único, ainda que não seja possível garantir-lhe a prioridade de alocação de recursos. Assim, a não alocação de recursos escassos não pressupõe a cessação de continuidade ou início da assistência em saúde nas suas outras dimensões, incluindo os cuidados de final de vida, se a morte for inevitável. Assim, como a assistência em saúde não deve discriminar pacientes, protocolos de alocação de recursos não devem e não podem impor desvantagens discriminatórias a nenhum grupo social, violando a dignidade dos pacientes, com base em critérios embasados em origem, raça, sexo, cor, idade ou quaisquer outras formas de preconceito ou discriminação.

1.2.2 - Código de Ética Médica e a vedação à eutanásia. Resolução Conselho Federal de Medicina nº 2.217, de 27 de setembro de 2018.²²

O Código de Ética Médica dispõe, em seu artigo 41, que é vedado ao médico "abreviar a vida do paciente", ainda que a seu pedido ou de seu representante legal. Assim, a eutanásia, tanto ativa como passiva, nas situações de reversibilidade e transitoriedade, continua sendo vedada ao médico. Aliás, a eutanásia, seja praticada por ação, seja por omissão, é considerada crime de homicídio de acordo com o artigo 121 do Código Penal. Portanto, a condição de escassez imposta pela pandemia de COVID-19 não oferece justificativa ética ou legal para a sua prática.

1.2.3 - Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.805, de 28 de novembro de 2006, a autorização da ortotanásia e a obrigatoriedade dos cuidados paliativos.²¹

De acordo com a Res/CFM nº 1.805/2006, "é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal" (artigo 1º). Assim, a prática da ortotanásia, além de lícita e ética, é um direito dos pacientes que estiverem na situação mencionada nesse dispositivo normativo. Portanto, nos casos de irreversibilidade e não transitoriedade, se estiver o doente "em fase terminal", é lícito e ético, e não tipifica o crime de homicídio, por exemplo, não iniciar procedimentos e tratamentos de suporte artificial de vida que apenas prolongam o momento da morte, e que podem ser realizados através de protocolos estabelecidos em critérios éticos e técnicos. Mas, também está disposto nessa resolução, em seu artigo 2º, que "o doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual". Assim, mesmo o paciente que não responde aos cuidados curativos tem direitos ao cuidado ativo de assistência nos aspectos psicológicos, sociais e espirituais, com garantia de controle da dor e de outros sintomas. Portanto, os pacientes, mesmo em fase terminal, além do direito à ortotanásia, têm, também, direito aos cuidados paliativos. E o sistema de saúde tem o dever de garantir esses direitos. É evidente, pois, que todos esses preceitos legais e éticos devem ser observados com os pacientes com COVID-19.

1.2.4. Código de Ética Médica e a vedação à distanásia. Resolução Conselho Federal de Medicina nº 2.217, de 27 de setembro de 2018.²²

O Código de Ética Médica, que proíbe a eutanásia, veda, também, a prática da distanásia. No parágrafo único de seu artigo 41, está disposto, expressamente, que, nos casos de "doença incurável e terminal", os médicos devem garantir aos pacientes os disponíveis cuidados paliativos, "sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas". Assim, ao médico não é permitido, sem o consentimento do paciente, adotar medidas

terapêuticas que venham a contribuir com o prolongamento do morrer, agindo de forma obstinada e desnecessária. Ademais, a prática da distanásia pode configurar o crime de constrangimento ilegal, tipificado no artigo 146 do CP. Portanto, além de violar os direitos do paciente, a distanásia constitui conduta ilegal, ilícita e não ética. Mas não é só. A prática da distanásia durante a pandemia de COVID-19 acarreta o agravamento da situação de esgotamento de recursos e causa seríssimos prejuízos para os demais doentes, que necessitam dos cuidados de emergência e UTI. É por isso que do protocolo deve constar que não deve o médico realizar quaisquer práticas distanásicas.

1.2.5 - Ação civil pública nº 2007.34.00.014809-3, de 1 de dezembro de 2010, da Justiça Federal (Seção Judiciária do Distrito Federal).²³

Nessa ação civil pública ajuizada pelo Ministério Público Federal contra o Conselho Federal de Medicina, o Juiz Federal Roberto Luis Luchi Demo julgou improcedente a ação e decidiu que “a Resolução CFM n. 1.805/2006, que regulamenta a possibilidade de o médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, realmente não ofende o ordenamento jurídico posto”. A importância dessa jurisprudência é inestimável, especialmente para o enfrentamento da pandemia do COVID-19 e da escassez de recursos, pois, por pronunciamento jurisdicional transitado em julgado, assegura aos médicos e pacientes a prática da ortotanásia, proclamando a sua constitucionalidade.

1.2.6 - Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.995, de 9 de agosto de 2012.²⁶ Essa resolução garante ao paciente o direito de elaborar, com a ajuda de seu médico, as suas Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), definindo “os procedimentos considerados pertinentes e aqueles aos quais não quer ser submetido em caso de terminalidade da vida”. Durante a pandemia de COVID-19, essa resolução contribui para o desenvolvimento do presente protocolo ao assegurar ao paciente portador de uma doença limitadora da expectativa de vida, o direito de se recusar a receber tratamentos com os quais não concorde e que sejam contra os seus valores, sendo assegurada a continuidade dos demais tratamentos com os quais ele venha a concordar, respeitando-se, não obstante, os critérios de prioridade na alocação de recursos.

1.2.7 - Resolução do Conselho Federal de Medicina nº. 2.156, de 28 de outubro de 2016.¹⁹

Essa resolução estabelece os critérios para indicação de admissão ou alta para pacientes em UTI, com o objetivo de orientar o fluxo de acolhimento de pacientes em situação de instabilidade clínica, diante da crônica oferta insuficiente de leitos de UTI. A resolução recomenda que as admissões em UTI devem ser baseadas, entre outros critérios, na necessidade do paciente, prognóstico e potencial benefício para o paciente. Os critérios de priorização são: i) Prioridade 1: pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico; ii) Prioridade 2: pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico; iii) Prioridade 3: pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica; iv) Prioridade 4: pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica; e v) Prioridade 5: pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. É recomendado, ainda, que pacientes com prioridade 2 ou 4 devem ser preferencialmente alocados em unidades semi-intensivas e pacientes com prioridade 5 admitidos preferencialmente em unidades de cuidados paliativos. O presente protocolo busca alinhamento com os critérios da resolução, que prioriza a maior necessidade e a expectativa de benefícios, recomendando que pacientes com baixa prioridade e próximos da morte recebam, preferencialmente, cuidados paliativos. Além disso, o protocolo contribui com a aplicação da resolução, pois, oferece critérios mais objetivos de avaliação de benefícios, aliviando o profissional do peso dessa tarefa em tempos de pandemia, garantindo maior consistência à assistência.

1.2.8 - Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva.⁸

Diante da pandemia de COVID-19, a AMIB oferece recomendações quanto aos princípios que devem nortear protocolos de triagem. Destacam-se os princípios de dignidade humana e vulnerabilidade que preconizam que pacientes não sejam abandonados ou não tenham acesso a cuidados terapêuticos adequados, ainda que não sejam priorizados para receber recursos escassos. Mas, para que não haja discriminação ou preconceito nos procedimentos de priorização, a AMIB também enfatiza importância de critérios claros, do envolvimento de autoridades sanitárias, do uso de instrumentos objetivos, de sua aplicação com respeito ao princípio da igualdade e demais princípios constitucionais, da manutenção, sempre que possível, de equipes de triagem formadas por, pelo menos, três profissionais experientes (recomendação: dois médicos e um profissional da equipe multidisciplinar). O uso de critérios de “gravidade” e “chance de sobrevivência”, de acordo com a Resolução nº. 2.156/2016 do CFM, assim como a possibilidade de extensão da triagem aos que já estão internados na UTI, também é recomendado pela AMIB.

1.3 Princípios bioéticos que guiam o desenvolvimento de protocolos de triagem em condições de desastres em massa e pandemias

Também guiam o desenvolvimento do protocolo, princípios bioéticos utilizados no estabelecimento de critérios de triagem em situações de desastres em massa e pandemias. Nesse sentido, entendemos que o embasamento bioético é fundamental, tanto em relação aos critérios que serão utilizados para a triagem, quanto em relação aos processos de triagem.

1.3.1 - Aspectos bioéticos quanto aos critérios de triagem:

1.3.1.1 - Diretrizes internacionais sobre princípios éticos em situações de desastres em massa e pandemias reconhecem a inevitável necessidade de processos de triagem, quando a oferta de serviços emergenciais é inferior à demanda de pacientes graves, (a) que medidas de racionamento, nesses casos, são eticamente justificadas e (b) que a alocação de recursos baseados unicamente em ordens de chegada ou atendimento são inadequadas.^{6,7,27} Ainda que as diferentes recomendações exibam diferenças significativas entre si,¹⁰ predomina o consenso de que o princípio mais sólido é o de priorização de pacientes com melhores chances de benefício e com maiores expectativas de sobrevivência.^{5-7,11,15} Equalizar a oportunidade de indivíduos de passar pelos diferentes ciclos da vida também é critério comumente recomendado por algumas diretrizes e recomendações.^{10,11,27} Em outras palavras, a ênfase na maximização de benefícios pode ser traduzida pelos objetivos: (i) salvar o maior número de vidas (sobrevivência a curto prazo); (ii) salvar o maior número de anos de vida (sobrevivência a longo prazo); e mais controversamente (iii) equalizar a oportunidade de indivíduos de passar pelos diferentes ciclos da vida.^{10,11,15} A atual versão desse protocolo não adota esse terceiro objetivo.

1.3.1.2 - Inferências ou medidas de qualidade de vida (como a *Quality Adjusted Life Years* por exemplo) não devem ser utilizadas já que são avaliações de caráter subjetivo e que podem inserir vieses contra pessoas portadoras de deficiências.^{15,28} Considerações sobre a presença de doenças psiquiátricas também não devem ser utilizadas. A chance de benefício deve ser o critério aplicado igualmente a todos os pacientes independente de considerações subjetivas quanto a qualidade de vida.

1.3.1.3 - A identificação de maior chance de benefício deve utilizar medidas objetivas,^{7,8,10,11,15} com boa base de evidência e que possam ser aplicadas universalmente.^{6,7,10,15} Escores de gravidade tais como o *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA) e *Acute Physiology And Chronic Health Evaluation* (APACHE) são exemplos dessas medidas objetivas, sendo o SOFA a mais utilizada. No entanto, porque o SOFA também apresenta limitações, deve ser combinado com outras medidas.^{7,10,15} O uso de um único critério também não é recomendado sob risco

de inserção de viés discriminatório no processo. A idade, por exemplo, não deve ser utilizada como critério único de triagem.^{7,10,16,29} Avaliações baseadas na subjetividade do julgamento clínico individual também devem ser evitadas, porque são mais sujeitas a vieses, potenciais discriminatórios e ao uso inconsistente.^{5,8,30}

1.3.2 - Aspectos bioéticos quanto aos processos de triagem:

1.3.2.1 - Transparência e clareza. É fundamental a compreensão, por parte de todos, de que o processo de triagem é conduzido de maneira justa. A legitimidade de decisões complexas acerca da alocação de recursos entre indivíduos que gozam do mesmo direito de acesso à saúde depende, portanto, de que essas decisões sejam claras, transparentes e expostas ao escrutínio e a revisões sempre que apropriado.^{6,7,9-12,15,16,31}

1.3.2.2 - A triagem deve ser aplicada a todos os pacientes, independente da doença apresentada (pandêmica ou não pandêmica).^{6,7,10,15,16,27,31} Pacientes não devem ser discriminados quanto a condição clínica, ou seja, pacientes portadores de COVID-19 não devem ser priorizados sobre pacientes portadores das demais condições e vice-versa. A chance de benefício é o critério aplicado igualmente a todos os pacientes independente das condições clínicas que apresentam.

1.3.2.3 - Pacientes que não foram priorizados na alocação de recursos escassos devem continuar a receber os demais tratamentos não racionados, quando clinicamente apropriado e, também, desejado e consentido pelo paciente, incluindo a imperativa oferta de cuidados de conforto caso a morte seja inevitável.^{7,8,10,11,15,28,32}

1.3.2.4 - Comunicação a pacientes e familiares da existência do protocolo e da prioridade alocada e, sempre que possível, incluir seus valores e desejos.^{7,8,11,12,15}

1.3.2.5 - Respeitar diretivas antecipadas de vontade relacionadas a recusa de tratamentos de suporte de vida no final de vida para aqueles pacientes que as redigiram antes do acometimento pela agudização do quadro de saúde que motivou a internação.^{8,16,26,28} Será provavelmente a minoria os casos em que pacientes serão admitidos no hospital já com alguma forma de registro de diretivas antecipadas de vontade. A discussão oportuna ao longo da internação com os pacientes e familiares sobre o plano de cuidado a ser adotado em caso de deterioração clínica, incluindo a não oferta de medidas de suporte orgânico tais como a intubação oro-traqueal ou medidas de reanimação cardiopulmonar, é recomendada.³³ O prontuário deve conter registros claros de todas as decisões tomadas entre equipe e o paciente.

1.3.2.6 - Formar sempre que possível uma equipe de triagem em cada unidade de atendimento, ou uma equipe regional com representantes nas unidades de atendimento. Essa equipe deve idealmente ser treinada para o desempenho do seu papel que inclui a gestão da aplicação do protocolo, ser acionada em caso de dúvidas, responder a questionamentos quanto a boa condução do processo e resolver conflitos.^{6-8,10,15,16} A equipe de triagem também tem o importante papel de permitir a separação entre as funções de triagem e de cuidado clínico a beira-leito, o que facilita o uso consistente do protocolo e reduz o peso de decisões complexas da equipe assistente.^{7,15} A AMIB recomenda que seja constituída por pelo menos três profissionais experientes (dois médicos e um profissional da equipe multidisciplinar) e preferencialmente deve ser formada também por um bioeticista e um representante da comunidade.⁸ A comunicação com pacientes e familiares também pode fazer parte das funções da equipe de triagem.¹⁵

1.3.2.7 - Diretrizes e associações recomendam que os protocolos de triagem incluam a reavaliação da evolução clínica dos pacientes internados em UTI, de maneira a evitar o prolongamento do morrer (distanásia) naqueles pacientes que não conseguiram obter a recuperação, dessa forma, manter a consistência com o princípio de maximização de benefícios.^{7,10,15,16,27,34,35} Uma das maneiras de incorporar a evolução na UTI dentro dos

processos de triagem seria considerar que internações em UTI sejam sempre vistas como um “trial terapêutico”.^{10,11,27,34,35} O tempo do “trial terapêutico” deve ser proporcional ao tempo que normalmente leva para a recuperação de cada condição clínica específica.¹⁰ Não incorporamos processos de “trial terapêutico” na UTI no presente protocolo, mas recomendamos que profissionais evitem o uso de medidas diagnósticas e terapêuticas obstinadas diante de pacientes com evidências de que a probabilidade de recuperação é muito baixa. Da mesma forma recomendamos que as instituições adotem processos de triagem reversa como parte integral do protocolo de alocação de recursos em esgotamento, de maneira que a facilitação das altas da UTI possa contribuir para a uma disponibilização mais rápida de leitos.⁶

2. Detalhamento do modelo de triagem sugerido

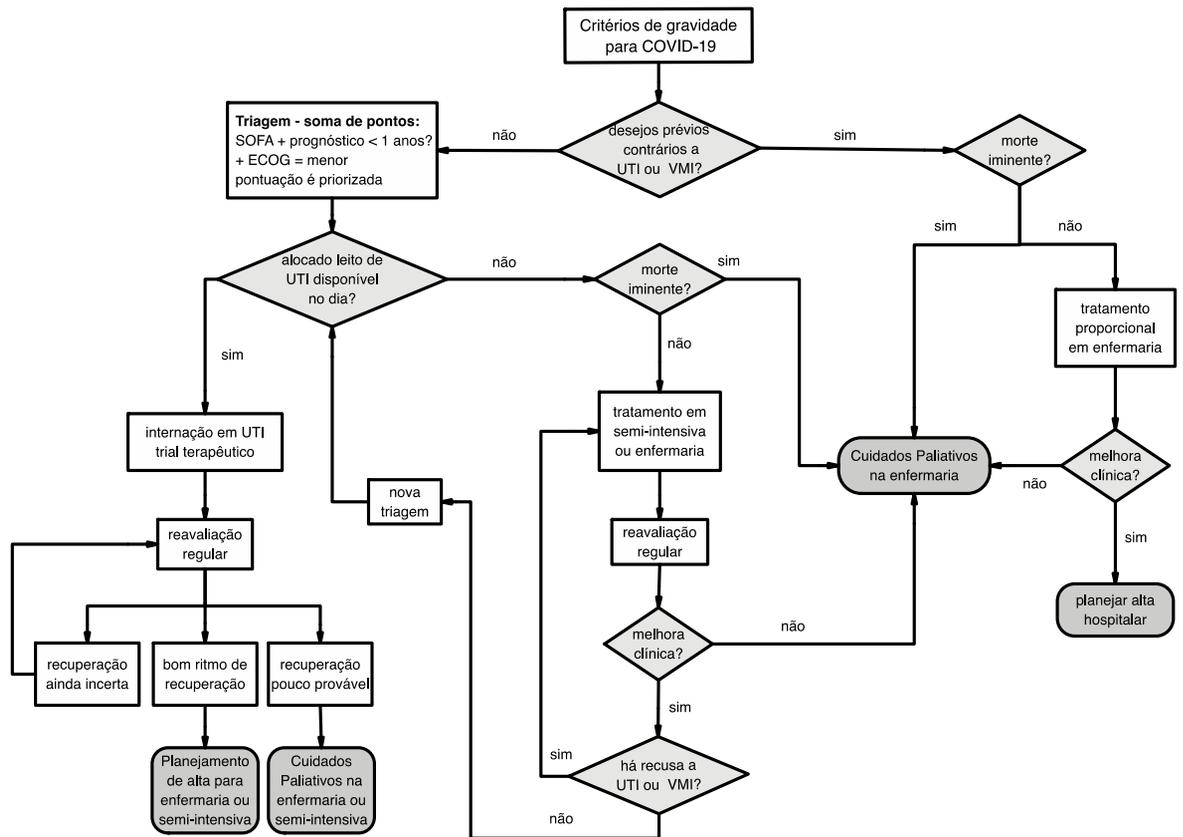
O modelo de triagem que propomos (ver tabela 1 e fluxograma) é um modelo de triagem terciária,^{6,7} a ser conduzida dentro das unidades hospitalares. É baseado no modelo proposto por Biddinson et al¹⁰ e assemelha-se ao modelo proposto por White et al nas suas versões de 2009¹⁴ e 2020.¹⁵ O protocolo de Biddinson et al, que tomamos como referência, é fruto de um processo que, inicialmente, contou com consultas a profissionais e à população de Maryland - EUA, seguida por grupos de trabalho que identificaram os temas e as perspectivas obtidas nesse processo de consulta. Finalmente, esses princípios foram incorporados em recomendações redigidas por um grupo de profissionais da saúde, bioeticistas e profissionais do direito. O protocolo final foi composto por um sistema de pontuação baseada em múltiplos critérios, que representam diferentes objetivos éticos: salvar o maior número de vidas; salvar o maior número de anos/vida; e equalizar as oportunidades de passagem pelos diferentes ciclos da vida. O modelo que aqui propomos adota critérios (à exceção do último) e sistema de pontuação semelhantes: no nosso modelo, quanto menor é a pontuação de um paciente, maior será a sua prioridade de alocação de recursos escassos. Além disso, quanto maior o número de pacientes a serem triados, maior será a expectativa de empates nas pontuações e, por essa razão, assim como Biddinson et al, incluímos sugestões de critérios de desempate.

Tabela 1 - Passo a passo do modelo de triagem AMIB/ABRAMEDE

Passos	Critérios	Pontuação				Total
		1	2	3	4	
1	Calcular SOFA (total: _____) e pontuar conforme estratificação ao lado	SOFA ≤ 8	SOFA 9 - 11	SOFA 12 - 14	SOFA > 14	
2	Tem comorbidades graves, com expectativa de sobrevida < que um ano?*	---	---	Sim	---	
3	Aplicar a ECOG e pontuar conforme a estratificação ao lado	0 - 1	2	3	4	
4	Calcular a pontuação total dos critérios 1 a 3					
5	Alocar o leito de UTI ou VM ao paciente com menor pontuação total desde que não tenha havido empate					
6	Em caso de empate utilizar os seguintes critérios hierarquicamente:					
6a	Menor escore SOFA total					
6b	Julgamento clínico da equipe de triagem					

*Fazer a avaliação preferencialmente através do SPICT-BR ou PIG-GSF

Fluxograma do protocolo AMIB de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19



O critério adotado por Biddinson et al., que traduz o princípio de salvar o maior número de vidas a curto prazo, é o SOFA, que estratifica o grau de gravidade das disfunções orgânicas apresentadas por um paciente.³⁶ Os valores absolutos do SOFA são divididos em quartis baseados na mortalidade hospitalar identificada pela literatura.³⁶ Cada quartil recebe uma pontuação crescente, de um a quatro pontos, no sentido da menor para a maior pontuação total, ou seja, maiores pontuações representam menores probabilidades de sobrevida a curto prazo. O SOFA como critério também é utilizado no modelo proposto por White et al nas versões de 2009 e 2020.

O segundo critério adotado por Biddinson et al traduz o princípio de salvar o maior número de anos/vida, ou seja, salvar o maior número de vidas que sejam também mais longas. Isto é feito através da identificação de maior probabilidade de sobrevida inferior a um ano em decorrência da presença de comorbidades. Dessa forma, Biddinson et al alocam três pontos a pacientes cuja expectativa de vida a longo prazo seja inferior a um ano e zero a todos os demais pacientes. A identificação da probabilidade de sobrevida inferior a um ano pode ser feita a partir da identificação de critérios clínico-laboratoriais associados a presença de doenças em estágio avançado. Isto pode ser feito através do uso de instrumentos como o Gold Standards Framework Prognostic Indicator Guide (GSF- PIG)³⁷ e o Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT).³⁸ O nosso modelo sugere o uso do SPICT, como ponto de referência, por haver disponibilidade de uma versão com tradução para o português do Brasil. Sugerimos que a identificação da presença de pelo menos um indicador de piora geral da saúde associada com um indicador de condição de saúde avançada no instrumento escolhido seja o ponto de corte reconhecido



como definidor da alocação de três pontos neste critério ao paciente. Condições de saúde não completamente cobertas pelo SPICT podem ser avaliadas, individualmente, mediante consulta a um profissional experiente em Cuidados Paliativos, preferencialmente membro médico da equipe de triagem ou mesmo consultor remoto externo.

A inferência de que a presença e grau de gravidade das comorbidades tem impacto na expectativa de sobrevida a longo prazo, também é utilizado como critério no modelo de White et al de 2009, porém com uma maior diferenciação entre as categorias de pontuação crescente: ausência de comorbidades que limitam a sobrevida, presença de comorbidades de baixo impacto na sobrevida, presença de comorbidades com impacto substancial na sobrevida e presença de comorbidades graves com expectativa de sobrevida inferior a um ano. Na revisão de 2020, apenas duas categorias são mantidas: dois pontos são alocados a pacientes com expectativa de sobrevida inferior a cinco anos e quatro pontos alocados a pacientes com expectativa de sobrevida inferior a um ano. Desta forma, em comparação com o protocolo de Biddinson et al, os protocolos de White et al propõem um maior discernimento entre categorias quanto ao impacto da presença de comorbidades, o que traria o benefício de uma estratificação de riscos mais detalhada. Por outro lado, essa maior estratificação acrescentaria um elemento potencialmente mais subjetivo à triagem, o que poderia dificultar a sua aplicação consistente e, em especial, em contextos nos quais uma equipe de triagem ou de experts não está disponível. Optamos por manter em nosso modelo o critério utilizado por Biddinson et al, por duas razões: porque um ponto de corte único relativo à expectativa de sobrevida inferior a um ano facilita a uniformidade e aplicabilidade da avaliação, especialmente quando utilizada com o auxílio de ferramentas como o SPICT; e, também, porque não penaliza a presença de comorbidades menos avançadas. Entendemos que critérios de triagem devem buscar a maximização de benefícios, mas, sem que haja uma diferenciação excessiva das chances entre indivíduos com expectativa de sobrevida superiores a um ano. Essa é uma forma de reduzir a inserção de viés negativo imposto a subgrupos sociais mais afetados pela presença de doenças crônicas não degenerativas não associadas a condições de saúde avançadas, tais como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, que são, por exemplo, mais prevalentes na população negra. A redução de potenciais elementos discriminatórios, ainda que indiretos e não intencionais, faz parte da justificativa ética de protocolos de alocação de recursos, nos quais nenhum grupo social deve ser desproporcionalmente afetado.^{10,11,15,16,18,25,28,39}

Nos modelos de Biddinson et al e White et al de 2009 e 2020 o princípio ético de equalização das oportunidades de passagem pelos diferentes ciclos da vida é utilizado e traduzido através da alocação de pontos crescentes com o aumento da faixa etária do paciente. Este critério é utilizado como parte do modelo principal em White et na versão de 2009 e como critério de desempate no modelo de Biddinson et al. e White et al em 2020. Embora estivesse presente em nosso modelo inicial, após o processo de consulta que deflagramos e às ponderações recebidas de que este critério poderia violar o ordenamento jurídico brasileiro optamos por retirá-lo de nosso modelo.

No modelo de triagem em sua versão atual buscamos um critério alternativo à idade e que pudesse, sem impor viés discriminatório direto a nenhum subgrupo social, representar melhor o reconhecimento de que além da gravidade das disfunções orgânicas e da presença de co-morbidades a reserva fisiológica de um paciente também está associada a piores desfechos como mortalidade hospitalar e mortalidade a longo prazo. Duas medidas candidatas e que estão associadas ao conceito de reserva fisiológica e que podem ser facilmente utilizadas como estratificação de risco seriam a fragilidade e a funcionalidade.

Optamos por incluir no modelo de triagem uma medida de funcionalidade, ou *Performance Status* (PS), do paciente através da escala desenvolvida pelo *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG).⁴⁰ Esse é um instrumento validado e amplamente utilizado em oncologia e que busca quantificar a capacidade funcional física e capacidade de independência e auto-cuidado do paciente. A inferência é que quanto pior o PS do paciente

menor sua reserva fisiológica e piores os desfechos clínicos. Embora seja uma escala validada para o uso em pacientes oncológicos, alguns estudos têm utilizado a escala para avaliação de desfechos de pacientes críticos idosos, pós-transplante hepático e portadores de sepsis.⁴¹ Em uma análise secundária post hoc de um estudo multicêntrico retrospectivo brasileiro que incluiu uma população mista de pacientes críticos Zampieri et al observaram que quanto pior a PS dos pacientes maiores foram as taxas de mortalidade hospitalar e de tempo de internação independente de outros marcadores clínicos como idade, comorbidades, gravidade da doença aguda ou tipo de internação (clínica ou cirúrgica).⁴¹ Nossa proposta é que a coleta desta medida seja referente ao PS que o paciente exibia nas duas a quatro semanas que antecederam a internação de maneira a excluir o fator confundidor da presença de doença aguda que possa ter se iniciado nas duas semanas imediatamente anteriores a internação hospitalar. Não recomendamos o uso deste critério, sem uma avaliação clínica individualizada, a pacientes portadores de deficiências físicas de longa data e que apresentem uma boa condição de adaptação.

Uma possível alternativa ao ECOG seria a Escala de Fragilidade Clínica (EFC), recentemente validada para uso no Brasil.⁴² Esse é um instrumento desenvolvido e validado para uso na população geriátrica e que gradua a intensidade da fragilidade de um paciente. A evidência de que a fragilidade é um importante marcador de piores desfechos em UTI é um racional que ampara o critério.⁴³ Além disso, o uso desse critério tem as vantagens de ser objetivo, de fácil aplicação e de não depender de exames laboratoriais. Este instrumento foi proposto como um critério de triagem pelo *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) no Reino Unido.⁴⁴ No entanto, sofreu fortes críticas por não se aplicar bem a pacientes mais jovens e portadores de deficiências de longa data quando comparado ao uso do critério em pacientes idosos e portadores de doenças com perfil de piora progressiva da condição de fragilidade.⁴⁴ Diante da consideração que possa ser discriminatório a pacientes portadores de deficiências o NICE atualmente recomenda que seja aplicado apenas a pacientes acima de 65 anos e portadores de doenças caracterizadas por aumento progressivo da fragilidade. Pelas mesmas razões, e com o objetivo de evitar a menção ao contexto geriátrico optamos por não utilizar o instrumento na versão atual de nosso modelo.

Justificamos, portanto, a escolha da ECOG sobre a EFC: tanto a ECOG quanto a EFC são medidas que se sobrepõem (ainda que com distinções e especificidades) na mensuração de uma condição que traduza o conceito de reserva biológica. Ambas apresentam a limitação de ter seu uso sujeito a uma avaliação individualizada no subgrupo de pacientes portadores de deficiência física de longa data e que estão bem adaptados. A ECOG tem a limitação de ser predominantemente validada para a população oncológica e a EFC a limitação de ser predominantemente validada para a população geriátrica. Apesar dessas limitações, ambas apresentam alguma evidência quanto aos seus potenciais valores preditivos na população de pacientes críticos. No entanto, a ECOG tem as vantagens de ser sugestão mais neutra quanto ao fator idade, por ser mais amplamente conhecida e ser de muito fácil aplicação.

Em caso de empate na soma dos pontos alocado a cada paciente nos três critérios, o modelo proposto sugere os seguintes critérios de desempate sequenciais: 1º) Pontuação total do SOFA (e não a pontuação associada ao quartil utilizada na pontuação geral);⁴⁵ e 2º) Julgamento clínico por parte da equipe de triagem.

Sugerimos ainda como condutas de boa prática que devem ser incluídas no protocolo de triagem:

- Manter medidas de estabilização clínica enquanto os dados necessários para a triagem são colhidos, idealmente dentro de um período de 90 minutos^{10,45}
- A revisão regular dos critérios de triagem de cada paciente, incluindo a atualização das pontuações já que elas podem variar com a evolução do quadro.^{5,7,10,15}
- Registro das pontuações de cada paciente triado em prontuário^{8,11,15}

- Revisão dos casos triados e não triados por uma equipe independente.
- Revisão da performance do modelo e ajustes diante de evidências de distorções ou de possibilidade de aprimoramento do modelo.⁶

Um sumário de recomendações para protocolo de alocação de recursos em esgotamento encontra-se na tabela 2.

Tabela 2 - Sumário de recomendações AMIB/ABRAMEDE para protocolo de alocação de recursos em esgotamento diante da pandemia de COVID-19

Quanto às condições essenciais para o início da implementação do protocolo
<ol style="list-style-type: none">1. Reconhecimento de estado de emergência em saúde pública.2. Reconhecimento de que tenha havido esforços razoáveis em aumentar a oferta dos recursos em esgotamento.3. Criação de comissões de triagem hospitalares pelos diretores técnicos.4. Alinhamento da gestão do protocolo intra-hospitalar com o sistema de regulação de leitos locais/regionais que facilite a disponibilidade de leitos entre unidades hospitalares.5. Monitoração regular da condição de esgotamento de recursos de forma a identificar a necessidade do início da aplicação do protocolo bem como as condições para seu encerramento.6. Anúncio público do início e encerramento da aplicação do protocolo.

Quanto à aplicação do modelo de triagem de pacientes que necessitem de leito de UTI ou suporte ventilatório

1. Identificar a presença por parte do paciente de Diretivas Antecipadas de Vontade ou expressões de desejos prévios de não receber tratamento em UTI ou de ser submetido à ventilação mecânica invasiva. Isto pode ser feito com a ajuda do médico assistente e familiares. Estes pacientes deverão ter seus desejos respeitados e não deverão ser triados.
2. Manter a estabilização clínica enquanto os dados de triagem necessários sejam colhidos - idealmente os dados devem estar disponíveis em um período de 90 minutos.
3. Calcular a pontuação do paciente conforme o SOFA, presença de co-morbidades que sugiram uma probabilidade maior de sobrevida inferior a um ano (preferencialmente via SPICT: presença de pelo menos dois critérios) e ECOG (ver passo a passo na tabela 1).
4. Alocar os leitos de UTI e/ou ventiladores mecânicos aos pacientes com menores pontuações.
5. Utilizar a pontuação total do SOFA como primeiro critério desempate. Persistindo o empate na pontuação entre pacientes a equipe de triagem deve ser acionada de forma a fazer a alocação de recursos baseado em julgamento clínico.
6. Comunicar de maneira empática a pacientes e familiares sobre o processo de triagem, informá-los da pontuação atual do paciente e acolher as necessidades de informação e as necessidades emocionais e espirituais sempre que possível.
7. Fazer registro apropriado da pontuação do paciente em prontuário.
8. Manter pacientes que não foram priorizados na lista de triagem e no aguardo da disponibilidade de leitos de UTI ou ventiladores mecânicos. Reavaliar esses pacientes regularmente, mantendo cálculos atualizados. Pacientes poderão solicitar exclusão da triagem a qualquer momento.
9. Reavaliação regular dos pacientes que foram alocados leitos de UTI ou ventiladores mecânicos; evitar a distanásia.

Quanto aos cuidados aos pacientes que não desejaram ou a quem não foram alocados leitos de UTI ou ventiladores

1. Pacientes que não serão internados em UTI ou que não receberão suporte ventilatório devem ser internados em enfermaria e receber todos os demais cuidados e medidas de estabilização clínica com o quais consentirem.
2. Pacientes que se aproximam da morte devem receber todos os cuidados que garantam a dignidade e a prevenção e tratamento dos sofrimentos físicos, sócio-emocionais e espirituais.
3. Um protocolo institucional de controle de sintomas que incluam medidas de boa prática no controle da dispneia e sedação paliativa quando esta for necessária deve estar disponível.
4. Garantir acesso à comunicação (ainda que virtual) entre familiares e pacientes, incluindo quando possível e sob supervisão de equipe de psicologia oportunidades para rituais de despedida.

Quanto as comissões de triagem

1. Devem ser constituídas por pelo menos três profissionais experientes (dois médicos e um profissional da equipe multidisciplinar) e preferencialmente deve ser formada também por um bioeticista e um representante da comunidade, ainda que sob forma remota.
2. Membros das comissões de triagem idealmente devem receber treinamento para o bom exercício de suas funções.
3. Serão responsáveis pela gestão da aplicação consistente do protocolo, serão acionadas em caso de dúvidas, responderão a questionamentos quanto a boa condução do processo, farão a gestão de conflitos e poderão em colaboração com a equipe assistente desempenhar o papel de comunicação com pacientes e familiares.

Outras medidas de boa prática

1. Cada instituição será responsável por viabilizar acesso a serviços de apoio psicológico a profissionais expostos a alta carga de trabalho e ao exercício de decisões complexas.
2. Cada instituição deve garantir acesso a revisão externa e independente do processo de triagem.
3. Manter um bom registro dos dados clínicos, pontuações e desfechos de maneira a permitir a auditoria independente do modelo e da aplicação do protocolo.
4. Revisão da aceitação social, performance preditiva e aplicabilidade do modelo e instituir ajustes diante de evidências de distorções ou de possibilidades de aprimoramento do modelo e de seus processos.

3. Vantagens e limitações do protocolo proposto

Além de ser embasado em critérios éticos e técnicos, o modelo de triagem proposto tem as vantagens de ser objetivo, não excluir nenhum paciente *a priori* e ser ajustável a diferentes fases de escassez.¹⁵ Ao oferecer critérios objetivos de avaliação, o protocolo retira da equipe assistente a tarefa emocionalmente dura de fazer escolhas individuais, a beira-leito, e de maneira inconsistente, em um mesmo contexto de atendimento, como mesmo plantão, mesmo hospital, mesma cidade e mesmo grau de escassez de recursos. Critérios objetivos e que apresentam uma base razoável de evidência retiram a subjetividade das escolhas e expõem todos os pacientes a um mesmo sistema de alocação. Além disso, o uso de múltiplos critérios, representando diferentes princípios normativos, evita distorções geradas por um critério único, como, por exemplo, pontos de corte por idade.

O modelo que sugerimos para triagem também permite que nenhum paciente seja excluído *a priori*, a exceção de pacientes que tenham manifestado o desejo de não serem internados em UTI ou de não usar suporte ventilatório invasivo. Todos os pacientes, portanto, poderão ser incluídos na triagem, sendo as diferentes prioridades estabelecidas a partir dos diferentes graus de expectativa de benefício. O grau de escassez de recursos guiará a alocação. Reconhecida a característica de “ondas” de aumento de demanda associada a pandemia de COVID-19 essa flexibilidade é desejável. Assim, durante períodos de menor escassez, mesmo indivíduos com baixo grau de prioridade poderão ter a chance de acesso aos recursos.⁴⁶

Reconhecemos que o protocolo proposto tem limitações quanto aos seus aspectos éticos e técnicos. Não existe protocolo eticamente perfeito e que alcance a ambição de captar uma universalidade moral, em especial no contexto de sociedades pautadas pelo pluralismo de valores. Da mesma forma não é possível que um protocolo consiga respeitar em igual medida princípios de maximização de benefícios e o da equidade de tratamento e acesso a serviços. A busca do melhor equilíbrio entre esses dois princípios é um exercício cauteloso de trocas e de acomodações de visões divergentes. A exposição do protocolo ao debate público e a revisões pode contribuir com a busca de uma maior legitimidade ética do processo.

Outra limitação é a ausência de validações de acurácia e psicométrica dos instrumentos utilizados para fins de triagens. Porém, uma vez que o esgotamento de recursos imposto pela pandemia de COVID-19 possa estar iminente, a natureza complexa de processo de validações impede que sejam realisticamente obtidas dentro de curto espaço de tempo. Isso evidentemente não nos isenta da necessária monitoração da performance do modelo e de oferecer ajustes sempre que necessário e sempre que distorções sejam identificadas.

Além disso, todo protocolo baseado na maximização de benefícios enfrenta inevitavelmente o desafio de oferecer critérios confiáveis de identificação de benefícios, como chance de sobrevivência a curto e longo prazo.^{11,39} Embora escores de gravidade como SOFA e APACHE ofereçam a vantagem da objetividade e validade quanto ao valor preditivo de desfechos, esse valor é relativo a grupos de pacientes e não a desfechos individuais.^{7,11} A extrapolação de modelos preditivos, além dos contextos em que foram desenvolvidos, pode ser problemática: por exemplo, o fato de que a validade preditiva do SOFA na COVID-19 ainda não é estabelecida, mesmo quando aplicada a grupos de pacientes.^{7,11,39}

A despeito das limitações, argumentamos que, ao ser informado por princípios éticos já utilizados em condições não pandêmicas⁴² e ao se amparar em instrumentos reconhecidos ainda que não desenvolvidos para este fim específico, o protocolo de triagem proposto é superior a um processo de triagem subjetivo, não planejado e não uniforme, cujo embasamento técnico e ético ficaria ainda mais aberto a questionamentos e que contribuiria para um maior sentimento de insegurança por parte da população e dos profissionais de saúde. Por outro lado, um protocolo transparente, eticamente bem amparado e que seja aplicado igualmente a todos os pacientes pode facilitar a obtenção do sentimento de confiança da população nos cuidados prestados durante a pandemia e a redução da sobrecarga emocional dos profissionais diretamente envolvidos nesses cuidados e nos processos de tomada de decisões.

4. Conclusão

Sugerimos um protocolo de triagem, que tem como objetivo o auxílio prático aos profissionais de saúde, diante de decisões complexas, associadas a alocação de leitos de UTI e ventiladores durante a pandemia do COVID-19. Embora reconheçamos que, no momento, nenhum protocolo de triagem disponível seja perfeito, teremos muito mais chances de nos aproximarmos mais dos acertos do que dos erros ao adotarmos uma proposta que busca um bom embasamento ético e técnico e que esteja aberta ao escrutínio público e à revisão independente. As contribuições que recebemos tornaram nossa sugestão muito mais rica e representativa de nossos valores. Em outras palavras, a ênfase da proposta aqui apresentada recai mais sobre a preocupação com sua legitimidade normativa do que quanto a validade de suas propriedades preditivas. Responsabilidade, cooperação e preparo são palavras de ordem neste momento crítico de pandemia pelo COVID-19. Desejamos, fortemente, que esta crise seja em breve superada e que a adoção de um protocolo de alocação de recursos esgotados jamais seja necessária, mas, caso o indesejável venha a acontecer, a despeito dos nossos melhores esforços de ampliação da oferta de recursos em esgotamento, é nossa responsabilidade estarmos devidamente preparados. O protocolo que apresentamos busca contribuir com essa árdua tarefa.

5. Referências

1. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 20 March 2020. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---20-march-2020>. Accessed April 28, 2020.
2. Coronavirus (COVID-19) events as they happen. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>. Accessed April 28, 2020.
3. Clinical management of severe acute respiratory infection when COVID-19 is suspected. [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected). Accessed April 28, 2020.
4. Hick JL, Hanfling D, Wynia MK, Pavia AT. Duty to Plan: Health Care, Crisis Standards of Care, and Novel Coronavirus SARS-CoV-2. *NAM Perspectives*. March 2020. doi:10.31478/202003b
5. Christian MD, Sprung CL, King MA, et al. Triage: Care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest*. 2014;146:e61S-e74S. doi:10.1378/chest.14-0736
6. Christian MD. Triage. *Critical Care Clinics*. 2019;35(4):575-589. doi:10.1016/j.ccc.2019.06.009
7. Maves RC, Downar J, Dichter JR, et al. Triage of scarce critical care resources in COVID-19: an implementation guide for regional allocation An expert panel report of the Task Force for Mass Critical Care and the American College of Chest Physicians. *Chest*. April 2020. doi:10.1016/j.chest.2020.03.063
8. Dal-Pizzol F, Luis Eiras Falcão -Diretor Secretário Geral Hugo Correa de Andrade Urbano -Diretor Científico Wilson de Oliveira Filho -Diretor Tesoureiro Ciro Leite Mendes -Diretora Presidente Passado Marcelo de Oliveira Maia -Diretor Presidente Futuro A. Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva Abril 2020 ORGANIZADOR.
9. Sokol D. The life and death decisions of covid-19 - The BMJ. <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/03/20/daniel-sokol-the-life-and-death-decisions-of-covid-19/>. Accessed April 28, 2020.
10. Daugherty Biddison EL, Faden R, Gwon HS, et al. Too Many Patients...A Framework to Guide Statewide Allocation of Scarce Mechanical Ventilation During Disasters. *Chest*. 2019;155(4):848-854. doi:10.1016/j.chest.2018.09.025
11. Warrillow S, Austin D, Cheung W, et al. *ANZICS Best Practice Advisory Committee*.
12. Ethical guidance published for frontline staff dealing with pandemic | RCP London. <https://www.rcplondon.ac.uk/news/ethical-guidance-published-frontline-staff-dealing-pandemic>. Accessed April 28, 2020.
13. Sprung CL, Zimmerman JL, Christian MD, et al. Recommendations for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster: Summary report of the European Society of Intensive Care Medicine's Task Force for intensive care unit triage during an influenza epidemic or mass disaster. *Intensive Care Medicine*. 2010;36(3):428-443. doi:10.1007/s00134-010-1759-y
14. White DB, Katz MH, Luce JM, Lo B. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Annals of Internal Medicine*. 2009;150(2):132-138. doi:10.7326/0003-4819-150-2-200901200-00011
15. White D. *Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency*. https://ccm.pitt.edu/sites/default/files/UnivPittsburgh_ModelHospitalResourcePolicy_2020_04_15.pdf. Accessed April 29, 2020.
16. Swiss Academy Of Medical Sciences. COVID-19 pandemic: triage for intensive-care treatment under resource scarcity. *Swiss medical weekly*. 2020;150:w20229. doi:10.4414/smw.2020.20229
17. Ayanian JZ. Mental Health Needs of Health Care Workers Providing Frontline COVID-19 Care. *JAMA Health Forum*. 2020;1(4):e200397-e200397. doi:10.1001/JAMAHEALTHFORUM.2020.0397
18. WMA Declaration of Geneva – WMA – The World Medical Association. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>. Accessed April 29, 2020.
19. Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM 2156/2016*. <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>. Accessed April 29, 2020.
20. Moritz RD, Deicas A, Capalbo M, et al. II Fórum do "Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul": definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2011;23(1):24-29. doi:10.1590/S0103-507X2011000100005

21. Conselho Federal de Medicina. *RESOLUÇÃO CFM Nº 1805/2006.*; 2006. http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm. Accessed April 28, 2020.
22. Conselho Federal de Medicina. Resolução Nº 2.217, de 27 de setembro de 2018 - Imprensa Nacional. http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48226289/do1-2018-11-01-resolucao-n-2-217-de-27-de-setembro-de-2018-48226042. Accessed April 28, 2020.
23. BRASIL. *Justiça Federal. Seção Judiciária Do Distrito Federal. Ação Civil Pública n 2007.34.00.014809-3. Relator: Juiz Roberto Luis Luchi Demo.* Brasília; 2010.
24. Palliative Care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Accessed April 28, 2020.
25. Constituição Brasileira. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Accessed April 28, 2020.
26. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1995/2012. Diário Oficial da União 2012 Ago 31 Seção I p26.
27. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *The New England journal of medicine*. March 2020. doi:10.1056/NEJMs2005114
28. Espinosa E, Galan J, Aldecoa C, Ramasco F, Llamas E. *MARCO ÉTICO PANDEMIA COVID 19.*
29. White DB, Lo B. A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds during the COVID-19 Pandemic. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2020. doi:10.1001/jama.2020.5046
30. Christian MD, Devereaux A v., Dichter JR, Rubinson L, Kissoon N. Introduction and executive summary: Care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest*. 2014;146:8S-34S. doi:10.1378/chest.14-0732
31. *Ethical Dimensions of COVID-19 for Frontline Staff.*; 2020.
32. Posicionamento da Academia Nacional de Cuidados Paliativos sobre COVID-19 - Academia Nacional de Cuidados Paliativos. <https://paliativo.org.br/posicionamento-diretoria-an-cuidados-paliativos-covid19/>. Accessed April 29, 2020.
33. Curtis JR, Kross EK, Stapleton RD. The Importance of Addressing Advance Care Planning and Decisions about Do-Not-Resuscitate Orders during Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2020. doi:10.1001/jama.2020.4894
34. CHEST Guideline Disclaimer. *Chest*. 2014;146(4):1S. doi:10.1378/chest.1464s1
35. Vergano M, Bertolini G, Giannini A, et al. Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances: the Italian perspective during the COVID-19 epidemic. *Critical Care*. 2020;24(1):165. doi:10.1186/s13054-020-02891-w
36. Raith EP, Udy AA, Bailey M, et al. Prognostic accuracy of the SOFA score, SIRS criteria, and qSOFA score for in-hospital mortality among adults with suspected infection admitted to the intensive care unit. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2017;317(3):290-300. doi:10.1001/jama.2016.20328
37. *The Gold Standards Framework Proactive Identification Guidance (PIG) The National GSF Centre's Guidance for Clinicians to Support Earlier Identification of Patients Nearing the End of Life Leading to Improved Proactive Person-Centred Care National Policy Support for Earlier Identification. General Medical Council-2010 Wwww.Gmc-Uk.Org/Static/Documents/Content/End_of_life.Pdf.* <http://www.goldstandardsframework.org.uk/formoredetailsseeGSFPIG>. Accessed April 29, 2020.
38. SPIC-T-Br™ – SPIC-T. <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-br/>. Accessed April 28, 2020.
39. Ballantyne A. *ICU Triage: How Many Lives or Whose Lives?* <https://blogs.bmj.com/medical-ethics/2020/04/07/icu-triage-how-many-lives-or-whose-lives/>.
40. Oken MM, Creech RH, Davis TE. Toxicology and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *American Journal of Clinical Oncology: Cancer Clinical Trials*. 1982;5(6):649-655. doi:10.1097/00000421-198212000-00014
41. Zampieri FG, Bozza FA, Moralez GM, et al. The effects of performance status one week before hospital admission on the outcomes of critically ill patients. *Intensive Care Medicine*. 2017;43(1):39-47. doi:10.1007/s00134-016-4563-5
42. Rodrigues M, Rodrigues IN, Silva DJVG, Pinto JM de S, Oliveira M. Clinical frailty scale: translation and cultural adaptation into the Brazilian language. February 2020. doi:10.14283/jfa.2020.7
43. Muscedere J, Waters B, Varambally A, et al. The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*. 2017;43(8):1105-1122. doi:10.1007/s00134-017-4867-0



44. Overview | COVID-19 rapid guideline: critical care in adults | Guidance | NICE.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng159>. Accessed April 28, 2020.
45. White D. Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency.
46. Courtney B, Hodge JG, Toner ES, et al. Legal Preparedness: Care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest*. 2014;146:e134S-e144S.
doi:10.1378/chest.14-0741

Rede de Oxigênio HCFAMEMA

PLANO DE CONTINGÊNCIA DA REDE DE OXIGÊNIO DO
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE EM ALTA COMPLEXIDADE



SUMÁRIO

1	OBJETIVOS.....	3
2	APLICABILIDADE.....	3
3	RESPONSABILIDADE	3
4	SÍMBOLOS E ABREVIATURAS.....	3
5	APRESENTAÇÃO	4
6	DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE CONTINGÊNCIAMENTO DA REDE DE OXIGÊNIO	4
6.1	QUANDO ACIONAR AS AÇÕES DO PLANO	5
6.2	COMO ACIONAR AS AÇÕES DO PLANO.....	5
6.3	MATERIAIS PRIORITÁRIOS PARA ATENDIMENTO DO PLANO	5
6.3.1	MATERIAIS NECESSÁRIOS	5
6.3.2	ARMAZENAMENTO DOS MATERIAIS.....	6
6.4	COMO APLICAR O PLANO	6
6.4.1	UTI A e B	6
6.4.2	UTI C, UTI D e EMERGÊNCIA PS.....	6
6.4.3	CENTRO CIRÚRGICO e UNIDADES DE ENFERMARIA GERAL	7
6.4.4	UNIDADES DE ENFERMARIA ESPECIAIS (área Covid).....	7
7	CONTATOS DE REFERÊNCIA	7
8	REFERÊNCIAS.....	8
9	CONTROLE DE QUALIDADE.....	8
9.1	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	8
9.2	INFORMAÇÃO DE ARQUIVO	8
9.3	ELABORAÇÃO	8
9.4	CONFERÊNCIA	9
9.5	APROVAÇÃO	9
10	ANEXOS.....	9
	IMAGEM 1 – CILINDROS DE OXIGÊNIO.....	10
	IMAGEM 2 – MANGUEIRA DE OXIGÊNIO.....	10
	IMAGEM 3 – VÁLVULA REGULADORA DE PRESSÃO	10
	IMAGEM 4 – <i>MANIFOLDS</i>	10

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília		
Núcleo de Engenharia Clínica		
PLANO DE CONTINGENCIA DA REDE DE OXIGÊNIO		
Código: HCF-NEGC-PLN-1	Revisão: 0	Vigência: abril/2022

1 OBJETIVOS

- Estabelecer diretrizes decisórias que contemplem as ações e os materiais básicos para a solução imediata de pane geral ou parcial no abastecimento interno de oxigênio no HCFAMEMA.

2 APLICABILIDADE

Este plano se aplica ao Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade e, como apoio, as seguintes unidades organizacionais:

- Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil
- Departamento de Atenção à Saúde Ambulatorial Especializada e Hospital Dia
- Departamento de Atenção à Saúde de Apoio, Diagnóstico e Terapêutica
- Departamento de Atenção à Saúde em Hemoterapia
- Departamento de Infraestrutura e Logística
- Departamento Econômico, Financeiro e Contábil

3 RESPONSABILIDADE

- Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade
- Departamento de Infraestrutura e Logística
- Departamento Econômico, Financeiro e Contábil
- Núcleo de Engenharia Clínica
- Núcleo de Equipamentos e Materiais Hospitalares
- Núcleo de Zeladoria
- Núcleo de Manutenção Predial, Hidráulica e Elétrica Preventiva e Corretiva
- Núcleo de Transporte
- Diretores dos demais Departamentos Assistenciais

4 SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

Neste plano são utilizadas as abreviaturas:

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

COVID – Corona Vírus Disease

DASAC – Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade

DASADT – Departamento de Atenção à Saúde de Apoio, Diagnóstico e Terapêutica

DASAMB - Departamento de Atenção à Saúde Ambulatorial Especializada e Hospital Dia

DASHEMO - Departamento de Atenção à Saúde em Hemoterapia

DASMI - Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil

DEFICONT – Departamento Econômico, Financeiro e Contábil

DIL – Departamento de Infraestrutura e Logística

DRS – Departamento Regional de Saúde

FAMAR – Fundação de Apoio à Faculdade de Medicina de Marília e ao Hospital das Clínicas de Marília

HCFAMEMA – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília

PS – Pronto-Socorro

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

5 APRESENTAÇÃO

O Oxigênio é um gás indispensável à presença de vida aeróbica. O ar atmosférico contém cerca de 20,8% de Oxigênio, um gás incolor, inodoro e altamente oxidante. O Oxigênio Medicinal é utilizado em hospitais, clínicas e residências, sendo classificado como medicamento pela ANVISA.

Em 16 de março de 2021, foi publicada a Portaria HCF Nº 161 que instituiu Grupo de Trabalho para Elaboração do Plano de Contingência da Rede de Oxigênio do HCFAMEMA, com objetivo estabelecer diretrizes decisórias que contemplem ações e materiais básicos para a solução imediata de pane geral ou parcial no abastecimento interno de Oxigênio de no HCFAMEMA, especificamente no Departamento de Atenção a Saúde em Alta Complexidade – DASAC.

Este Plano contempla as ações e materiais básicos disponíveis e necessários para o caso de pane geral ou parcial no abastecimento interno de Oxigênio no DASAC, lembrando que os planos têm caráter provisório e serão constantemente atualizadas diante de novos cenários identificados.

6 DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE CONTINGENCIAMENTO DA REDE DE OXIGÊNIO

6.1 QUANDO ACIONAR AS AÇÕES DO PLANO

- Quando ocorrer desabastecimento do tanque de oxigênio líquido a um nível inferior a 20% de sua capacidade total e não estiver previsto seu reabastecimento nas 04 horas subsequentes;
- Quando ocorrer falhas ocasionadas a problemas de pressão e fluxo na rede mestra de abastecimento e na infraestrutura da rede;
- Quando ocorrer falhas ocasionadas por problemas de pressão e fluxo nas redes secundárias e nas suas distribuições;
- Se constatada a inoperância da empresa contratada em reabastecer o tanque de oxigênio depois de verificado o nível inferior a 20% de sua capacidade total, o Engenheiro Clínico deverá informar o DEFICONT para as medidas cabíveis junto à contratada.

6.2 COMO ACIONAR AS AÇÕES DO PLANO

Quando a Zeladoria, responsável por fazer as verificações periódicas, verificar o desabastecimento inferior ao limite proposto, deverá acionar o Engenheiro Clínico que irá entrar em contato com a empresa fornecedora do oxigênio, por telefone, para que a mesma faça um diagnóstico minucioso das causas do desabastecimento e em paralelo as equipes do HCFAMEMA executarão o Plano.

Ocorrendo falhas do Abastecimento Geral (tanque ou rede mestra):

- Os funcionários da Manutenção, Zeladoria, Transporte e Engenharia Clínica deverão estar disponíveis para transportar os cilindros e instalar os *manifolds* a partir das coordenadas do Engenheiro Clínico;
- Deverão ser priorizados os setores mais críticos, ou seja, aqueles com maior utilização da rede de oxigênio;
- Sob orientação do Diretor Técnico do DASAC, conforme protocolos clínicos e dentro das medidas de segurança, os pacientes em terapia com oxigênio deverão ser transferidos todos para o mesmo setor para otimizar a utilização do oxigênio;
- O Diretor Técnico do DASAC solicitará à Superintendência, via memorando, à suspensão das cirurgias não emergenciais até a retomada da normalidade da rede de oxigênio.

6.3 MATERIAIS PRIORITÁRIOS PARA ATENDIMENTO DO PLANO

6.3.1 MATERIAIS NECESSÁRIOS

Os materiais básicos que devem ser adquiridos para efetivação do plano estão listados abaixo:

- 20 cilindros de 10 M³ de oxigênio gasoso;

- ✓ Em caso de necessidade de utilização de mais 20 cilindros de oxigênio gasosos, a equipe de Zeladoria em parceria com a equipe de Transporte deverá buscar nas unidades DASMI, DASAMB, DASAC e DASHEMO os cilindros reservas;
- 10 válvulas reguladoras de pressão para cilindro de oxigênio;
 - ✓ Solução: cotação de requisição de compra 47486 pela FAMAR.
- 10 sistemas de *Manifolds* de Alto Fluxo para oxigênio;
 - ✓ Solução: cotação de requisição de compra 47499 pela FAMAR.
- 20 mangueiras de oxigênio alta pressão;
 - ✓ Solução: realizar busca do material no Núcleo de Equipamentos e Materiais Hospitalares.

6.3.2 ARMAZENAMENTO DOS MATERIAIS

Estes materiais, exceto os cilindros, estarão armazenados na sala do Núcleo de Equipamentos e Materiais Hospitalares, localizado no 2º andar do DASAC, junto Unidade de Produção de Cuidado D.

6.4 COMO APLICAR O PLANO

6.4.1 UTI A e B

Através de seus responsáveis, as equipe da Zeladoria e da Manutenção, sob a supervisão do Engenheiro Clínico:

- Instalarão o *manifold* em um leito que deverá estar desocupado;
- Levarão e instalarão os cilindros no *manifold* e deverão ajustar a pressão do *manifold* para entrar automaticamente quando a pressão de rede cair;
- Deverão fechar o registro de entrada de oxigênio da unidade e acompanhar o consumo e substituição dos cilindros quando necessário.

6.4.2 UTI C, UTI D e EMERGÊNCIA PS

Através de seus responsáveis, as equipe da Zeladoria e da Manutenção, sob a supervisão do Engenheiro Clínico:

- Instalarão o *manifold* do lado direito e um do lado esquerdo em leitos que deverão estar desocupados;
- Levarão e instalarão os cilindros no *manifold* e deverão ajustar a pressão do *manifold* para entrar automaticamente quando a pressão de rede cair;
- Deverão fechar o registro de entrada de oxigênio da unidade e acompanhar o consumo e substituição dos cilindros quando necessário.

6.4.3 CENTRO CIRÚGICO e UNIDADES DE ENFERMARIA GERAL

Através de seus responsáveis, as equipe da Zeladoria e da Manutenção, sob a supervisão do Engenheiro Clínico:

- Instalarão uma válvula reguladora de pressão de duplo estágio do lado direito e uma do lado esquerdo em leitos que deverão estar desocupados e um em uma sala cirúrgica;
- Levarão e instalarão os cilindros no *manifold* e deverão ajustar a pressão do *manifold* para entrar automaticamente quando a pressão de rede cair;
- Deverão fechar o registro de entrada de oxigênio da unidade e acompanhar o consumo e substituição dos cilindros quando necessário.

6.4.4 UNIDADES DE ENFERMARIA ESPECIAIS (área Covid)

Através de seus responsáveis, as equipe da Zeladoria e da Manutenção, sob a supervisão do Engenheiro Clínico:

- Instalarão o *manifold* do lado direito e um do lado esquerdo em leitos que deverão estar desocupados;
- Levarão e instalarão os cilindros no *manifold* e deverão ajustar a pressão do *manifold* para entrar automaticamente quando a pressão de rede cair;
- Deverão fechar o registro de entrada de oxigênio da unidade e acompanhar o consumo e substituição dos cilindros quando necessário.

7 CONTATOS DE REFERÊNCIA

Área	Responsável	Ramal (uso exclusivo interno)
Núcleo de Engenharia Clínica	Alessandro Zamperlini Jorge	Ramal: 1783 (14 99721-1790)
Núcleo de Equipamentos e Materiais Hospitalares	Vanessa Ceron Levorato	Ramal: 1200 (14 98166-7979)
Núcleo de Manutenção Predial, Hidráulica e Elétrica Preventiva e Corretiva	Mario Cerqueira Batista	Ramal: 1772 (14 99729-8956)
Núcleo de Transporte	Erasmio Junior R. Mangerona	Ramal: 1808 (14 99183-1508)
Núcleo de Zeladoria	Marcos Correia da Silva	Ramal: 1777 (14 99856-2370)

8 REFERÊNCIAS

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Plano de Contingência do HCFAMEMA para Infecção Humana do novo coronavírus COVID-19**. Marília (SP); 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus COVID-19**. Brasília (DF); 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Gabinete do Secretário. Coordenadoria de Controle de Doenças. **Plano de Contingência do Estado de São Paulo para Infecção Humana pelo novo Coronavírus – SARS-COV-2**. São Paulo (SP); 2020.

9 CONTROLE DE QUALIDADE

9.1 HISTÓRICO DE REVISÃO

Nº da Revisão	Data	Item	Modificação
0			

9.2 INFORMAÇÃO DE ARQUIVO

Identificação (Código do Documento)	Prazos de Guarda (em anos)		Destinação		Forma de Armazenamento
	Unidade Produtora	Unidade com Atribuições de Arquivo	Eliminação	Guarda Permanente	
HCF-NEGC-PLN-1	Vigência	Instruções na OS HCF nº36/2019	Instruções na OS HCF nº36/2019		Papel

9.3 ELABORAÇÃO

Setor	Nome
Núcleo de Engenharia Clínica	Alessandro Zamperlini Jorge
Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade	Luciano Roberto de Freitas Vicentini
Chefia de Gabinete	João Paulo Kemp Lima
	Ana Paula Fakhouri
Gerência de Enfermagem	Aline Andrade da Silva
Gerência Multiprofissional	André Vinicius Marcondes Natel Sales

9.4 CONFERÊNCIA

Setor	Nome
Departamento Econômico, Financeiro e Contábil	Renato Masaiti Kayano Rosa
Gerência de Gestão, Planejamento e Avaliação	Cláudia Maricate Santos de Carvalho
	Andréia Scorsafava Marques Vilela

9.5 APROVAÇÃO

Marília, 26 de abril de 2021.

MÁRCIO ROGÉRIO DE OLIVEIRA FREITAS
Departamento de Infraestrutura e Logística

MARÍLIA BARBOSA DA SILVA
Departamento Econômico, Financeiro e Contábil

EDUARDO AKURI
Departamento de Atenção à Saúde de Apoio, Diagnóstico e Terapêutica

JOÃO ALBERTO SALVI
Diretoria Clínica

PALOMA APARECIDA LIBANIO NUNES
Superintendência

10 ANEXOS

IMAGEM 1 – CILINDROS DE OXIGÊNIO



IMAGEM 2 – MANGUEIRA DE OXIGÊNIO



IMAGEM 3 – VÁLVULA REGULADORA DE PRESSÃO



IMAGEM 4 – MANIFOLDS





R. Doutor Reinaldo Machado, 255
Fragata I Marília-SP I CEP:17519-080
CNPJ nº 24.082.016/0001-59



Whatsaap: (14) 99649-5783
Telephone: (14) 3434-2525



www.hc.famema.br
depsadt@hc.famema.br



[/hcfamema](https://www.facebook.com/hcfamema)



[@hcfamema](https://www.instagram.com/hcfamema)

Plano do Uso Racional
de Medicamentos para
Intubação de Sequência
Rápida Diante da Pandemia
COVID-19

Coronavírus COVID-19



SUMÁRIO

1	OBJETIVOS	3
2	APLICABILIDADE.....	3
3	RESPONSABILIDADE.....	3
4	SÍMBOLOS E ABREVIATURAS	3
5	APRESENTAÇÃO	4
6	DESCRIÇÃO DO PROCESSO	4
6.1	QUANDO ACIONAR AS AÇÕES DO PLANO.....	4
6.2	COMO ACIONAR ESTE PLANO.....	5
6.3	AÇÕES DO PLANO	5
6.3.1	ESCOLHA DAS MEDICAÇÕES.....	5
6.3.2	POSOLOGIA DAS MEDICAÇÕES	7
6.3.3	ALTERNATIVAS DE MEDICAMENTOS E SUAS POSOLOGIAS	10
7	GRUPO DE REFERÊNCIA	12
8	REFERÊNCIAS.....	12
9	CONTROLE DE QUALIDADE.....	13
9.1	HISTÓRICO DE REVISÃO	13
9.2	INFORMAÇÃO DE ARQUIVO	13
9.3	ELABORAÇÃO	13
9.4	CONFERÊNCIA	13
9.5	APROVAÇÃO.....	14

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília		
Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade		
PLANO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS PARA INTUBAÇÃO DE SEQUÊNCIA RÁPIDA DIANTE DA PANDEMIA COVID-19		
Código: HCF-DAC-PLN-1	Revisão: 0	Vigência: abril/2022

1 OBJETIVOS

- O objetivo deste Plano é apresentar medidas que minimizem ou contornem a possível falta dos medicamentos mais comumente utilizados na **Seqüência Rápida para Intubação Orotraqueal**, sendo que os principais grupos de fármacos usados estão ameaçados de escassez entre eles os hipnóticos, indutores e bloqueio neuromuscular.

2 APLICABILIDADE

Este plano se aplica ao Departamento de Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade e Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil.

3 RESPONSABILIDADE

- Gerência de Suprimento e Abastecimento
- Diretoria Técnica do DASAC
- Equipes médicas do DASAC e DASMI

4 SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

Neste plano são utilizadas as abreviaturas:

AD – Água destilada

COVID-19 - Corona Vírus Disease

DASAC – Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade

DASMI – Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil

IOT – Intubação orotraqueal

IV – Intravenoso

HCFAMEMA – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília

MIN – Minuto

SF – Soro Fisiológico

S/V – Sem Vaso Constrictor

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VO – Via Oral

5 APRESENTAÇÃO

Os Coronavírus fazem parte de uma grande família viral que causam infecções respiratórias em seres humanos. O novo agente do Coronavírus (SARS-CoV-2) provoca a doença COVID-19 e a evolução desta doença pode causar agravamentos como Insuficiência Respiratória Grave e Pneumonia que necessita ventilação mecânica.

No momento, ainda não existe tratamento específico para a COVID-19, no entanto, sabemos que a assistência ventilatória, principalmente mecânica, tem sido eleita como alternativa para salvar vidas.

Os protocolos clínicos para **Seqüência Rápida para Intubação Orotraqueal** para ventilação mecânica invasiva (VMI) utilizam medicamentos tanto para a analgesia-anestesia como a sedação-bloqueio neuromuscular e no momento atual estes medicamentos estão em potencial risco de desabastecimento.

Assim, torna-se de extrema importância o Plano do Uso Racional de Medicamentos Diante da Pandemia COVID-19 para a **Seqüência Rápida para Intubação Orotraqueal**, bem como as alternativas possíveis em caso de escassez ou falta dos medicamentos listados abaixo.

6 DESCRIÇÃO DO PROCESSO

6.1 QUANDO ACIONAR AS AÇÕES DO PLANO

- Este plano é um apêndice do Plano de Contingência do HCFAMEMA para Infecção Humana Pelo Novo Coronavirus COVID-19, 4ª Versão, e deve ser acionado quando os medicamentos abaixo descritos estiverem em **estoque crítico**;
- **Estoque crítico** significa quando um medicamento entrar em baixa de reserva de abastecimento para 30 dias de uso e alerta para 15 dias de uso, sem previsão de reposição adequada;

Lista dos principais medicamentos que compõe o protocolo clínico da Sequência Rápida para Intubação Orotraqueal:

- Atracúriobesilato 10 mg/ml (2,5 ml)
- Atracúriobesilato 10 mg/ml (5 ml)
- Cisatracúriobesilato 2 mg/ml (10 ml)
- Cisatracúriobesilato 2 mg/ml (5 ml)
- Dextrocetamina cloridrato (Cetamina) 50 mg/ml (10 ml)
- Etomidato 2 mg/ml (10 ml)
- Fentanila citrato 0,05 mg/ml (10 ml)

- Lidocaína 2% S/V(20 ml)
- Midazolam (5mg/ml)
- Pancurônio (2mg/ml)
- Propofol 10 mg/ml (10 ml)
- Propofol 10 mg/ml (100 ml)
- Rocurônio Brometo 10 mg/ml (5 ml)
- Suxametônio cloreto (Succinilcolina) 100 mg/10 ml
- Thiopental (2g +SF 0,9% 100ml)
- Remifentanil (2mg + SF 0,9% 100ml)
- Alfentanil (500 mcg/ml)
- Sufentanil (50mcg/ml)

6.2 COMO ACIONAR ESTE PLANO

- A sinalização de estoque crítico é gerada pelo almoxarifado, o Gerente de Suprimento e Abastecimento (GSA) acionará o Diretor Técnico do DASAC para aplicação e ampla divulgação do plano;
- O Diretor Técnico do DASAC deverá ser um referencial para outros profissionais médicos que necessitem utilizar tais medicamentos, ou seja, cada vez que uma medicação entrar em estoque crítico, o mesmo deverá ser comunicado e informará as equipes médicas dos Departamentos de Atenção à Saúde em Alta Complexidade e de Atenção à Saúde Materno Infantil.

6.3 AÇÕES DO PLANO

- Quando houver a necessidade de **Seqüência Rápida para Intubação Orotraqueal** as medicações necessárias para tal procedimento serão apresentadas como 1ª Opção e 2ª Opção, a qual poderá ser escolhida pelo médico conforme o acionamento de estoque crítico pela GSA, ou seja, quando a GSA indicar a relação de medicamentos em estoque crítico o médico deverá optar por outros medicamentos dos quadros abaixo.

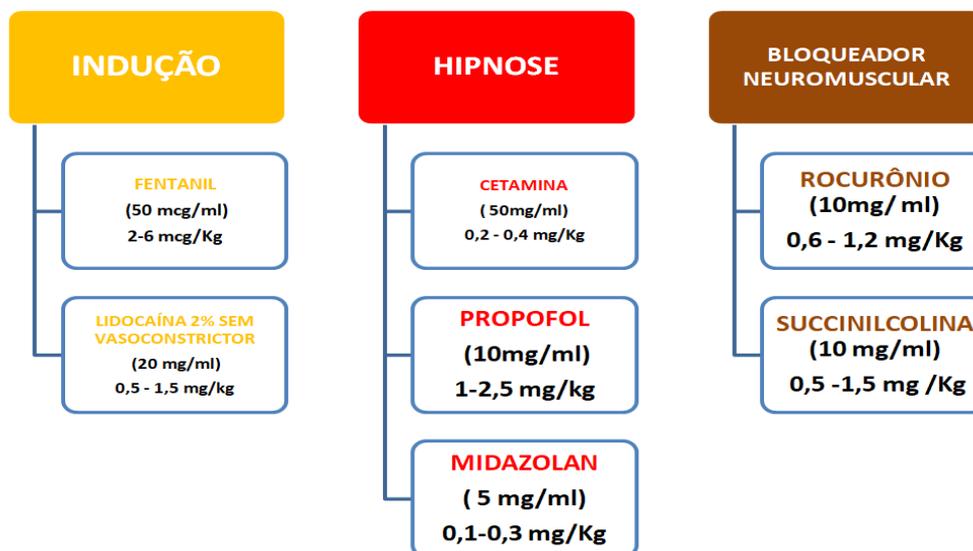
6.3.1 ESCOLHA DAS MEDICAÇÕES

1ª Opção:

- O profissional médico deverá escolher 01 medicamento da coluna Indução + 01 medicamento da coluna Hipnose + 01 medicamento da coluna Bloqueador Neuromuscular e se necessário, poderá intercalar conforme o estoque de medicamentos no HCFAMEMA.

Por exemplo: se o GSA alertar que LIDOCAINA 2% SEM VASOCONSTRITOR, PROPOFOL E ROCURÔNIO estiverem em estoque crítico, o médico poderá escolher FENTANIL + CETAMINA + SUCCINILCOLINA.

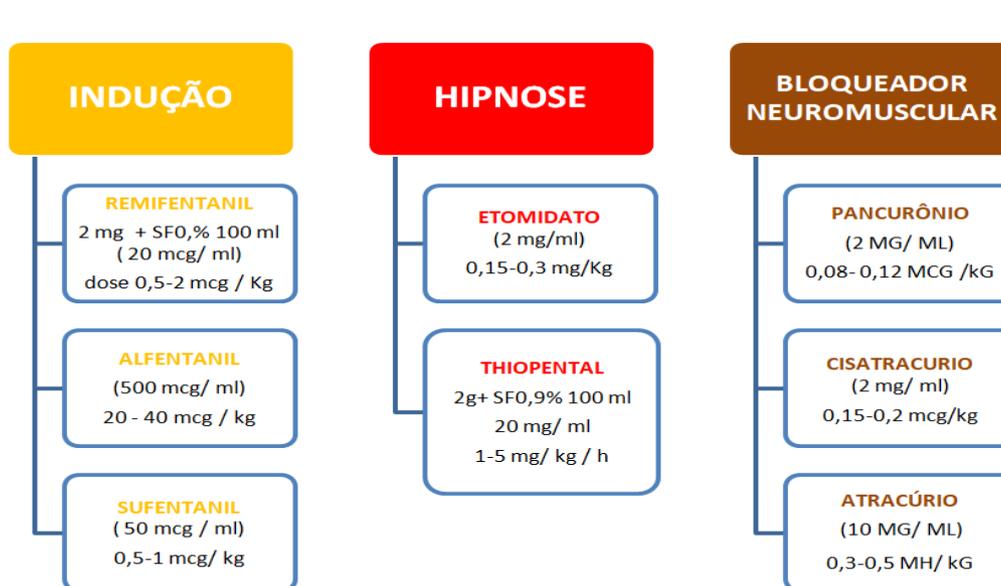
Quadro 1: Relação de medicamentos de 1ª Opção para IOT



2ª Opção:

- Para esta 2ª Opção foi elencado medicamentos **menos usuais**, ou seja, caso faltem à maioria dos medicamentos da 1ª Opção;
- O profissional médico deverá escolher 01 medicamento da coluna Indução + 01 medicamento da coluna Hipnose + 01 medicamento da coluna Bloqueador Neuromuscular e se necessário, poderá intercalar conforme o estoque de medicamentos no HCFAMEMA. Vide exemplo acima.

Quadro 2: Relação de medicamentos de 2ª Opção para IOT



6.3.2 POSOLOGIA DAS MEDICAÇÕES

- **FENTANIL**

Ampola: 500 mcg/10ml (50 mcg/ml);

Preparação: 5 ampolas (2500 mcg/50ml) + 50ml de SF = 25mcg/ml;

Dose de Indução – 2-6 mcg/Kg;

Dose de Manutenção – 0,01-0,05 mcg/Kg/min OU 0,6-3 mcg/Kg/h.

- **ALFENTANIL**

Ampola: 2500mcg/5ml (500mcg/ml);

Preparação: 4 ampolas (10000mcg/20ml) + 80ml de SF = 100mcg/ml ;

Dose de Indução – 20-40 mcg/Kg;

Dose de Manutenção – 0,5-1,5 mcg/Kg/min.

- **SUFENTANIL**

Ampola: 50mcg/ml;

Preparação: 05 ampolas (250mcg/5ml) + 95ml de SF = 2,5mcg/ml;

Dose de Indução – 0,5-1 mcg/Kg;

Dose de Manutenção – 0,3-0,6 mcg/Kg/h.

- **REMIFENTANIL**

Ampola: pó 2mg;

Preparação: 01 ampola (2mg) + 100ml de SF = 20mcg/ml;

Dose de Indução – 0,5-2 mcg/Kg;

Dose de Manutenção – 0,1-0,5 mcg/Kg/min.

- **CETAMINA**

Ampola: 100mg/2ml (50mg/ml);

Preparação: 5 ampolas (500mg/10ml) + 90ml de SF = 5mg/ml;

Dose de Indução – 0,2-1 mg/Kg;

Dose de Manutenção – 0,1-0,4 mg/Kg/h.

- **PROPOFOL**

Ampola: 200mg/20ml (10mg/ml);

Preparação: 5 ampolas (1000mg/100ml) = 10mg/ml (10000mcg/ml);

Preparo asséptico + Equipo fotossensível;

Solução estável por 6h;

Dose de Indução – 0,5-2,5 mg/Kg;

Dose de Manutenção – 12,5-75 mcg/Kg/min (até 200 – anestesia).

- **MIDAZOLAM**

Ampola: 15mg/3ml (5mg/ml);

Preparação: 10 ampolas de 3ml (150mg/30ml) + 120ml de SF = 1mg/ml

Dose de Indução – 0,1-0,3 mg/Kg;

Dose de Manutenção – 0,05 a 0,1 mg/Kg/h;

- **ETOMIDATO**

Ampola: 20mg/10ml (2mg/ml);

Dose de Indução – 0,15-0,3 mg/Kg;

Dose de Manutenção – não recomendada.

- **THIOPENTAL**

Barbituratos são agentes de **segunda ou terceira escolha** para uso em sedação prolongada na UTI, quando os opióides e benzodiazepínicos falham;

Ampola: pó – 0,5 ou 1,0 g Preparação: 2g + 100 ml SF 0,9% = 20 mg/ml;

Dose de Indução – 2-5 mg/kg em 30 s e infusão contínua de 1 a 5 mg/kg/h.

- **CISATRACÚRIO**

Ampola: 10mg/5ml (2mg/ml);

Preparação: 10 ampolas (100mg/50ml) + 50ml de SF = 1mg/ml;

(usar peso ideal)

Dose de Indução – 0,15-0,20 mcg/Kg;

Dose de Manutenção – 1-3 mcg/Kg/min.

- **ATRACÚRIO**

Ampola: 25mg/2,5ml (10mg/ml);

Preparação: 10 ampolas (250mg/25ml) + 75ml de SF = 2,5mg/ml;

(usar peso ideal)

Dose de Indução – 0,3-1,5 mg/Kg;

Dose de Manutenção – 0,3-0,6 mg/Kg/h.

- **ROCURÔNIO**

Ampola: 50mg/5ml (10mg/ml);

Preparação: 5 ampolas (250mg/25ml) + 75ml de SF = 2,5mg/ml;

Dose: (usar peso ideal)

Dose de Indução – 0,6-1,2 mg/Kg;

Dose de Manutenção – 0,3-0,6 mg/Kg/h.

- **PANCURÔNIO**

Ampola: 4mg/2ml (2mg/ml);

Preparação: 25 ampolas (100mg/50ml) + 50ml de SF = 1mg/ml;

Dose: (usar peso ideal)

Dose de Indução – 0,08-0,12 mg/Kg;

Dose de Manutenção – 1-2 mcg/Kg/min.

- **SUCCINILCOLINA**

Ampola: 100mg pó;

Preparação: 1 ampola (100mg) + 10ml AD = 10mg/ml;

Dose de Indução – 0,5-1,5 mg/Kg;

Dose de Manutenção – não recomendada.

- **LIDOCAÍNA Sem Vaso Constritor**

Ampola: 400mg/20ml (20mg/ml);

Preparação: 5 ampolas (2000mg/100ml) = 20mg/ml;

Dose de Indução – 0,5-1,5 mg/Kg;

Dose de Manutenção – 1-2 mg/Kg/h.

6.3.3 ALTERNATIVAS DE MEDICAMENTOS E SUAS POSOLOGIAS

Abaixo apresentamos outras medicações que podem ser usadas na ausência dos medicamentos citados na 1ª e 2ª Opção, além de medicações que podem ser utilizadas como adjuvantes a sedação:

6.3.3.1 SEDATIVOS / HIPNÓTICOS

- **PROPOFOL**

Ampola: 200mg/20ml (10mg/ml)

Preparação: 5 ampolas (1000mg/100ml) = 10mg/ml (10000mcg/ml)

Preparo asséptico + Equipo fotossensível

Solução estável por 6h

Dose de Indução – 0,5-2,5 mg/Kg

Dose de Manutenção – 12,5-75 mcg/Kg/min (até 200 – anestesia)

- **MIDAZOLAM**

Ampola: 15mg/3ml (5mg/ml)

Preparação: 10 ampolas de 3ml (150mg/30ml) + 120ml de SF = 1mg/ml OU

Dose de Indução – 0,1-0,3 mg/Kg

Dose de Manutenção – 0,05 a 0,1 mg/Kg/h

- **DEXMEDETOMIDINA**

Ampola: 200mcg/2ml (100mcg/ml)

Preparação: 1 ampola (200mcg/2ml) + 98mL de SF = 2mcg/ml

Dose de Indução – 0,5-1 mcg/Kg em 10min

Dose de Manutenção – 0,1- 1,4mcg/Kg/h

- **DIAZEPAN**

Ampola: 5 mg/ ml (2ml por ampola)

Dose: 5 a 10 mg/ bolus – não ultrapassar dose acumulativa de 30 mg

6.3.3.2 ADJUVANTES DE SEDAÇÃO E ANALGESIA

- **SULFATO DE MAGNÉSIO 50%**

Ampola: 5g/10ml (500 mg/ml)

Preparação: 2 ampolas (10 g/20ml) + 80ml de SF = 100 mg/ml

Dose de Indução – 30-50 mg/Kg (lenta: 15-30 minutos)

Dose de Manutenção – 10-15 mg/Kg/h

- **CLONIDINA**

Ampola: 150mcg/ml

Preparação: 5 ampolas (750mcg/5ml) + 95ml de SF = 7,5mcg/ml

Dose de Indução – 1-2 mcg/kg

Dose de Manutenção – 0,5-3 mcg/kg/h

- **LIDOCAÍNA S/V E INDUTOR**

Ampola: 400mg/20ml (20mg/ml)

Preparação: 5 ampolas (2000mg/100ml) = 20mg/ml

Dose de Indução – 0,5-1,5 mg/Kg

Dose de Manutenção – 1-2 mg/Kg/h

- **TRAMADOL**

Ampola: 100 ou 50 mg

Preparação: 1 ampola + 50 ml SF - correr em 30 min

Dose: 100 ou 50 mg no máximo 6/6 h

- **MORFINA A**

Ampola: 10 mg

Preparação: 1 ampola + 9 ml AD = 1 mg / ml

Dose: Inicial 2 a 10 mg/70 kg IV lento.

A dose máxima diária depende do paciente e da sua tolerância ao fármaco. Em geral a dose se situa em torno de 60 a 90 mg/dia;

Cápsulas VO = 10 ou 30 mg

Dose: 05 a 30 mg a cada 4 horas orientação médica. A dose máxima diária p/ maioria dos pacientes em torno de 180 mg/dia. Recomendada depende do estado clinico do paciente e da sua tolerância ao fármaco

- **PARACETAMOL – CODEÍNA A**

Cápsulas: 500 mg/30mg ou 500 mg/7,5 mg

Dose: Paracetamol 500mg + Fosfato de Codeína 7,5 mg = 1 comprimido a cada 4 horas.

Paracetamol 500mg + Fosfato de Codeína 30 mg = 1 comprimido a cada 4 horas.

Em adultos, com necessidade de grau mais intenso = 2 comprimidos a cada 6 horas, não ultrapassando o máximo de 8 comprimidos de Paracetamol 500 mg + Fosfato de Codeína 7,5 mg ou Paracetamol 500 mg+ Fosfato de Codeína 30 mg em um período de 24 horas.

A dose diária máxima para adultos é de:

Fosfato de codeína: 240mg, a cada 24 horas.

Paracetamol: 4000mg, a cada 24 horas.

7 GRUPO DE REFERÊNCIA

Área	Responsável	Ramal (uso exclusivo interno)
Dr. Luciano Roberto de Freitas Vicentini	Médico Diretor Técnico do DASAC	1734
Dra. Silene El Fakhouri	Médica Intensivista- UTI Adulto	2104
Dr. Guilherme Genta dos Santos	Médico Gerente da Saúde do Adulto e Idoso	1730
Dra. Iara Alves Coelho Sganzella	Médica Gerente do Centro Cirúrgico	1715
Enrico Toshihide Baba	Gerente de Suprimento e Abastecimento	1756

8 REFERÊNCIAS

BRESOLIN N. L.; FERNANDES V. R. Sedação, Analgesia e Bloqueio Neuromuscular. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. São Paulo. Disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/Sedacao_Analgesia_Bloqueio_Neuromuscular.pdf. Acesso em: 20/05/2021.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. Plano de Contingência do HCFAMEMA para Infecção Humana do novo coronavírus COVID-19. Marília (SP); 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus COVID-19. Brasília (DF); 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Gabinete do Secretário. Coordenadoria de Controle de Doenças. Plano de Contingência do Estado de São Paulo para Infecção Humana pelo novo Coronavírus – SARS-COV-2. São Paulo (SP); 2020.

9 CONTROLE DE QUALIDADE

9.1 HISTÓRICO DE REVISÃO

Nº da Revisão	Data	Item	Modificação
0			

9.2 INFORMAÇÃO DE ARQUIVO

Identificação (Código do Documento)	Prazos de Guarda (em anos)		Destinação		Forma de Armazenamento
	Unidade Produtora	Unidade com Atribuições de Arquivo	Eliminação	Guarda Permanente	
HCF-DAC-PLN-1	Vigência	Instruções na OS HCF nº36/2019	Instruções na OS HCF nº36/2019		Papel

9.3 ELABORAÇÃO

Setor	Nome
Núcleo de Atenção ao Paciente Crítico – DASAC	Silene El Fakhouri
	Carolina Mota Abeu
Gerência de Suprimento e Abastecimento	Enrico Toshihide Baba
Chefia de Gabinete	Ana Paula Fakhouri

9.4 CONFERÊNCIA

Setor	Nome
Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade	Luciano Roberto de Freitas Vicentini
Gerência de Atenção Adulto e Idoso	Guilherme Genta dos Santos
Gerência de Atenção em Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico	Iara Alves Coelho Sganzella
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade	Darlene Vieira Candido Zarbinati
Gerência de Gestão, Planejamento e Avaliação	Andréia Scorsafava Marques Vilela

9.5 APROVAÇÃO

Marília, 26 de abril de 2021.

MÁRCIO ROGÉRIO DE OLIVEIRA FREITAS
Departamento de Infraestrutura e Logística

ALEXANDRA HAIKEL ZAYED
Departamento De Atenção à Saúde Materno Infantil

JOÃO ALBERTO SALVI
Diretoria Clínica

PALOMA APARECIDA LIBANIO NUNES
Superintendência



R. Doutor Reinaldo Machado, 255
Fragata I Marília-SP | CEP:17519-080
CNPJ nº 24.082.016/0001-59



Whatsaap: (14) 99649-5783
Telefone: (14) 3434-2500



www.hc.famema.br
superintendencia@hc.famema.br



[/hcfamema](https://www.facebook.com/hcfamema)



[@hcfamema](https://www.instagram.com/hcfamema)